



UNIVERSITAS INDONESIA

**MANAJEMEN STRES SEBAGAI BENTUK INTERVENSI
KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGAT LANSIA
GASTRITIS DI KELURAHAN RATUJAYA KOTA DEPOK**

KARYA ILMIAH AKHIR

Oleh

**ASMINARSIH ZAINAL PRIO
0906625973**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**MANAJEMEN STRES SEBAGAI BENTUK INTERVENSI
KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGAT LANSIA
GASTRITIS DI KELURAHAN RATUJAYA KOTA DEPOK**

KARYA ILMIAH AKHIR

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Spesialis Keperawatan Komunitas**

Oleh

**ASMINARSIH ZAINAL PRIO
0906625973**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI NERS SPESIALIS ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, 2010**

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir Program Spesialis Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juni 2010

Pembimbing I

Dra. Junaiti Sahar, M.App.Sc., PhD

Pembimbing II

Widyatuti, S.Kp., M. Kep., Sp.Kom

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

**Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Asminarsih Zainal Prio

NPM : 0906625973

Tanda Tangan :

Tanggal : Juni 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Asminarsih Zainal Prio

NPM : 0906625973

Program Studi : Ners Spesialis Keperawatan Komunitas

Judul : Manajemen Stres Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan
Komunitas Pada Agregat lansia Gastritis di Kelurahan Ratujoya
Kota Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Spesialis Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ners Spesialis Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dra. Juniati Sahar, PhD (.....)

Pembimbing 2 : Widyatuti, SKp., M.Kep., Sp.Kom (.....)

Penguji 1 : Dr. Noerzamanti Lies Karmawati, M.Kes (.....)

Penguji 2 : Ni Made Riasmini, M.Kep., Sp.Kom (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Juli 2010

Karya Ilmiah Akhir , Juni 2010

Asminarsih Zainal Prio

Manajemen Stres Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan Komunitas Pada
Agregat Lansia Gastritis di Kelurahan Ratujaya, Kota Depok

Abstrak

Karya ilmiah akhir ini bertujuan menguraikan manajemen stres sebagai bentuk intervensi keperawatan komunitas pada *aggregate* lansia gastritis dengan menggunakan integrasi teori manajemen, Model Adaptasi Roy dan *Family Centered Nursing* di Kelurahan Ratujaya, Kota Depok. Hasil yang didapatkan adalah manajemen stres efektif dalam menurunkan tingkat nyeri, frekuensi kekambuhan gastritis, tingkat stres, dan mekanisme koping maladaptif. Hasil pelaksanaan manajemen stres melalui proses kelompok menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga dalam merawat lansia gastritis, serta terjadi perubahan perilaku positif yaitu penurunan lansia dengan pola makan tidak teratur, kebiasaan konsumsi makanan pedas dan asam, serta konsumsi OAINS. Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada 10 keluarga lansia gastritis menunjukkan bahwa kombinasi terapi modifikasi perilaku dan manajemen stres efektif dalam mencegah kekambuhan gastritis. Disarankan kepada pembuat kebijakan untuk membuat dan mengembangkan strategi manajemen stres dan proses kelompok dalam memberikan dukungan pada lansia gastritis dan mencegah faktor risiko penyakit tidak menular.

Kata Kunci: lansia gastritis, manajemen stres, proses kelompok

COMMUNITY HEALTH NURSING SPECIALIST PROGRAM
FACULTY OF NURSING UNIVERSITY OF INDONESIA

Scientific Paper, June 2010

Asminarsih Zainal Prio

Stress management as one of strategy intervention in order to prevent and to treat aggregate elderly with gastritis at Ratujaaya sub-district, Depok City

Abstract

This scientific paper aimed to explore the effect of stress management as one of the strategy intervention in order to prevent and to treat aggregate elderly with gastritis by using integration management theory, Roy adaptation model and family centered nursing model at Ratujaaya sub-district, Depok City. The result shows stress management is able to decrease pain level, pain recurrency, stress level, and coping mechanism. Stress management in group process also increase knowledge and family perception to support elderly with gastritis, and indicate behavioral change include eating habits and consumption of non streorid anti inflammation. The implementation of nursing care to 10 elderly families with gastritis shows that the combination of behavioral therapy and stress management is effective to prevent pain recurrency of elderly with gastritis. It is suggested that the policy maker has to improve stress management strategy and group process in order to support elderly with gastritis.

Key words: elderly with gastritis, stress management, group process

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan ke Hadirat Allah SWT atas segala rahmat, karunia, dan kemudahan yang melimpah sehingga karya ilmiah akhir yang berjudul “Manajemen Stres Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan Komunitas Pada Agregat Lansia dengan Gastritis di Kelurahan Ratu Jaya Kota Depok”, dapat terselesaikan. Penyusunan karya ilmiah akhir ini tidak terlepas dari dukungan dan bimbingan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis menghaturkan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beserta seluruh jajarannya yang telah memberikan kesempatan kembali menimba ilmu di almamater tercinta.
2. Ketua Program Pasca Sarjana Program Magister Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan melanjutkan studi di Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas FIK-UI.
3. Dra. Junaiti Sahar, M.App.Sc., Ph.D, selaku Supervisor utama serta pembimbing I karya ilmiah akhir yang telah membimbing dengan cermat memberikan masukan-masukan, memberikan motivasi, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya tesis ini.
4. Widyatuti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom, selaku pembimbing II yang telah membimbing dengan sabar, jeli memberikan masukan selama bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Wiwin Wiarsih, SKp., MN., selaku pembimbing akademik Program Kekhususan Keperawatan Komunitas angkatan VI yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
6. Seluruh dosen dan staf pembimbing praktek residensi keperawatan komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan dukungan bagi penulis dalam melakukan praktik residensi.

8. dr. Dewi Damayanti selaku Kepala Puskesmas Cipayung, dr. Trisakti Budi S., selaku Kepala Puskesmas Pancoran Mas, dan seluruh staf Puskesmas Kecamatan Cipayung dan Puskesmas Kecamatan PancoranMas yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada penulis dalam melakukan praktik residensi.
9. Lurah, sekretaris dan staf kelurahan Ratu Jaya Kecamatan PancoranMas atas segala kesempatan, bantuan dan dukungannya kepada penulis selama melakukan praktik residensi.
10. Kader Posbindu dan Aparat wilayah RW dan RT yang menjadi partner dalam praktik residensi khususnya di RW 03 dan RW 04 atas segala keikhlasan, kerjasama, dan dukungan kepada penulis selama melakukan praktik residensi.
11. Rekan-rekan angkatan VII Kekhususan Keperawatan Komunitas dengan segala dukungan dan kebersamaannya dalam suka dan duka. Kenangan indah dalam kehidupan yang takkan terlupakan.
12. Rekan-rekan seperjuangan dari Poltekkes Depkes Kendari Jurusan Keperawatan (khususnya Ns. Reni Devianti Usman, S.Kp., M.Kep dan St. Nurhayani, S.KP) yang selalu memberikan dukungan moril dan semangat yang tak ada habisnya, semoga persaudaraan kita terjalin selamanya.
13. Seluruh Keluargaku tercinta : Al Syukur, SE suamiku, Arfiza Auliah Al Syukur mutiara hatiku, Bapak dan Ibu terkasih, Asliah Zainal, S.Ag., SPd., MA. kakak sekaligus inspiratorku, Muh. Asrianto Zainal, SH., MH kakak sekaligus sumber kekuatanku serta Asy Syifa'ul Hayat Zainal Prio adikku tersayang yang selalu memberikan do'a dan dukungan moril-materiil dengan ikhlas serta penuh pengertian.

Semoga segala dukungan dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat limpahan rahmat dari Allah SWT yang tiada terhingga. Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, maka kritik dan saran yang bisa menambah kesempurnaan karya ilmiah akhir ini sangat penulis hargai.

Depok, Juni 2010
Asminarsih Zainal Prio

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	10
1.3 Manfaat	11
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Lansia sebagai Populasi <i>At Risk</i>	12
2.2 Konsep Gastritis	20
2.3 Manajemen Stres Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan Komunitas	38
2.4 Proses Kelompok Sebagai Strategi Intervensi keperawatan Komunitas.....	48
2.5 Teori Yang Mendasari Pengelolaan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Aggregat Lansia Gastritis	
2.5.1 Teori Manajemen Keperawatan.....	52
2.5.2 Konsep Model Adaptasi Roy.....	56
2.5.3 Konsep <i>Family Centered Nursing</i>	66
2.6 Kerangka Teoritis Pelaksanaan Pengelolaan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan Komunitas	72
BAB 3 KERANGKA KERJA RESIDENSI DAN PROFIL WILAYAH	
3.1 Kerangka Kerja Praktik Residensi.....	74
3.2 Profil Wilayah Kelurahan Ratujoya Kota Depok.....	77

BAB 4 PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA AGGREGAT LANSIA DENGAN GASTRITIS DI KELURAHAN RATU JAYA KOTA DEPOK	
4.1 Manajemen pelayanan keperawatan komunitas.....	82
4.2 Asuhan Keperawatan Keluarga dan Komunitas.....	105
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas.....	137
5.2 Asuhan Keperawatan Keluarga dan Komunitas.....	149
5.3 Implikasi hasil analisis pencapaian dan kesenjangan.....	160
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	162
6.2 Saran	164
DAFTAR PUSTAKA	166
LAMPIRAN	

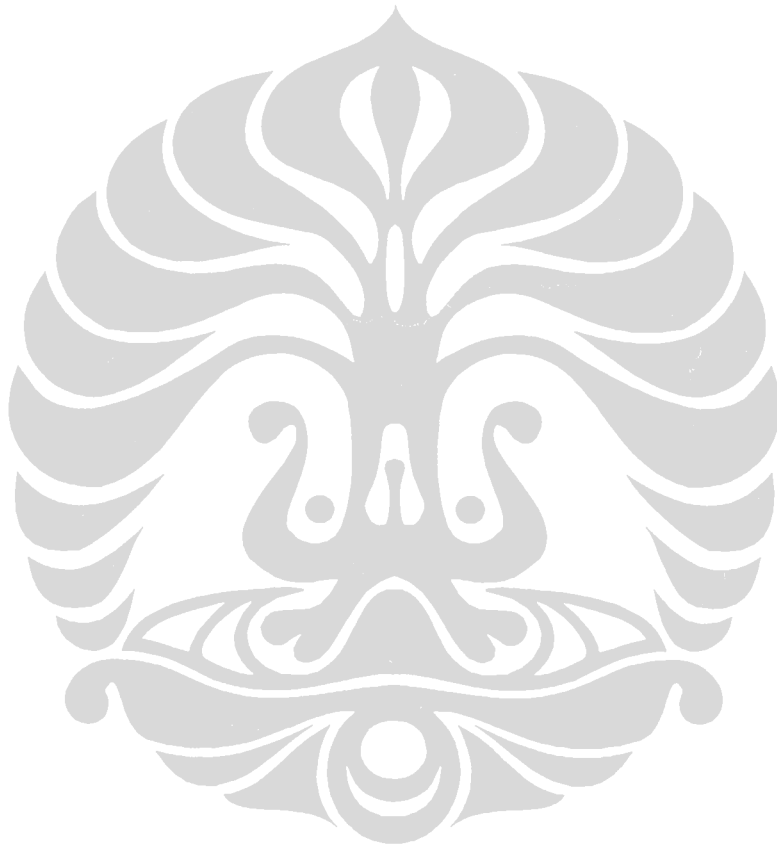


DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1	Efek stres pada saluran pencernaan..... 26
Skema 2.2	Proses terjadinya gastritis pada lansia..... 29
Skema 2.3	Mekanisme nyeri gastritis..... 31
Skema 2.4	Manusia Sebagai Sistem Adaptif..... 58
Skema 2.5	Hubungan Komponen Dasar dalam Model Adaptasi Roy 60
Skema 2.6	Proses Keperawatan Menurut Model Adaptasi Roy..... 65
Skema 2.7	Proses Keperawatan Menurut <i>Family Centered Nursing</i> .. 71
Skema 2.8	Integrasi Teori Manajemen, Model Adaptasi Roy dan <i>Family Centered Nursing</i> dalam Asuhan Keperawatan Pada Agregat Lansia dengan Gastritis..... 73
Skema 3.1	Kerangka kerja praktek residensi..... 76
Skema 4.1	Analisis <i>Fish Bone</i> Manajemen Pelayanan Keperawatan. 91
Skema 4.2	WEB Asuhan Keperawatan Keluarga..... 108
Skema 4.3	WEB Asuhan Keperawatan komunitas..... 126

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Jenis dan tingkatan aktivitas fisik.....	44



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Prioritas Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan Pada
Aggregat Lansia Gastritis
- Lampiran 2 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Aggregat
Lansia Gastritis
- Lampiran 3 Lembar Angket
- Lampiran 4 Format Penilaian Penyuluhan Kesehatan Kader Posbindu
- Lampiran 5 Format Penilaian Kemampuan Kader Memimpin Latihan
Relaksasi Progresif
- Lampiran 6 Format Penilaian Kemampuan Kader Melakukan Kunjungan
Rumah
- Lampiran 7 Tabel Tingkat kemandirian keluarga
- Lampiran 8 Perbandingan Nilai Rerata Variabel Pada Pengelolaan pelayanan
dan Asuhan Keperawatan Pada Aggregat Lansia Gastritis
- Lampiran 9 Laporan Asuhan Keperawatan Keluarga
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup Penulis

BAB 1

PENDAHULUAN

Indikator keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan antara lain adalah peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH). Peningkatan UHH ini berkontribusi terhadap meningkatnya populasi lanjut usia dengan berbagai kebutuhan dan permasalahan yang menyertai. Pada bab I akan diuraikan latar belakang yang menjadi dasar karya ilmiah akhir ini, tujuan umum dan tujuan khusus serta manfaat aplikatif bagi berbagai pihak.

1.1 Latar Belakang

Jumlah penduduk berusia lanjut mengalami peningkatan di seluruh di dunia, baik di negara maju maupun di negara yang sedang berkembang (Allender & Spradley, 2005). Indonesia sebagai salah satu negara yang sedang berkembang mempunyai angka pertumbuhan lansia yang cukup tinggi. Hasil sensus penduduk yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2000 diketahui bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia mencapai 14.4 juta jiwa atau 7.18%; pada tahun 2008 meningkat menjadi 17 juta jiwa; tahun 2009 mencapai 17.5 juta jiwa; dan pada tahun 2010 diperkirakan meningkat menjadi 19 juta jiwa atau 9.77% (DepKes RI, 2005; Bappenas, 2007, Depsos, 2008). Para ahli memproyeksikan pada tahun 2020 akan terjadi ledakan jumlah penduduk lansia di Indonesia menjadi 28.8 juta jiwa atau 11.34% dengan perkiraan umur harapan hidup menjadi 71.7 tahun (Utomo, 2004).

Berdasarkan data sekunder dari Dinkes Kota Depok tahun 2004, didapatkan data bahwa jumlah lansia (usia 60 tahun ke atas) di kota Depok pada tahun 2003 adalah 57.466 jiwa atau 4.3%; pada tahun 2004 adalah 58.750 jiwa atau 4.4%; pada tahun 2005 menjadi 68.022 jiwa atau 5.1%. Data sekunder dari

profil Puskesmas Pancoranmas tahun 2008, diketahui jumlah pralansia dan lansia (usia diatas 45 tahun) di Kelurahan Ratujaya adalah 4.727 jiwa atau 23.3% dari total jumlah penduduk berjumlah 20.248 jiwa. Jumlah pralansia dan lansia tersebut melebihi jumlah balita di Kelurahan Ratujaya yang hanya berjumlah 2.846 (14%). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan penduduk lansia di seluruh dunia termasuk Indonesia, diantaranya adalah Kelurahan Ratujaya kota Depok, akan terus meningkat secara cepat setiap tahunnya. Peningkatan jumlah lansia menimbulkan peningkatan masalah kesehatan yang bersifat kronis dan multipatologis dan dalam penanganannya membutuhkan biaya yang cukup besar (Hardywinoto & Setiabudhi, 1999). Hal ini disebabkan karena kelompok lansia merupakan populasi *at risk* akibat proses menua yang terjadi pada seluruh sistem tubuh termasuk saluran pencernaan (Miller, 2004). Salah satu masalah kesehatan yang cenderung terjadi pada sistem pencernaan lansia adalah penyakit gastritis.

Di Indonesia prevalensi atau jumlah penderita gastritis cukup tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan data distribusi penyakit sistem cerna pasien rawat inap menurut golongan sakit di Indonesia tahun 2006, gastritis berada pada urutan ke-5 dengan jumlah penderita laki laki 13.529 orang dan perempuan 19.506 orang, sedangkan data distribusi penyakit sistem cerna pasien rawat jalan menurut golongan sebab sakit di Indonesia tahun 2006 adalah berada pada posisi ke- 5 dengan jumlah penderita laki-laki 57.045 orang dan perempuan 70.873 orang (Bank data Depkes, 2007). Di kota Depok, insiden penyakit gastritis mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Penyakit gastritis merupakan penyebab terbesar penyakit non infeksi di wilayah kerja Puskesmas Pancoranmas Kota Depok pada tahun 2007 dengan jumlah penderita gastritis berusia lanjut sebesar 111 orang. Data tahun 2008 periode Januari – Desember terdapat 224 orang lansia penderita gastritis, sedangkan pada tahun 2009 gastritis menempati urutan kedua dari sepuluh penyakit terbesar di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Depok sebesar 4.4% (Profil

kesehatan Puskesmas PancoranMas, 2007-2009). Gastritis merupakan salah satu penyakit tidak menular.

World Health Organization (WHO) dan DepKes RI telah memfokuskan program kesehatan lansia dengan penyakit tidak menular melalui program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) dan telah mensosialisasikannya kepada semua pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia termasuk Dinas Kesehatan Kota Depok (DepKes RI, 2004). Program ini bertujuan untuk mengendalikan faktor risiko dan mencegah terjadinya komplikasi kronik dan PTM lainnya yang lebih parah melalui kegiatan kesehatan lansia di Puskesmas (DinKes Kota Depok, 2004). Pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular termasuk gastritis meliputi pengendalian gaya hidup yaitu pola makan sehat dan pengendalian stres psikologis.

Tingginya jumlah penderita gastritis di wilayah kerja Dinkes Kota Depok termasuk di Kelurahan Ratujaya menunjukkan bahwa lansia di Kelurahan Ratujaya memiliki faktor risiko yang cukup tinggi untuk mengalami gastritis. Faktor risiko gastritis terdiri dari faktor risiko akibat usia (*age-related factor*) dan faktor risiko lain meliputi perubahan pola makan, gaya hidup dan stres psikologis (Miller, 2004).

Faktor risiko akibat bertambahnya usia (*age-related factor*) meliputi perubahan fisiologis pada saluran pencernaan yang terjadi secara alamiah akibat proses menua meliputi penurunan densitas tulang gigi; berkurangnya elastisitas mukosa mulut, atrofi sel epitelial dan berkurangnya suplai darah ke jaringan mukosa mulut; produksi saliva menurun; sensitifitas indera pengecap dan penciuman menurun, sensitifitas lapar menurun; serta terjadi perlambatan pengosongan lambung (Miller, 2004). Proses menua juga terjadi sebagai akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan oleh tubuh (*Wear and Tear theory*). Teori ini menyatakan bahwa regenerasi jaringan tidak dapat

mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel sel tubuh lelah terpakai (Hardywinoto & Setiabudhi, 1999).

Perubahan akibat bertambahnya usia (*age-related factor*) merupakan faktor risiko terjadinya peningkatan angka penyakit gastritis pada lansia, terutama jika ditunjang dengan faktor risiko dari luar meliputi pola makan dan gaya hidup lansia yang tidak sehat. Pola makan yang tidak teratur dan gaya hidup yang tidak sehat menyebabkan lansia berisiko mengalami gangguan pada saluran pencernaan (Lueckenotte, 2000). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Qauliyah (2008) yang menyatakan bahwa perubahan pola makan pada lansia antara lain biasa menambahkan bumbu-bumbu seperti vetsin, kecap, terasi dan sambal pada makanan yang dikonsumsi dengan alasan untuk menambah rasa dan selera makan lansia. Makanan yang asam atau pedas merupakan faktor risiko terjadinya gastritis. Faktor risiko lain yang dapat menyebabkan gastritis adalah stres psikologis akibat perubahan psikososial pada lansia.

Perubahan psikologis dan sosial pada lansia juga dapat mempengaruhi terjadinya gastritis dan memicu kekambuhan penyakit gastritis. Memasuki usia pensiun (purna tugas) maka lansia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman, kenalan atau relasi dan kehilangan pekerjaan atau kegiatan. Rangkaian kehilangan tersebut menyebabkan timbulnya stres psikologis dan memicu terjadinya masalah gastritis atau kekambuhan penyakit gastritis pada lansia (Miller, 2004). Efek stres pada saluran pencernaan sudah dibuktikan melalui beberapa penelitian terkait.

Penelitian mengenai efek stres pada saluran pencernaan sehingga berisiko terjadi gastritis antara lain dikemukakan oleh Wolf (1965) yang menyatakan bahwa efek stres pada saluran pencernaan antara lain menurunkan saliva sehingga mulut menjadi kering; menyebabkan kontraksi yang tidak terkontrol

pada otot esophagus sehingga menyebabkan sulit untuk menelan; peningkatan asam lambung, kontriksi pembuluh darah di saluran pencernaan dan penurunan produksi mukus yang melindungi dinding saluran pencernaan sehingga menyebabkan iritasi dan luka pada dinding lambung. Efek tersebut adalah merupakan reaksi sistem saraf simpatis yang merupakan bagian dari sistem saraf otonom tubuh dalam menghadapi stres.

Uraian tersebut di atas menunjukkan bahwa perubahan fisiologis akibat proses menua (*age-related factor*), ditambah dengan faktor risiko dari luar meliputi perubahan pola makan, gaya hidup dan stres psikologis merupakan faktor penyebab timbulnya penyakit gastritis dan sebagai faktor pencetus kekambuhan penyakit gastritis pada lansia. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maulidiyah (2006) yang menyatakan bahwa faktor utama penyebab kekambuhan penyakit gastritis adalah pola makan dan stres psikologis.

Penyakit gastritis pada lansia mengakibatkan munculnya berbagai dampak atau masalah kesehatan yang bersifat holistik (*negative consequences*), baik pada individu lansia, keluarga, masyarakat, maupun pemerintah. Dampak yang akan muncul pada individu lansia, diantaranya adalah terjadinya perubahan status nutrisi, serta terjadi komplikasi akibat penyakit gastritis, diantaranya perdarahan saluran cerna, perforasi saluran cerna, anemia, dan kanker saluran pencernaan (Price & Wilson, 2003).

Penyakit gastritis selain menyebabkan komplikasi tertentu juga memberikan dampak negatif pada status psikologis lansia, seperti: ketidaknyamanan, kecemasan, dan keputusasaan sehingga menurunkan kualitas hidup lansia (Miller, 2004). Penyakit gastritis juga merupakan salah satu penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini didukung oleh data pola penyakit penyebab kematian umum di Indonesia, hasil SKRT tahun 1992 gastritis menempati urutan ke 9, pada tahun 1995 meningkat menjadi urutan ke 6 dan

hasil SURKESNAS tahun 2001 gastritis menjadi urutan ke 4 penyebab kematian umum di Indonesia (Depkes, 2006). Data ini menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit gastritis meningkat dari tahun ke tahun.

Dampak yang akan muncul pada keluarga lansia gastritis, diantaranya adalah: meningkatnya beban masalah keluarga, produktifitas keluarga menjadi menurun, dan masalah pada fungsi keluarga secara keseluruhan. Dampak yang dapat muncul pada masyarakat adalah meningkatnya kebutuhan pengembangan pelayanan kesehatan pada lansia khususnya pada lansia gastritis, sedangkan dampaknya bagi pemerintah adalah meningkatnya beban kesehatan yang ditanggung oleh pemerintah akibat masalah yang dialami lansia.

Memperhatikan dampak yang ditimbulkan akibat penyakit gastritis yang pada lansia maka pengendalian terhadap faktor utama penyebab terjadinya penyakit gastritis dan penyebab kekambuhan penyakit gastritis perlu segera dilakukan. Faktor utama penyebab terjadinya penyakit gastritis dan penyebab kekambuhan penyakit gastritis pada lansia adalah pola makan dan stres psikologis (Charlesworth & Nathan, 1984). Dengan demikian maka intervensi yang tepat untuk dilakukan pada lansia dengan gastritis di masyarakat yang dapat dilakukan oleh perawat spesialis komunitas adalah modifikasi perilaku terkait pengaturan pola makan meliputi frekuensi makan dan jenis makanan yang dikonsumsi, serta manajemen stres.

Manajemen stres adalah suatu cara untuk menghilangkan ketegangan yang dirasakan pada tubuh dan pikiran akibat terpapar dengan sumber stres (Greenberg, 2002). Manajemen stres adalah cara atau strategi untuk menurunkan stres (Feuerstein, Labbe, & Kuczmierczyk, 1986 dalam Ong, Linden, & Young, 2004). Manajemen stres adalah kemampuan untuk menurunkan penilaian terhadap stres atau untuk kemampuan menghadapi stresor dengan cara yang kompeten (Girdano, Everly, & Dusek, 1993 dalam

Ong, Linden, & Young, 2004). Berdasarkan beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa manajemen stres adalah cara atau strategi untuk menurunkan stres dengan cara meningkatkan pemahaman dan kemampuan individu menghadapi atau bereaksi terhadap stresor. Tujuan dari manajemen stres adalah untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang stres yang dialami dan meningkatkan kemampuan untuk menghadapi atau mengontrol stres (Ong, Linden, & Young, 2004).

Studi literatur terkait berbagai penelitian tentang efektifitas manajemen stres yang dilakukan oleh Ong, Linden, dan Young (2004) didapatkan bahwa terdapat 153 penelitian tentang efektifitas stres manajemen pada berbagai *setting* populasi antara lain di tempat kerja (*workplace*), sekolah (*school*), serta pada berbagai masalah kesehatan seperti hipertensi dan *bruxism*. Pengukuran efektifitas manajemen stres dibuat secara spesifik meliputi tekanan darah, aktivitas *natural killer cell*, produktivitas kerja melalui absensi, dan tingkat stres yang dialami. Intervensi manajemen stres yang dilakukan pada penelitian tersebut juga sangat bervariasi, bisa merupakan intervensi tunggal misalnya efektifitas teknik relaksasi terhadap penurunan tekanan darah atau dapat juga merupakan paket kombinasi dari beberapa intervensi manajemen stres.

Penulis membuat protap atau panduan manajemen stres yang sederhana dan praktis untuk dapat diterapkan bagi individu, kelompok dan masyarakat di Kelurahan Ratu Jaya disesuaikan dengan tingkat pendidikan, dan sumber daya yang dimiliki oleh lansia dan masyarakat. Intervensi manajemen stres disusun berdasarkan teori Ezine (2010) yang membagi manajemen stres dalam dua tahapan yaitu tahap pencegahan dan tahap pengontrolan terhadap stres. Protap atau panduan manajemen stres yang disusun oleh penulis untuk diterapkan pada lansia terdiri dari dua tahapan yaitu (1) strategi pencegahan stres pada lansia meliputi kegiatan kelompok di masyarakat (*self-help group*, *peer group*, dan *support group*) serta latihan fisik teratur; dan (2) strategi peningkatan kemampuan lansia dalam menghadapi atau mengontrol stres yang dialami melalui latihan relaksasi progresif dan terapi humor.

Panduan manajemen stres bagi individu lansia, kelompok dan masyarakat tersebut diaplikasikan di Kelurahan Ratujaya dan kemudian diukur efektifitasnya melalui pengukuran tingkat stres, mekanisme koping, intensitas nyeri dan frekuensi kekambuhan nyeri yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis di Kelurahan Ratujaya. Selain itu juga dilakukan pengukuran terhadap tingkat pengetahuan, keterampilan dan sikap lansia, keluarga dan masyarakat terhadap manajemen stress yang diterapkan. Mengingat penyakit gastritis juga disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur dan penggunaan Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS), maka pengelolaan lansia gastritis selain menerapkan manajemen stres juga melakukan modifikasi perilaku terkait pengontrolan terhadap pola makan dan OAINS.

Penerapan manajemen stres pada individu dan keluarga dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan keluarga, sedangkan penerapan manajemen stres di masyarakat dilakukan menggunakan strategi intervensi keperawatan komunitas yang meliputi proses kelompok, pendidikan kesehatan, pemberdayaan dan kemitraan. Strategi intervensi yang dilakukan dirangkum dalam suatu bentuk intervensi kelompok dengan tetap memasukan teknik pendidikan kesehatan, memperhatikan prinsip kemitraan (*partnership*) dan pemberdayaan (*empowering*).

Berdasarkan uraian tersebut maka dalam pengelolaan dan pencegahan kekambuhan penyakit gastritis pada lansia diperlukan suatu tindakan yang komprehensif meliputi penatalaksanaan fisik, psikologis, dan sosial dan spiritual dengan melibatkan peran serta individu, keluarga, dan masyarakat khususnya kader dan petugas kesehatan terkait. Pengelolaan dan pencegahan kekambuhan penyakit gastritis pada lansia secara komprehensif membutuhkan peran profesional perawat spesialis keperawatan komunitas dalam mengelola pelayanan kesehatan komunitas khususnya mengelola program pembinaan kesehatan kelompok lansia di komunitas dan melakukan asuhan keperawatan komunitas secara profesional, dengan pendekatan kepada lansia dan keluarga sebagai *entry point* dalam keperawatan komunitas, kelompok lansia gastritis, serta masyarakat secara umum. Praktik keperawatan komunitas ditujukan

kepada individu, keluarga, dan kelompok (*aggregate*), dan masyarakat secara umum. William (1992, didalam Hitchcock, 1999) memperjelas bahwa praktik keperawatan komunitas meliputi perawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok dengan tanggung jawab utama kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Model yang akan dikembangkan dalam asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia dengan gastritis adalah Model Adaptasi Roy, dan *Family Centered Nursing Framework* ini dianggap tepat digunakan sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dan kelompok lansia dengan gastritis. Model Adaptasi Roy memandu individu lansia untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku yang adaptif untuk merubah perilaku yang tidak efektif menjadi efektif (Stanhope & Lancaster, 2004). Selain itu perawat komunitas memandang lansia dan keluarga sebagai suatu sistem sehingga perawat komunitas juga menggunakan model *Family Centered Nursing* sebagai panduan dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga yang merawat lansia gastritis. Model *Family Centered Nursing* menekankan pada kemampuan keluarga beradaptasi yang diwujudkan dengan perubahan perilaku yang adaptif sehingga keluarga mampu mengatasi masalah kesehatan yang ada secara mandiri dan optimal dengan memanfaatkan sumber daya atau potensi yang ada (Friedman, 2003).

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka penulis tertarik untuk melakukan analisis terkait efektifitas manajemen stres sebagai bentuk intervensi keperawatan komunitas pada agregat lansia gastritis di Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung Kota Depok, menggunakan integrasi Teori manajemen, Model Adaptasi Roy dan model *Family Centered Nursing* sebagai kerangka konsep dalam pengelolaan pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kemampuan lansia, keluarga, dan masyarakat dalam menerapkan manajemen stres untuk mencegah kekambuhan penyakit gastritis pada *aggregate* lansia di Kelurahan Ratujuaya Depok.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah adalah teridentifikasi:

1.2.2.1 Kemampuan (pengetahuan, keterampilan, dan sikap) lansia, keluarga, dan masyarakat dalam mencegah kekambuhan gastritis pada *aggregate* lansia gastritis di Kelurahan Ratujuaya sebelum dilakukan intervensi manajemen stres.

1.2.2.2 Asuhan keperawatan keluarga pada *aggregate* lansia gastritis dengan manajemen stres sebagai bentuk intervensi untuk mencegah kekambuhan gastritis pada *aggregate* lansia gastritis di Kelurahan Ratujuaya.

1.2.2.3 Asuhan keperawatan komunitas pada *aggregate* lansia gastritis dengan manajemen stres sebagai bentuk intervensi untuk mencegah kekambuhan gastritis pada *aggregate* lansia gastritis di Kelurahan Ratujuaya.

1.2.2.4 Pengelolaan pelayanan pada *aggregate* lansia gastritis menggunakan bentuk intervensi manajemen stres untuk mencegah kekambuhan gastritis pada *aggregate* lansia gastritis.

1.2.2.5 Perubahan kemampuan (pengetahuan, keterampilan, dan sikap) lansia, keluarga, dan masyarakat dalam mencegah kekambuhan gastritis pada *aggregate* lansia gastritis di Kelurahan Ratujuaya setelah dilakukan intervensi manajemen stres.

1.3 Manfaat

1.3.1 Pelayanan Keperawatan Komunitas : Dinas Kesehatan dan Puskesmas
Sebagai dasar merumuskan kebijakan pengembangan program manajemen stres berbasis masyarakat melalui proses kelompok sebagai upaya pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular yang disebabkan oleh stres psikologis termasuk gastritis.

1.3.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

1.3.2.1 Sebagai dasar mengembangkan intervensi manajemen stres sebagai strategi yang efektif dalam pencegahan dan penanganan penyakit kronik yang disebabkan oleh stres pada lansia termasuk lansia gastritis.

1.3.2.2 Motivasi untuk perawat komunitas dalam menerapkan strategi intervensi keperawatan komunitas melalui proses kelompok dalam mencegah dan menangani masalah lansia dengan penyakit kronik termasuk lansia gastritis

1.3.3 Bagi Kader dan Masyarakat

Motivasi untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan partisipasi aktif masyarakat khususnya kader dan seluruh masyarakat dalam menerapkan manajemen stres untuk mencegah dan menanggulangi masalah lansia dengan penyakit kronik yang mengalami stres psikologis termasuk lansia gastritis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan teori dan model yang digunakan oleh penulis untuk memandu pengelolaan pelayanan keperawatan, asuhan keperawatan keluarga, dan asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia dengan gastritis. Teori dan model yang digunakan meliputi konsep lansia sebagai kelompok *at risk*, konsep gastritis, manajemen stres sebagai bentuk intervensi keperawatan komunitas, Proses kelompok sebagai strategi intervensi keperawatan komunitas, teori manajemen pelayanan keperawatan, Model Adaptasi Roy, dan *Family Centered Nursing*.

2.1 Lansia Sebagai Kelompok *At Risk*

2.1.1 Pengertian *At Risk*

Risk dalam istilah epidemiologi dapat diartikan sebagai risiko (Smith & Maurere, 1995). Risiko adalah kemungkinan suatu peristiwa akan terjadi dalam suatu waktu tertentu (Stanhope & Lancaster, 2004; Nies & McEwen, 2007). *At risk* adalah seseorang yang berisiko terpapar penyakit, bahaya, ketakutan, ketidaknyamanan, penyiksaan (Smith & Maurer, 1995). Individu akan mudah terpapar oleh bahaya, penyakit atau ketidaknyamanan karena dekat dengan sumber bahaya, ketidaksiapan individu tersebut menghadapi bahaya dari aspek fisik, psikologis, sosial spiritual dan kultural. Bencana, penyebaran penyakit dan bahaya lainnya dapat juga terjadi karena tidak tuntasnya program untuk mengatasi atau mencegah masalah terjadi kembali.

Population at risk adalah kelompok atau masyarakat yang berisiko terpaparnya penyakit, bahaya, bencana, ketakutan dan ketidaknyamanan (Smith & Maurer, 1995; Nies & McEwen, 2007).

Sedangkan menurut Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti (2002) *populations at risk* adalah populasi yang melakukan aktifitas tertentu atau mempunyai karakteristik tertentu yang meningkatkan potensi mereka untuk mengalami penyakit, cedera, atau masalah kesehatan. Contoh *aggregates at risk* adalah balita, lanjut usia, orang-orang cacat, orang-orang dengan kebutuhan perawatan jangka panjang, orang dengan AIDS, *teenage parents*, individu dan keluarga tuna wisma, korban kekerasan rumah tangga, individu dan keluarga miskin, *disadvantaged groups*, dan kelompok-kelompok etnik dan ras minoritas.

Suatu populasi dikatakan *high risk* apabila orang-orang yang karena paparan, gaya hidup, riwayat keluarga, atau faktor-faktor lain, berada pada risiko yang lebih besar terhadap penyakit dari pada populasi pada umumnya. Sebagai contoh sejauh yang kita ketahui, setiap orang rentan terhadap infeksi HIV dan selanjutnya mengidap AIDS. Orang-orang yang berganti-ganti pasangan hubungan seksual tanpa menggunakan pelindung atau orang-orang yang menggunakan obat-obatan intravena merupakan *high-risk population* terhadap infeksi HIV; orang-orang yang merokok dan memiliki riwayat keluarga kanker merupakan suatu *population at high risk* terhadap timbulnya kanker (Stanhope & Lancaster, 2004).

Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa beberapa faktor berkontribusi terhadap munculnya kondisi sehat atau tidak sehat. Tidak setiap orang yang terpapar dengan peristiwa yang sama akan memiliki akibat yang sama. Faktor-faktor yang menentukan atau mempengaruhi apakah penyakit atau akibat lainnya yang tidak sehat akan muncul disebut dengan *health risks*. Ide tentang pengontrolan *health risks* merupakan inti dari pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. *Health risks* dapat diklasifikasikan kedalam berbagai kategori umum. Califano (1979; dalam Stanhope & Lancaster, 2004) mengidentifikasi

4 kategori utama, yaitu: risiko biologis bawaan atau genetik (*inherited biological risk*), risiko lingkungan (*environmental risk*), risiko perilaku (*behavioral risk*), risiko yang terkait dengan usia (*age-related risk*). Sementara itu, Pender (2001) mengklasifikasikan *risk factors* sesuai dengan kategori-kategori sebagai berikut : genetik, usia, karakteristik biologis, kebiasaan kesehatan individu, gaya hidup, dan lingkungan.

Walaupun masing-masing faktor risiko dapat mempengaruhi akibat atau hasil yang ditimbulkan, akumulasi dari risiko-risiko tersebut dapat menimbulkan efek yang merupakan kombinasi dari beberapa atau semua risiko. Efek kombinasi ini lebih besar dibandingkan efek dari masing-masing risiko tersebut bila dijumlahkan atau digabungkan. Contohnya, riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular merupakan satu faktor risiko yang dipengaruhi oleh merokok, suatu risiko perilaku. Efek kombinasi (riwayat keluarga, dan perilaku merokok) menjadi lebih besar daripada efek dari masing-masing faktor risiko itu sendiri secara terpisah (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.2 Lanjut Usia Sebagai Populasi At Risk

Erikson developmental stages of life cycle telah digunakan secara luas dalam keperawatan untuk memandu pendekatan individu dan pendekatan berbasis *aggregate* (Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti, 2002). Populasi lanjut usia merupakan salah satu dari *Erikson developmental stages of life cycle* dan termasuk ke dalam populasi *at risk* karena faktor usia.

Usia lanjut bukan suatu penyakit, namun bersamaan dengan proses penuaan, insiden penyakit kronik , karena berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi pengaruh dari luar dan hendaya (disabilitas) akan semakin meningkat (Kozier et al., 2004). Hal ini akan mengakibatkan kemunduran kemampuan fisik dan mental.

Secara alamiah, proses menjadi tua mengakibatkan kemunduran kemampuan fisik dan mental. Pada tahun 1988 di Konferensi UCLA, Solomon dkk menyampaikan istilah “13i “ yaitu tentang kemunduran dan kelemahan yang dialami oleh lanjut usia. Ketigabelas i tersebut adalah : 1) Imobilitas (*Immobility*), 2) Instabilitas/Terjatuh (*Instability/Falls*), 3) Gangguan intelektual/Demensia (*Intellectual impairment/Dementia*), 4) Isolasi/Depresi (*Isolation/Depression*), 5) Inkontinensia (*Incontinence*), 6) Impoten (*Impotence*), 7) Immunodefisiensi (*Immunodeficiency*), 8) Infeksi (*Infection*), 9) Kelelahan/Malnutrisi (*Inanition/Malnutrition*), 10) Impaksi/Konstipasi (*Impaction/Constipation*), 11) Iatrogenesis, 12) Insomnia, dan 13) Gangguan (*Impairment*) pada penglihatan, pendengaran, pengecap, penciuman, komunikasi, integritas kulit dan convalescence. Kemunduran dan kelemahan yang dialami oleh lanjut usia dapat mengakibatkan terjadinya berbagai penyakit.

Penyakit yang dialami oleh lanjut usia sebagian besar adalah kronik (menahun), diselingi dengan eksaserbasi akut. Selain itu penyakitnya bersifat progresif dan sering menyebabkan kecacatan (*invalide*) yang lama sebelum akhirnya penderita meninggal dunia. Penyakit yang progresif ini berbeda dengan penyakit pada usia remaja/dewasa yaitu tidak memberikan proteksi atau imunitas tetapi justru menjadikan orang lansia rentan terhadap penyakit lain karena daya tahan tubuh yang makin menurun. Hasil studi tentang kondisi sosial ekonomi dan kesehatan lanjut usia yang dilaksanakan Komnas Lansia di 10 propinsi tahun 2006, diketahui bahwa penyakit terbanyak yang diderita lanjut usia adalah penyakit sendi (52,3%), hipertensi (38,8%), anemia (30,7%), dan katarak (23 %). Penyakit-penyakit tersebut merupakan penyebab utama disabilitas pada lansia dan dapat menurunkan kualitas hidup lanjut usia (Ida Nuraini, 2001).

Kemunduran kemampuan fisik dan mental pada lanjut usia dapat berdampak pada perilaku yang dilakukan. Ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan fisik dan mental akan berdampak dalam berbagai hal, seperti banyak berhubungan dengan orang lain untuk membantu pemenuhan kebutuhan hidupnya, kurangnya praktek *hygiene* karena penurunan ketajaman sensori, gangguan keseimbangan, kekuatan otot yang berkurang, dan penurunan waktu reaksi mengurangi kemampuan lanjut usia untuk menerjemahkan respon terhadap hal-hal yang terjadi di lingkungan mereka, sehingga mudah terancam keselamatannya. Selain itu pola makan yang tidak teratur, sering terlambat makan atau makan makanan yang banyak mengandung zat asam atau pedas dapat memicu munculnya penyakit gastritis. Perilaku merokok, konsumsi alkohol, dan kokain juga dapat menyebabkan timbulnya masalah gastritis.

Faktor kebiasaan atau warisan budaya yang turun temurun dalam suatu keluarga atau masyarakat yang bertentangan dengan nilai nilai kesehatan dapat menjadi risiko terjadinya masalah kesehatan. Pola makan tertentu seperti makan asinan, atau budaya harus menunggu Ayah/suami makan lebih dulu sehingga sering menyebabkan terlambat makan dapat menyebabkan timbulnya masalah penyakit gastritis.

Menurut Anderson dan Mc Farlane (2004), beberapa hal yang perlu diperhatikan pada populasi lanjut usia adalah :

2.1.2.1 Status kesehatan

Populasi lanjut usia mempunyai prevalensi tinggi untuk terjadinya penyakit kronik akibat proses menua seperti arthritis, hipertensi, gastritis, gangguan pendengaran, penyakit jantung, kerusakan tulang, sinusitis kronik, diabetes mellitus, dan gangguan penglihatan. Penyakit kronis yang diderita lanjut usia dapat menimbulkan ketidakmampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, sehingga memerlukan

bantuan untuk dapat mengoptimalkan kemampuan fungsional yang dimiliki. Keadaan ini dapat mempengaruhi kondisi psikologis dan sosial lansia sehingga dapat menurunkan kualitas hidup lansia.

2.1.2.2 Pelayanan kesehatan

Pada populasi lanjut usia perencanaan untuk biaya perawatan dan pengobatan sebagian tidak dipersiapkan dengan baik. Sedangkan program kesehatan, asuransi kesehatan primer untuk promosi kesehatan dan layanan pencegahan pada populasi lanjut usia sangat kecil/sedikit. Walaupun populasi lanjut usia memerlukan berbagai hal tentang layanan kesehatan, namun tidak semua layanan tersedia untuk mereka. Layanan pencegahan untuk lanjut usia sering dilalaikan, karena banyak penyedia tidak melihat titik manapun dalam pencegahan. Alternatif bentuk dari pelayanan kesehatan, seperti akupunktur dan obat tradisional sering digunakan oleh populasi lanjut usia. Agar dapat memilih dengan tepat populasi lanjut usia memerlukan panduan dalam memilih program kesehatan yang dapat membantu memenuhi kebutuhan mereka.

2.1.2.3 Kesehatan mental dan perubahan mental

Kesehatan Mental adalah salah satu aspek penting menjadi tua. Perubahan yang mungkin terjadi dalam kesehatan mental lanjut usia meliputi pengasingan dan isolasi sosial, stres, bunuh diri, dan kecanduan alkohol. Pengasingan dan isolasi sosial adalah berhubungan dengan sangat tua (umur 85 dan lebih tua), kesehatan, lemah, dan hidup/tinggal sendiri.

Lingkungan keluarga yang kurang peduli atau penuh konflik dapat menjadi stresor psikologis bagi usia lanjut sehingga dapat memicu timbulnya gastritis. Memasuki usia pensiun (purna tugas) maka usia lanjut akan mengalami kehilangan kehilangan antara lain kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman/kenalan atau relasi dan kehilangan pekerjaan/ kegiatan sehingga menyebabkan timbulnya stres dan memicu timbulnya masalah gastritis pada usia lanjut.

Stres adalah dianggap sebagai satu masalah signifikan untuk lanjut usia (Miller, 2004). Stres adalah salah satu dari faktor risiko paling umum terjadinya penyakit kronis dan bahkan bunuh diri. Perawat kesehatan komunitas dan penyedia pelayanan kesehatan lain perlu kesadaran akan tanda serta gejala stres pada lanjut usia serta memiliki pengetahuan dan keterampilan terkait manajemen stres untuk mencegah kekambuhan atau keparahan suatu penyakit dan bahkan bisa mencegah terjadinya depresi bahkan bunuh diri.

2.1.2.4 Penganiayaan pada lanjut usia

Tiga kategori penganiayaan pada lanjut usia adalah : domestik, institusional, dan kelalaian diri. Penganiayaan lanjut usia domestik mengacu pada penganiayaan individu lanjut usia yang bertempat tinggal di rumahnya atau di rumah dengan seorang *caregiver*. Penganiayaan institusional terjadi di dalam fasilitas pelayanan publik, sedangkan kelalaian diri mengacu pada ketidakperhatian pada diri lanjut usia itu sendiri yang dapat mengancam keselamatan atau kesehatannya. Penyelesaian penganiayaan dan kekerasan pada lanjut usia memerlukan keterlibatan dari agensi protektif dan pelaksanaan hukum. Perawat Komunitas harus membantu

sebagai advokat dalam pelaporan hukum karena penganiayaan pada lanjut usia sering tidak terdeteksi.

2.1.2.5 Kecelakaan

Lingkungan fisik merupakan faktor risiko kecelakaan bagi lanjut usia, karena lanjut usia mengalami perubahan dalam ketajaman visual, gangguan pendengaran, permasalahan kaki, gaya berjalan dan ketidakseimbangan berjalan. Jatuh adalah penyebab kecelakaan terbesar pada lanjut usia lebih dari 70 tahun. Dapat diperkirakan bahwa sekitar dua per tiga dari kejadian jatuh pada lanjut usia adalah dapat dicegah. Faktor-faktor yang merupakan risiko terjadinya kecelakaan meliputi penggunaan pengobatan atau alkohol, kondisi badan lemah/miskin, perubahan dalam ketajaman visual, gangguan pendengaran, permasalahan kaki, gaya berjalan dan ketidakseimbangan berjalan, dan bahaya di rumah serta komunitas.

Penurunan ketajaman sensori, gangguan keseimbangan, kekuatan otot yang berkurang, dan penurunan waktu reaksi mengurangi kemampuan lanjut usia untuk menerjemahkan respon terhadap hal-hal yang terjadi di lingkungan mereka. Peran perawat kesehatan komunitas adalah memberikan fasilitas kepada komunitas dan individu untuk program pencegahan luka-luka .

2.2 Konsep Gastritis

2.2.1 Definisi Gastritis

Gastritis atau lebih dikenal sebagai magh berasal dari bahasa Yunani yaitu *gastro*, yang berarti perut/ lambung dan *itis* yang berarti inflamasi/ peradangan. Dengan demikian gastritis adalah inflamasi atau peradangan pada mukosa lambung (Price & Wilson, 2003; Setiawan, 2008; Bethesda, 2004). Inflamasi ini mengakibatkan sel darah putih menuju ke dinding lambung sebagai respon terjadinya kelainan pada bagian tersebut. Berdasarkan pemeriksaan endoskopi ditemukan eritema mukosa, sedangkan hasil foto memperlihatkan iregularitas mukosa (Wibowo, 2007).

2.2.2 Tipe Gastritis

Gastritis terbagi dua tipe yaitu gastritis akut dan gastritis kronis. Gastritis akut merupakan kelainan klinis akut yang menyebabkan perubahan pada mukosa lambung antara lain ditemukan sel inflamasi akut dan neutrofil (Wibowo, 2007), mukosa edema, merah dan terjadi erosi kecil dan perdarahan (Price & Wilson, 2003). Gastritis akut terdiri dari beberapa tipe yaitu gastritis stres akut, gastritis erosive kronis, dan gastritis eosinofilik (Wibowo, 2007). Semua tipe gastritis akut mempunyai gejala yang sama (Severence, 2001). Episode berulang gastritis akut dapat menyebabkan gastritis kronik (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2000).

Gastritis kronik merupakan gangguan pada lambung yang sering bersifat multifaktor dengan perjalanan klinik bervariasi (Wibowo, 2007). Gastritis kronik ditandai dengan atrofi progresif epitel kelenjar disertai hilangnya sel parietal dan *chief cell* di lambung, dinding lambung menjadi tipis dan permukaan mukosa menjadi rata (Price & Wilson, 2003). Gastritis kronik terdiri dari 2 tipe yaitu Tipe A dan Tipe B. Gastritis tipe A disebut juga gastritis atrofik atau fundal karena

mengenai bagian fundus lambung dan terjadi atrofik pada epitel dinding lambung. Gastritis Tipe A merupakan tipe gastritis kronik yang sering terjadi pada lansia. Sedangkan gastritis kronik tipe B disebut juga gastritis antral karena mengenai lambung bagian antrum (Price & Wilson, 2003). Faktor-faktor penyebab gastritis akut dan gastritis kronik akan dijelaskan lebih lanjut.

2.2.3 Faktor risiko Gastritis

2.2.3.1 Lanjut usia (*age-related factor*)

Lanjut usia meningkatkan risiko gastritis disebabkan karena seiring dengan pertambahan usia terjadi perubahan degeneratif pada seluruh sistem tubuh termasuk saluran pencernaan. Faktor risiko akibat bertambahnya usia (*age-related factor*) meliputi perubahan fisiologis pada saluran pencernaan yang terjadi secara alamiah akibat proses menua meliputi penurunan densitas tulang gigi; berkurangnya elastisitas mukosa mulut, atrofi sel epitelial dan berkurangnya suplai darah ke jaringan mukosa mulut; produksi saliva menurun; sensitifitas indera pengecap dan penciuman menurun, sensitifitas lapar menurun; serta terjadi perlambatan pengosongan lambung (Miller, 2004; Lueckenotte, 2000).

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Qauliyah (2008) yang menyatakan bahwa penurunan sensitifitas pengecap pada lansia menyebabkan lansia antara lain biasa menambahkan bumbu-bumbu seperti vetsin, kecap, terasi dan sambal pada makanan yang dikonsumsi dengan alasan untuk menambah rasa dan selera makan lansia. Selain itu penipisan mukosa lambung, atrofi sel epitelial, dan berkurangnya suplai darah ke jaringan mukosa lambung pada usia tua menyebabkan lebih mudah untuk mengalami ulkus, terinfeksi *helicobacter*

pylori atau penyakit autoimun daripada usia muda (Jackson, 2006).

2.2.3.2 Pola makan

Perubahan pola makan meliputi tidak teraturnya waktu makan, frekuensi makan, jenis makanan dan porsi makanan yang dikonsumsi. Perubahan pola makan lansia antara lain cepat merasa kenyang, makan menjadi malas dan tidak teratur sehingga berisiko mengalami gangguan pada saluran pencernaan khususnya gastritis (Miller, 2004). Perubahan pola makan pada lansia disebabkan oleh proses degeneratif pada saluran pencernaan (Miller, 2004). Qauliyah juga menyatakan bahwa perubahan pola makan juga dipengaruhi oleh penurunan *Basal Metabolik Rate* (BMR) sekitar 2 % setelah usia 30 tahun.

2.2.3.3 Gangguan fungsional dan proses penyakit

Penurunan kemampuan (fungsional) berhubungan erat dengan nutrisi yang kurang dan kesulitan memproses makanan (Starkey, 2002 dalam Miller 2004 hal. 285). Misalnya jika terjadi gangguan penglihatan dan gangguan mobilitas akan mempengaruhi kemampuan lansia memproses dan menyiapkan makanan sehingga menyebabkan pola makan menjadi tidak teratur. Penyakit lain seperti demensia dan stroke dapat menyebabkan terjadinya disfagia (kesulitan menelan) sehingga mempengaruhi kemampuan fungsional lansia dan mempengaruhi kualitas hidup lansia. Penurunan fungsi juga dapat menjadi stresor bagi lansia yang dapat memicu terjadinya stres pada lansia.

2.2.3.4 Efek obat-obatan

Obat-obatan dapat menjadi faktor risiko terjadinya kerusakan pada saluran pencernaan dan mempengaruhi pemenuhan nutrisi akibat efeknya terhadap proses pencernaan makanan, pola makan dan penyerapan makanan. Efek obat-obatan sering terjadi pada usia lanjut akibat peningkatan pemakaian jenis obat-obatan yang dapat memiliki efek samping yang saling berlawanan (Miller, 2004).

Obat-obatan yang dapat mempengaruhi terjadinya penyakit gastritis antara lain adalah pemakaian obat anti inflamasi non steroid (OAINS) antara lain seperti Aspirin, Ibuprofen, Naproxen dan Piroxicam dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung. Jika pemakaian obat-obat tersebut hanya sesekali maka kemungkinan terjadinya masalah lambung akan kecil. Tapi jika pemakaiannya dilakukan secara terus menerus atau pemakaian yang berlebihan dapat mengakibatkan gastritis dan *peptic ulcer* (Jackson, 2006).

Beberapa penelitian juga telah dilakukan di RSCM untuk melihat efek samping dari penggunaan obat rematik antara lain pemeriksaan endoskopi pada pasien yang telah menggunakan aspirin lebih dari 2 bulan. Penelitian tersebut menunjukkan terjadi kerusakan pada struktur saluran cerna bagian atas yaitu 66,7% pasien, hampir 30 % pengguna aspirin tersebut mengalami tukak pada saluran cerna bagian atas, dan yang menarik adalah 25 % pasien pengguna aspirin tersebut tidak merasakan apa-apa walaupun sudah mengalami tukak pada lambung (<http://www.idionline.org>).

2.2.3.5 Gaya hidup

Gaya hidup seperti konsumsi alkohol merokok dan konsumsi kafein dapat mempengaruhi terjadinya gastritis. Alkohol dan zat nikotin dalam rokok dapat mengiritasi mukosa lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal sehingga dapat menyebabkan perdarahan (Wibowo, 2007).

Alkohol dapat mengganggu absorpsi vitamin B kompleks dan vitamin C sehingga dapat menyebabkan gangguan pemenuhan nutrisi sehingga dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh dan menyebabkan individu rentan untuk mengalami infeksi, termasuk infeksi kuman *helicobacter pylori* yang dapat menyebabkan gastritis (Miller, 2004; Smeltzer & Bare, 1996). Merokok dapat menurunkan kemampuan penciuman dan pengecapan makanan serta mengganggu absorpsi vitamin C dan asam folat (Miller, 2004). Kafein dapat menstimulasi produksi pepsin yang bersifat asam sehingga dapat menyebabkan iritasi dan erosi mukosa lambung (Smeltzer & Bare, 1996).

2.2.3.6 Faktor lingkungan

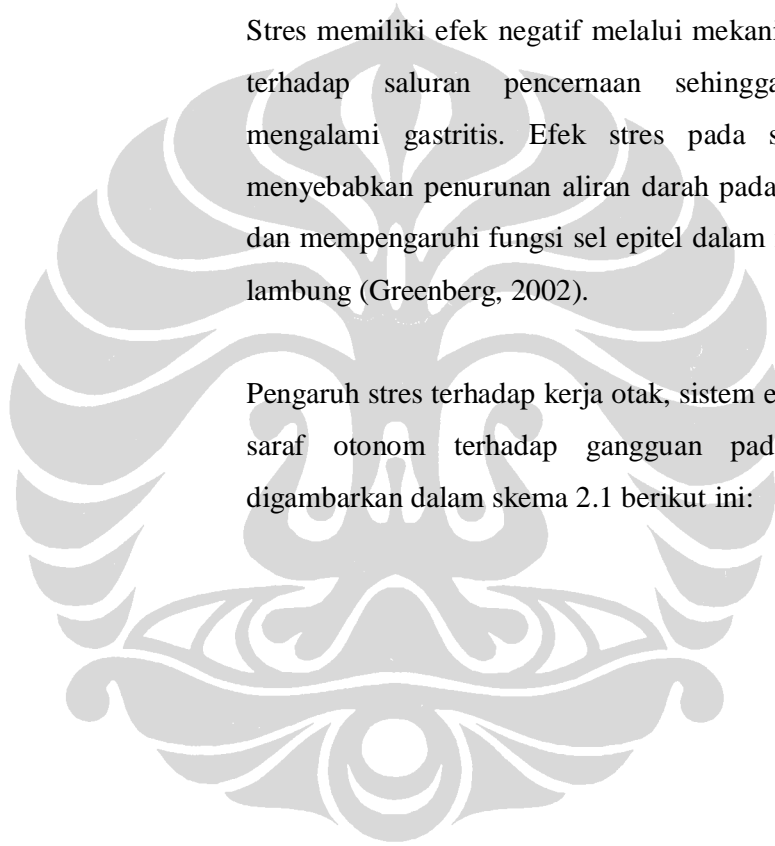
Lingkungan rumah dapat mempengaruhi pola makan dan sekaligus dapat menjadi sumber stres bagi lansia. Lingkungan rumah yang bising atau padat penghuni mempengaruhi konsumsi makanan dan kemampuan menikmati makanan. Lingkungan rumah yang sepi atau tidak ada teman juga dapat merupakan stresor bagi lansia dan memicu stres psikologis, sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan saluran pencernaan termasuk gastritis (Miller, 2004).

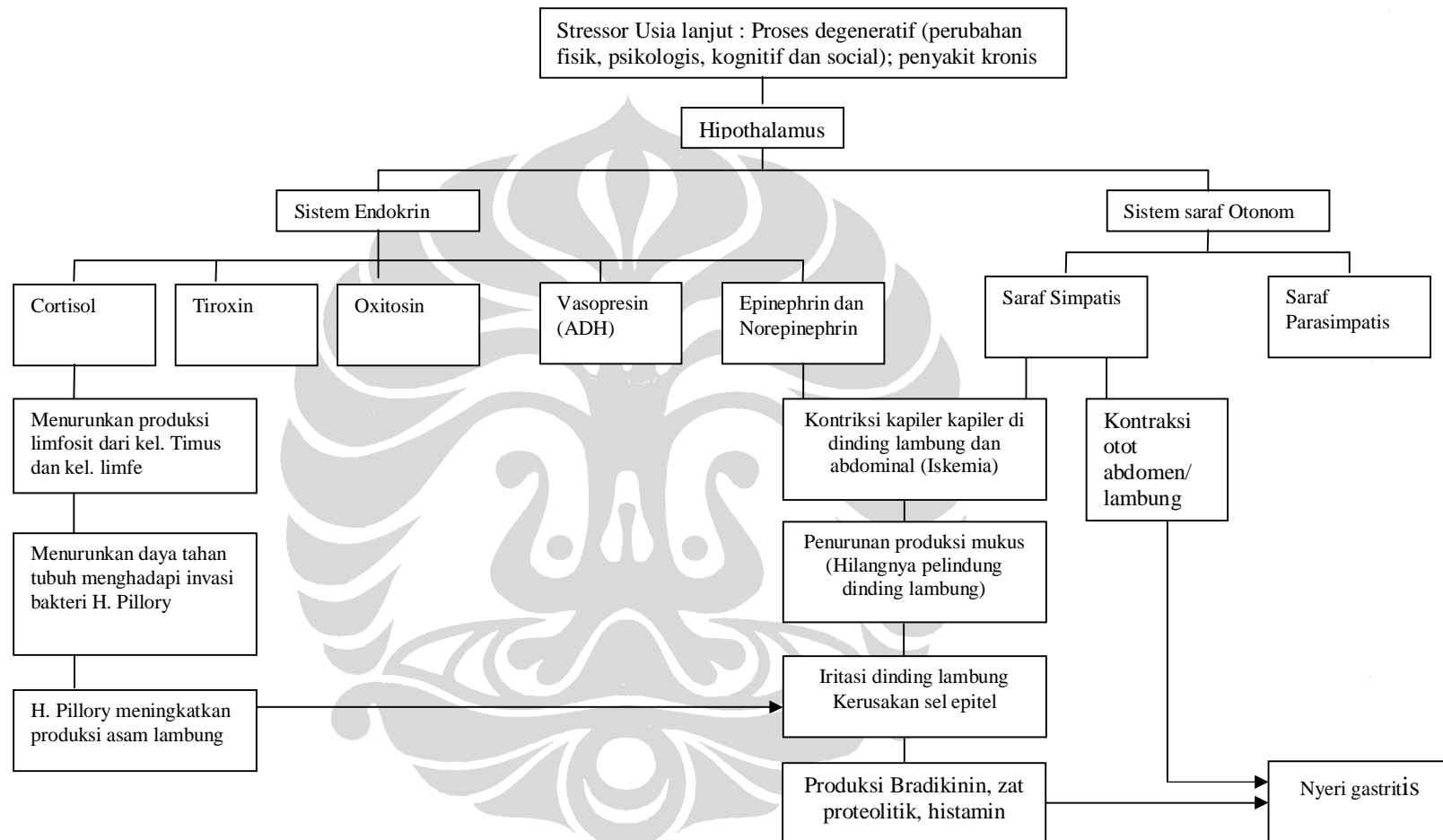
2.2.3.7 Stres psikologis

Faktor psikososial yang terjadi pada lansia antara lain kehilangan (pasangan, teman, keluarga, pekerjaan, kegiatan, hubungan sosial), penyakit kronik yang dialami, serta peningkatan ketergantungan pada orang lain dalam pemenuhan kebutuhan hidup dapat merupakan sumber stres bagi lansia sehingga dapat menyebabkan terjadinya gastritis.

Stres memiliki efek negatif melalui mekanisme neuroendokrin terhadap saluran pencernaan sehingga berisiko untuk mengalami gastritis. Efek stres pada saluran pencernaan menyebabkan penurunan aliran darah pada sel epitel lambung dan mempengaruhi fungsi sel epitel dalam melindungi mukosa lambung (Greenberg, 2002).

Pengaruh stres terhadap kerja otak, sistem endokrin, dan sistem saraf otonom terhadap gangguan pada lambung dapat digambarkan dalam skema 2.1 berikut ini:





Skema 2.1 Efek stres pada saluran pencernaan (Diadaptasi dari : Greenberg, 2002)

2.2.3.8 Perilaku berhubungan dengan ketidakpahaman

Kurang pengetahuan tentang diet dan proses penyakit gastritis dapat menyebabkan risiko terjadinya gastritis dan kekambuhan penyakit gastritis. Pengetahuan tentang makanan dan minuman pantangan pada penderita gastritis sangat mempengaruhi perilaku lansia dalam pemilihan makanan. Penelitian yang ada menunjukkan bahwa pada individu dengan pengetahuan dan pendidikan rendah berhubungan dengan asupan nutrisi yang kurang dan kurangnya kunjungan ke pelayanan kesehatan (Vargas et al., 2001 dalam Miller, 2004).

2.2.3.9 Infeksi bakteri

Sebagian besar populasi di dunia terinfeksi oleh bakteri *Helicobacter Pylori* yang hidup di bagian dalam lapisan mukosa yang melapisi dinding lambung. Walaupun tidak sepenuhnya dimengerti bagaimana bakteri tersebut dapat ditularkan, namun diperkirakan penularan tersebut terjadi melalui jalur oral atau akibat memakan makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh bakteri ini. Infeksi *helicobacter pylori* sering terjadi pada masa kanak - kanak dan dapat bertahan seumur hidup jika tidak dilakukan perawatan. Infeksi *Helicobacter pylori* ini sekarang diketahui sebagai penyebab utama terjadinya *peptic ulcer* dan penyebab tersering terjadinya gastritis (Severence, 2001; Wibowo, 2007; Price & Wilson, 2001). Infeksi *Helicobacter pylori* dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan komplikasi lebih lanjut.

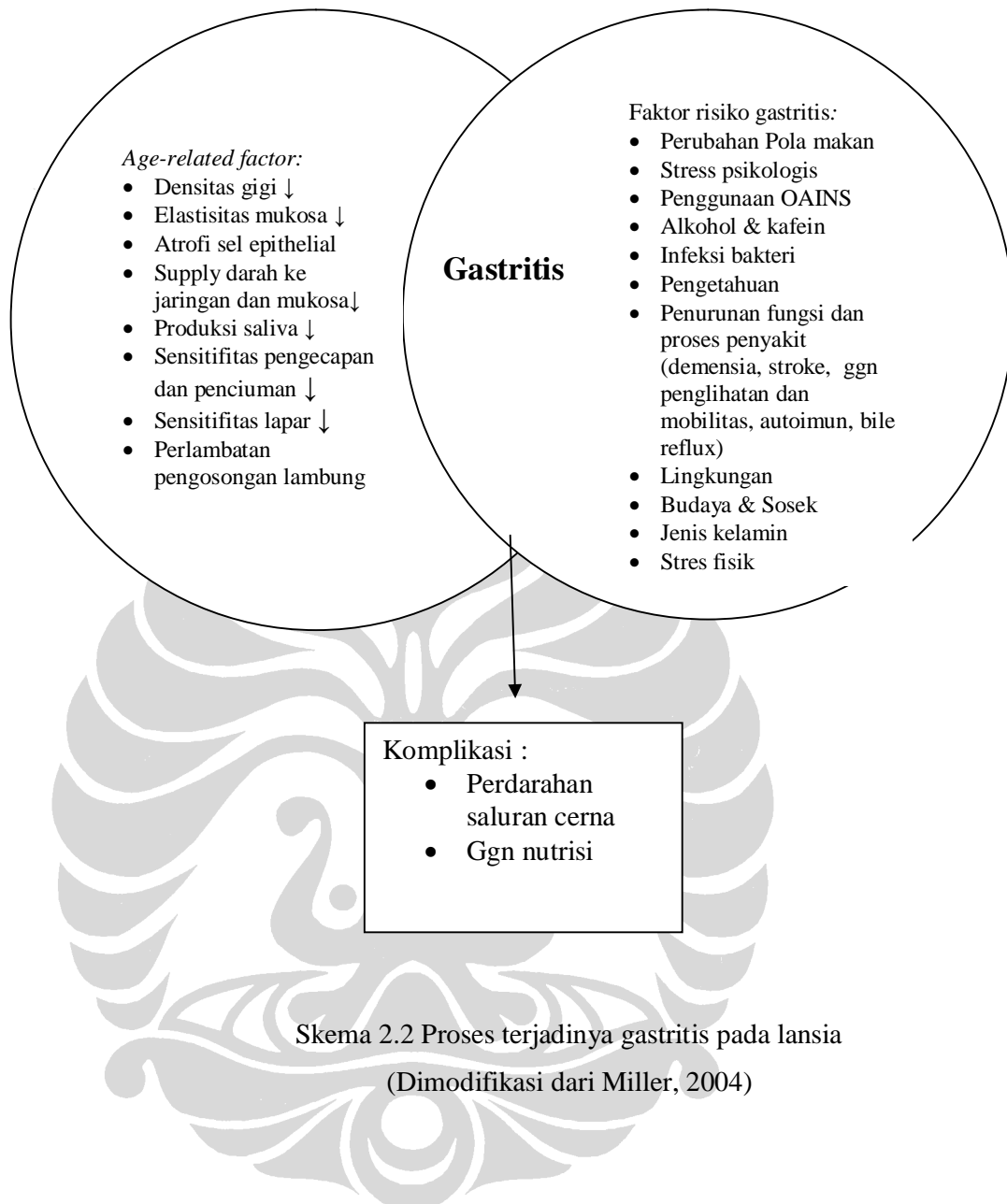
Gastritis dapat terjadi bila terdapat satu atau gabungan dari beberapa faktor penyebab di atas, sehingga memberi gambaran tentang proses terjadinya gastritis yang akan diuraikan selanjutnya.

2.2.4 Proses terjadinya gastritis pada lansia

Gastritis pada lansia merupakan konsekuensi negatif dari gabungan antara perubahan fisiologis akibat proses menua (*age-related factor*) dan faktor risiko gastritis. Perubahan fisiologis akibat proses menua pada saluran pencernaan meliputi penurunan densitas tulang gigi; berkurangnya elastisitas mukosa mulut, atrofi sel epitelial dan berkurangnya suplai darah ke jaringan mukosa mulut; produksi saliva menurun; sensitifitas indera pengecap dan penciuman menurun, sensitifitas lapar menurun; serta terjadi perlambatan pengosongan lambung (Miller, 2004, Lueckenotte, 2000).

Faktor risiko gastritis meliputi perubahan pola makan, stres psikologis, Penggunaan OAINS, penggunaan alkohol dan kafein (gaya hidup), stres fisik, infeksi bakteri, gangguan fungsional dan proses penyakit (penyakit autoimun, penyakit bile refluks, demensia, stroke, gangguan penglihatan dan mobilitas), faktor lingkungan, faktor budaya dan social ekonomi, jenis kelamin, dan pengetahuan (Miller, 2004; Lueckenotte, 2000).

Gabungan antara perubahan fisiologis akibat proses menua pada saluran pencernaan dan faktor risiko gastritis dapat menimbulkan dampak atau konsekuensi negatif pada lansia yaitu menyebabkan timbulnya penyakit gastritis. Penyakit gastritis pada lansia selanjtnya dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut dan menurunkan kualitas hidup lansia (Miller, 2004; Lueckenotte, 2000). Mekanisme terjadinya gastritis pada lansia dapat dilihat pada skema 2.2 berikut ini.



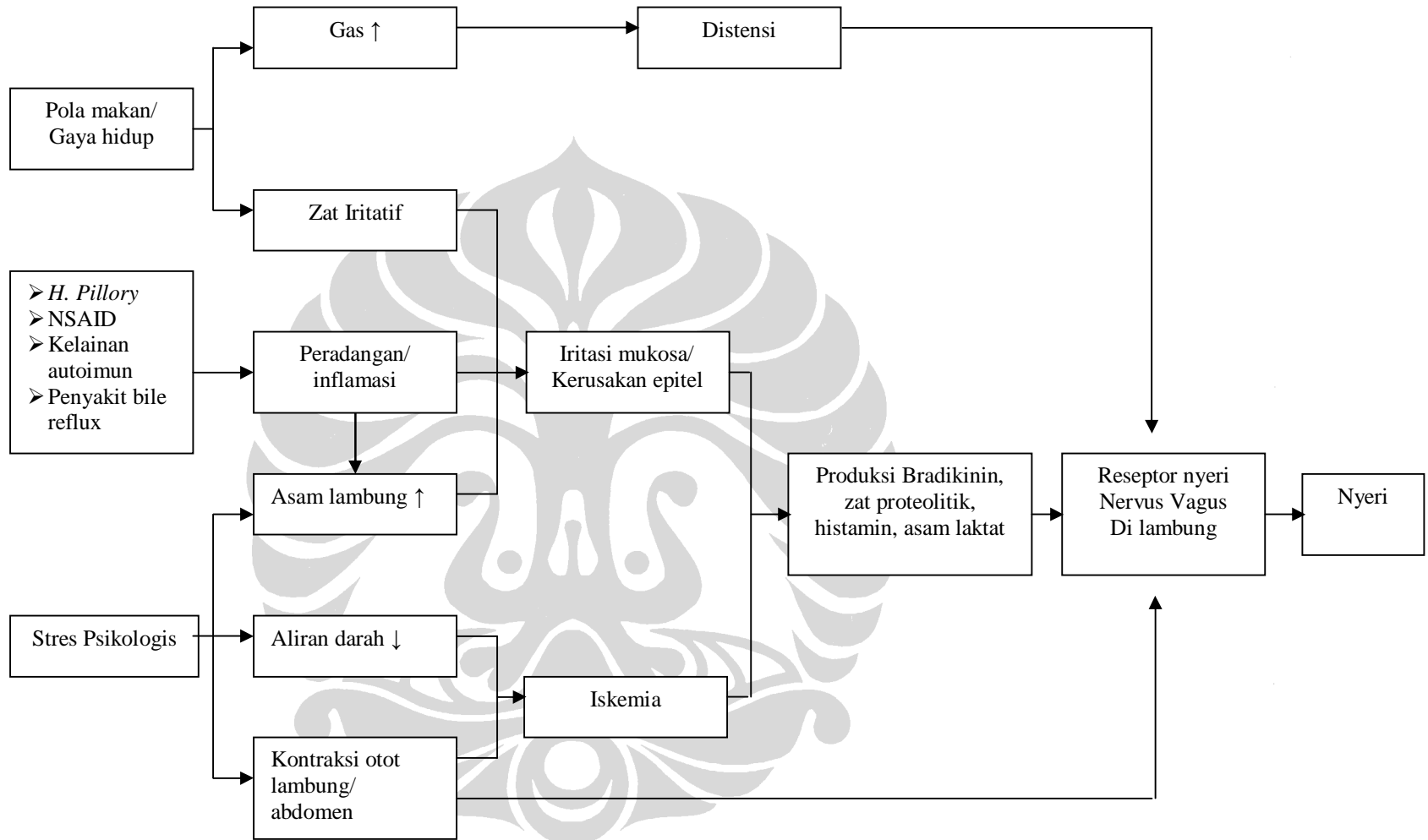
2.2.5 Manifestasi Klinis Gastritis

Severance (2001) menyatakan bahwa walaupun banyak kondisi yang dapat menyebabkan gastritis, gejala dan tanda tanda penyakit ini sama antara satu dengan yang lainnya. Gejala-gejala tersebut antara lain perih atau sakit seperti terbakar pada perut bagian atas yang dapat menjadi lebih baik atau lebih buruk ketika makan (*abdominal cramping and pain*); mual (*Nausea*); muntah (*vomiting*); kehilangan selera (*loss of*

appetite); kembung (*Belching or bloating*); terasa penuh pada perut bagian atas setelah makan; dan kehilangan berat badan (*weight loss*).

Gastritis yang terjadi tiba-tiba (akut) biasanya mempunyai gejala mual dan rasa nyeri seperti terbakar (*burning pain*)/ rasa tidak nyaman pada perut bagian atas, sedangkan gastritis kronis yang berkembang secara bertahap biasanya menimbulkan gejala seperti sakit yang tumpul/ ringan (*dull pain*) pada perut bagian atas dan terasa penuh atau kehilangan selera setelah makan beberapa gigitan. Bagi sebagian orang gastritis kronis tidak menyebabkan gejala apapun (Jackson, 2006). Nyeri yang dirasakan adalah merupakan respon sistem saraf yang distimulasi oleh beberapa faktor yang akan dijelaskan lebih lanjut.

Mekanisme terjadinya nyeri pada gastritis adalah akibat dirangsang oleh peregangan (distensi), kontraksi otot dan peradangan yang dirasakan pada daerah epigastrium. Persarafan lambung sepenuhnya berasal dari sistem saraf otonom yaitu saraf vagus. Impuls nyeri akibat peradangan dihantarkan melalui serabut aferen saraf vagus (Price & Wilson, 2003). Distensi pada saluran pencernaan akan menginduksi nyeri melalui reseptor saraf simpatis menuju ke sistem saraf pusat (Spiller, 2001). Penelitian terkait respon nyeri yang dirasakan penderita gastritis telah dilaksanakan antara lain respon nyeri yang dikeluhkan penderita ulkus pada lambung adalah berupa distensi (gas), *cramping*, *bloating*, perasaan tidak nyaman atau perasaan penuh setelah makan (Talley, Dibaïse, Bouras, 2007). Nyeri yang dirasakan penderita gastritis akut dapat mengalami kekambuhan. Mekanisme terjadinya nyeri pada penderita gastritis dapat dilihat pada skema 2.3 berikut ini :



Skema 2.3 Mekanisme Nyeri Gastritis (Diadaptasi dari : Guyton & Hall, 2007)

2.2.6 Komplikasi Gastritis

Gastritis yang dibiarkan tidak terawat akan menyebabkan gangguan nutrisi, *peptic ulcers* dan pendarahan pada lambung. Beberapa bentuk gastritis kronis dapat meningkatkan risiko kanker lambung, terutama jika terjadi penipisan secara terus menerus pada dinding lambung dan perubahan pada sel-sel di dinding lambung. Kebanyakan kanker lambung adalah *adenocarcinomas*, yang bermula pada sel-sel kelenjar dalam mukosa. *Adenocarcinomas* tipe 1 biasanya terjadi akibat infeksi *helicobacter pylori*.

2.2.7 Penatalaksanaan gastritis

Wibowo (2007) menyatakan bahwa terapi gastritis sangat bergantung pada penyebab spesifiknya dan mungkin memerlukan perubahan dalam gaya hidup, pengobatan atau dalam kasus yang jarang dilakukan pembedahan untuk mengobatinya. Terapi yang umumnya diberikan adalah terapi farmakologis dan nonfarmakologis.

2.2.7.1 Penatalaksanaan Farmakologis

Asam lambung mengiritasi jaringan yang meradang dalam lambung dan menyebabkan sakit dan peradangan yang lebih parah. Itulah sebabnya, bagi sebagian besar tipe gastritis, terapinya melibatkan obat-obat yang mengurangi atau menetralkan asam lambung seperti : antasida, obat penghambat asam, obat penghambat pompa proton, dan *Cytoprotective agents*. Antasida merupakan obat bebas yang dapat berbentuk cairan atau tablet dan merupakan obat yang umum dipakai untuk mengatasi gastritis ringan. Antasida menetralkan asam lambung dan dapat menghilangkan rasa sakit akibat asam lambung dengan cepat.

Ketika antasida sudah tidak dapat lagi mengatasi rasa sakit tersebut, dokter kemungkinan akan merekomendasikan obat seperti cimetidin, ranitidin, nizatidin atau famotidin untuk mengurangi jumlah asam lambung yang diproduksi. Cara selanjutnya yang lebih efektif untuk mengurangi asam lambung adalah dengan cara menutup “pompa” asam dalam sel-sel lambung penghasil asam. Penghambat pompa proton mengurangi asam dengan cara menutup kerja dari “pompa-pompa” ini. Yang termasuk obat golongan ini adalah omeprazole, lansoprazole, rabeprazole dan esomeprazole. Obat-obat golongan ini juga menghambat kerja *Helicobacter pylori*.

Obat-obat yang berfungsi melindungi jaringan-jaringan yang melapisi lambung dan usus kecil (*Cytoprotective agents*) direkomendasikan jika meminum obat-obat anti inflamasi non steroid secara teratur. Obat-obat yang termasuk dalam golongan ini adalah golongan ini adalah sucralfate, misoprostol, dan bismuth subsalicylate. Bismuth subsalicylate juga berfungsi menghambat aktivitas *Helicobacter pylori* (Wibowo, 2007).

Terdapat beberapa regimen dalam mengatasi infeksi *Helicobacter pylori*. Yang paling sering digunakan adalah kombinasi dari antibiotik dan penghambat pompa proton. Terkadang ditambahkan pula bismuth subsalicylate. Antibiotik berfungsi untuk membunuh bakteri, penghambat pompa proton berfungsi untuk meringankan rasa sakit, mual, menyembuhkan inflamasi dan meningkatkan efektifitas antibiotik (Jackson, 2006).

Memastikan *Helicobacter pylori* sudah hilang, dapat dilakukan pemeriksaan kembali setelah terapi dilaksanakan. Pemeriksaan feces adalah jenis pemeriksaan yang sering dipakai untuk memastikan sudah tidak adanya *Helicobacter pylori*. Pemeriksaan darah akan menunjukkan hasil yang positif selama beberapa bulan atau bahkan lebih walaupun pada kenyataannya bakteri tersebut sudah hilang (Jackson, 2006).

Meskipun obat-obat gastritis terbukti efektif dalam menurunkan nyeri dan mengobati penyakit gastritis, namun pemakaian obat-obat gastritis jangka panjang juga memiliki efek samping tertentu. Efek samping obat-obat gastritis jangka panjang antara lain konstipasi (obat yang mengandung aluminium & kalsium hidroksida) atau diare (obat yang mengandung magnesium hidroksida). Obat gastritis yang mengandung magnesium harus berhati-hati atau bahkan tidak diperbolehkan dikonsumsi oleh penderita gangguan ginjal karena akan meningkatkan kadar magnesium dalam darah. Selain itu obat gastritis tertentu juga dapat berinteraksi dengan senyawa logam lain yang terkandung pada makanan atau obat tertentu antara lain antidepresan, antihistamin, isoniazid, penisilin, tetrasiklin, vitamin B₁₂ sehingga antisipasinya adalah adanya jarak atau selang waktu minum obat 1-2 jam (Ridho, 2009).

2.2.7.2 Penatalaksanaan nonfarmakologis

1) Menjaga keseimbangan cairan

Perawat perlu memonitor intake dan output cairan harian untuk mengidentifikasi gejala awal dehidrasi (minimal urine output 30 ml/jam, minimal intake cairan 1,5 liter/hari). Jika makanan atau minuman tidak memungkinkan maka terapi intravena diberikan sebanyak 3

liter/hari. Perawat juga harus memonitor indikator perdarahan saluran cerna akibat gastritis antara lain hematemesis (muntah darah), takikardi dan hipotensi. Monitor tanda tanda vital diperlukan serta jika terjadi perdarahan maka perawat melakukan penatalaksanaan khusus perdarahan pada saluran cerna (Smeltzer & Bare, 1996).

2) Nutrisi adekuat

Salah satu cara untuk mengontrol nutrisi adalah melalui pengaturan pola makan yang teratur dan tepat. Perubahan perilaku terkait pola makan dapat dilakukan melalui modifikasi perilaku. Penatalaksanaan nutrisi yang tepat dan adekuat bagi penderita gastritis akut merupakan hal yang harus diperhatikan oleh perawat. Perawat harus memperhatikan adanya gejala mual, muntah serta kelemahan pada penderita sehingga perawat dapat memberikan dukungan secara emosional kepada penderita. Pada kondisi gastritis akut, penderita tidak diperbolehkan mengkonsumsi makanan dan minuman selama beberapa jam sampai beberapa hari sampai gejala akut yang dirasakan hilang. Secara bertahap penderita diberikan makanan cair, lembek, dan padat untuk memenuhi kebutuhan nutrisi oral sehingga meminimalkan iritasi mukosa lambung (Smeltzer & Bare, 1996).

Penderita tidak diperbolehkan mengkonsumsi makanan atau minuman yang bersifat iritatif karena akan menyebabkan iritasi mukosa lambung dan menghindari kafein karena dapat menstimulasi sistem saraf pusat sehingga meningkatkan aktivitas lambung dan sekresi pepsin (Smeltzer & Bare, 1996).

3) Mengurangi nyeri

Tindakan yang dilakukan oleh perawat antara lain mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan penderita, mengkaji hal-hal yang dilakukan penderita untuk meningkatkan kenyamanan dan menurunkan nyeri yang dirasakan antara lain adanya penggunaan obat-obatan, menghindari zat yang dapat mengiritasi mukosa lambung (Smeltzer & Bare, 1996). Manajemen nyeri yang dapat diterapkan perawat terdiri dari terapi farmakologis dan nonfarmakologis (Smeltzer & Bare, 1996).

Terapi farmakologis untuk menurunkan nyeri antara lain penggunaan obat-obatan anti nyeri meliputi analgesik dan anestesi, penggunaan opioid, dan obat non steroid anti inflamasi (NSAID). Penggunaan obat-obatan harus dengan resep dan petunjuk dokter. Peran perawat dalam penatalaksanaan farmakologis adalah memastikan penderita mengkonsumsi obat sesuai dosis yang dianjurkan serta memantau efek samping dari obat yang dikonsumsi (Smeltzer & Bare, 1996). Terapi nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri juga semakin berkembang terutama didunia keperawatan.

Terapi nonfarmakologis yang dapat diterapkan oleh perawat dalam menurunkan nyeri antara lain stimulasi kutan dan *massage*, terapi panas dan dingin, *Transkutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS), Teknik distraksi, teknik relaksasi, *imagery guided*, hipnosis (Smeltzer & Bare, 1996). Terapi nonfarmakologis tersebut telah terbukti efektif dalam menurunkan nyeri melalui penelitian terhadap berbagai masalah kesehatan yang ada.

4) Menurunkan stres dan ansietas

Stres merupakan respon tubuh yang normal terhadap kejadian atau peristiwa yang membuat diri merasa terancam atau sedih. Ketika lansia mengalami atau merasa terancam, baik nyata maupun tidak, tubuh akan berespon dengan otomatis mempersiapkan tubuh menghadapi ancaman. Proses ini dikenal dengan istilah *fight or flight reaction* atau respon terhadap stres. Stres merupakan cara tubuh untuk melindungi diri. Dalam jumlah yang sedikit, stres dapat membantu seseorang untuk mempersiapkan diri, bekerja lebih giat, dan memotivasi untuk melakukan yang terbaik. Namun stres yang bersifat kronik atau dalam jumlah dan waktu yang lama dapat mempengaruhi seluruh sistem tubuh dan dapat memicu timbulnya masalah kesehatan termasuk penyakit gastritis. Cara yang dapat dilakukan untuk mereduksi stres adalah melalui penerapan manajemen stres (Greenberg, 2002; Miller, 2004).

5) Pendidikan kesehatan dan penatalaksanaan di rumah

Pengetahuan penderita tentang gastritis perlu dievaluasi sehingga pendidikan kesehatan individual dapat direncanakan dengan tepat. Pendidikan kesehatan yang diperlukan oleh penderita selama di rumah meliputi pengaturan pola makan dan kebutuhan kalori, penyajian makanan, perlu diberikan (*list*) zat yang harus dihindari (kafein, nikotin, makanan pedas, alkohol, dan zat bersifat iritatif (Smeltzer & Bare, 1996). Setelah berada di rumah, keluhan nyeri dapat menjadi kronik dan mengalami kekambuhan secara terus menerus jika tidak ditangani dengan tepat.

Nyeri kronik yang dirasakan biasanya dipicu oleh kontak berulang dengan faktor ofensif yang dapat merusak mukosa lambung, ansietas dan stres psikologis (Severence, 2001; Maulidiyah, 2006). Dengan demikian maka perawat juga harus mengetahui teknik reduksi stres dan ansietas untuk mencegah kekambuhan nyeri gastritis di rumah.

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan dapat diukur melalui kriteria evaluasi meliputi penurunan stres dan ansietas; perubahan perilaku menghindari makanan dan minuman iritatif, menghindari kafein, alkohol dan OAINS; keseimbangan cairan terjaga (minum 6-8 gelas/hari, urin output 1 liter/hari, turgor kulit adekuat); serta melaporkan adanya penurunan nyeri (Smeltzer & Bare, 1996). Selanjutnya akan dibahas manajemen stres sebagai bentuk intervensi untuk mencegah terjadinya gastritis dan mencegah kekambuhan gastritis.

2.3 Manajemen Stres Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan Komunitas Pada Agregat Lansia dengan Gastritis

Stres merupakan salah satu faktor utama penyebab terjadinya penyakit gastritis dan penyebab kekambuhan penyakit gastritis (Maulidiyah, 2006). Mengingat lansia merupakan periode yang sangat rentan untuk mengalami stres psikologis akibat perubahan fisik dan psikososial yang dialami, maka manajemen stres merupakan kebutuhan bagi lansia dan merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas dalam mencegah terjadinya penyakit yang disebabkan oleh stres dan mencegah kekambuhan penyakit termasuk penyakit gastritis.

Manajemen stres adalah suatu cara untuk menghilangkan ketegangan yang dirasakan pada tubuh dan pikiran akibat terpapar dengan sumber stres

(Greenberg, 2002). Manajemen stres adalah cara atau strategi untuk menurunkan stres (Feuerstein, Labbe, & Kuczmierczyk, 1986 dalam Ong, Linden, & Young, 2004). Manajemen stres adalah kemampuan untuk menurunkan penilaian terhadap stres atau untuk kemampuan menghadapi stresor dengan cara yang kompeten (Girdano, Everly, & Dusek, 1993 dalam Ong, Linden & Young, 2004). Berdasarkan beberapa definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa manajemen stres adalah cara atau strategi untuk menurunkan stres dengan cara meningkatkan pemahaman dan kemampuan individu menghadapi atau bereaksi terhadap stresor.

Tujuan dari manajemen stres adalah untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang stres yang dialami dan meningkatkan kemampuan untuk menghadapi atau mengontrol stres (Ong, Linden & Young, 2004). Tujuan manajemen stres bukan untuk menghilangkan atau mengeliminasi semua stres dalam kehidupan, tetapi meningkatkan kemampuan untuk mengontrol stres menjadi hal yang positif (*eustres*) dan mencegah atau menurunkan *distres* atau efek negatif stres (Greenberg, 2002).

Studi literatur terkait efektifitas manajemen stres yang dilakukan oleh Ong, Linden, dan Young (2004) didapatkan bahwa terdapat 153 penelitian tentang efektifitas manajemen stres pada berbagai setting populasi antara lain di tempat kerja (*workplace*), sekolah (*school*), serta pada berbagai masalah kesehatan seperti hipertensi dan bruxism. Pengukuran efektifitas manajemen stres dibuat secara spesifik meliputi tekanan darah, aktivitas *natural killer cell*, produktivitas kerja melalui absensi, dan tingkat stres yang dialami.

Intervensi manajemen stres yang dilakukan pada berbagai penelitian tersebut sangat bervariasi, bisa berbentuk intervensi tunggal misalnya efektifitas teknik relaksasi terhadap penurunan tekanan darah atau merupakan paket kombinasi dari beberapa intervensi manajemen stres. Intervensi manajemen stres yang dilakukan meliputi manajemen waktu (*time management*), latihan fisik (*exercise*), terapi humor (*humor therapy*), terapi latihan memaafkan

(*forgiveness therapy*), latihan relaksasi, latihan asertif, program pendidikan kesehatan (*cognitive education program*), *support training*, *mindfulness based stress reduction* dan lain-lain (Ong, Linden & Young, 2004).

Ezine (2010) mengemukakan bahwa manajemen stres terdiri dari dua tahapan. Tahap pertama adalah tahap pencegahan yaitu mempertahankan pola hidup yang harmonis sehingga individu dapat mencegah dan mengontrol stres yang dialami, dan tahap kedua adalah tahap pengontrolan terhadap stres sehingga dampak negatif yang disebabkan oleh stres terhadap tubuh dan kehidupan dapat dikurangi atau dihilangkan. Tahap pencegahan meliputi mempertahankan keterlibatan dalam kegiatan masyarakat (*stay involved in community*), tetap aktif bergerak (*stay active*), dan menentukan tujuan baru dalam kehidupan (*establish a new purpose in life*). Tahap pengontrolan terhadap stres meliputi tindakan mengembalikan keseimbangan tubuh dan pikiran melalui tindakan antara lain meditasi, yoga, latihan pernafasan diafragma, latihan relaksasi dan terapi humor.

Mimura dan Griffiths (2010) juga mengungkapkan pedoman manajemen stres dengan menggolongkan dua jenis manajemen stres yaitu manajemen lingkungan (*environmental management intervention*) dan manajemen diri (*personal support intervention*). Manajemen lingkungan ditujukan untuk memperbaiki kondisi lingkungan untuk mengurangi sumber stres individu meliputi perubahan struktur organisasi dan sistem managerial, perbaikan gaya kepemimpinan, dan perubahan lingkungan kerja. Sedangkan manajemen diri bertujuan untuk meningkatkan kemampuan diri dalam menghadapi berbagai kejadian kehidupan yang dapat memicu terjadinya stres meliputi latihan fisik dan terapi musik (Taylor, 1991), terapi humor dan latihan relaksasi (Kwandt, 1992 & Crackett, 1993), program pendidikan kesehatan (Razavi et al, 1993), latihan asertif (Lee & Crackett, 1994), dan terapi kognitif dan perilaku (Russler, 1991).

Intervensi manajemen stres yang lain dikemukakan oleh Ong, Linden dan Young (2004) yang mengemukakan bahwa manajemen stres yang baik untuk mencegah timbulnya masalah psikologis dan kesehatan dilakukan secara komprehensif meliputi empat elemen dasar yaitu : 1) perubahan atau manipulasi stresor atau lingkungan (*stimulus or environment manipulation*); 2) melatih keterampilan koping (*teaching of coping skill*); 3) menciptakan hambatan terhadap stressor (*creation of buffers*), dan 4) penerapan teknik reduksi stres.

Masing-masing komponen dasar manajemen stres tersebut terdiri dari beberapa intervensi spesifik yang akan diuraikan sebagai berikut : 1) perubahan atau manipulasi terhadap stresor atau lingkungan meliputi intervensi di tingkat institusional antara lain tempat kerja atau sekolah meliputi ergonomi, pengelolaan struktur tugas (*job enrichment, formation of autonomous teams*), pengorganisasian kerja dan proses produksi (*change in management style, labor-management dialogue, participatory interaction, sociotechnical design alternatives*); 2) melatih keterampilan koping meliputi intervensi *social skill training, time management, problem-solving training, cognitive restructuring, dan forgiveness therapy*; 3) Menciptakan hambatan terhadap stressor meliputi intervensi *humor therapy, social support interventions, pet ownership, and exercise*; 4) Penerapan teknik reduksi stres meliputi intervensi teknik relaksasi autogenik, relaksasi progresif, terapi musik, yoga, meditasi, biofeedback, dan *mindfulness stress reductions* (Ong, Linden & Young, 2004).

Bentuk intervensi yang diuraikan tersebut di atas sangat komprehensif namun terlalu banyak dan sulit untuk dapat diterapkan secara keseluruhan kepada lansia di Kelurahan Ratujaya karena terdapat beberapa manajemen stres yang diterapkan pada institusi atau lembaga tertentu. Oleh karena itu maka penulis membuat protap atau panduan manajemen stres yang lebih sederhana dan praktis untuk dapat diterapkan bagi individu, kelompok dan masyarakat di kelurahan Ratujaya. Panduan manajemen stres ini disusun dengan cara

memilih strategi manajemen stres yang sesuai dengan tingkat pendidikan, dan sumber daya yang dimiliki oleh lansia dan masyarakat di Kelurahan Ratujaya.

Protap atau panduan manajemen stres yang disusun oleh penulis yang diterapkan pada lansia gastritis di Kelurahan Ratujaya meliputi dua tahapan yaitu (1) strategi pencegahan stres pada lansia melalui kegiatan kelompok di masyarakat (*self-help group* atau *support group*) dan latihan fisik, serta (2) strategi peningkatan kemampuan lansia dalam menghadapi atau mengontrol stres yang dialami melalui latihan relaksasi progresif.

1. Strategi pencegahan stres

Strategi pencegahan stres meliputi mempertahankan pola hidup yang harmonis sehingga individu dapat mencegah dan mengontrol stres yang dialami pada lansia. Strategi pencegahan stres yang diterapkan adalah dengan cara (a) tetap aktif mengikuti kegiatan di masyarakat antara lain melalui kegiatan kelompok, dan (b) latihan fisik secara teratur.

a. Tetap aktif dalam kegiatan di masyarakat

Kegiatan di masyarakat umumnya dibentuk dan diselenggarakan secara berkelompok. Proses kelompok merupakan salah satu metode yang dapat dilakukan untuk menyediakan dan memperoleh dukungan sosial (*social support*). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial mempunyai dampak yang menguntungkan bagi kesehatan fisik dan psikologis (Israel & Schurman, 1990 dalam Ervin, 2002). Dukungan sosial tidak hanya mempunyai dampak kesehatan langsung namun juga dampak penetralisir stres yang berdampak terhadap kesehatan (Cohen & Wills, 1985 dalam Ervin, 2002). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial dapat mempengaruhi cara masyarakat beradaptasi secara psikologis terhadap peristiwa yang menyebabkan stres (Ervin, 2002).

Newcomb dan Bentler (1986 dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) mendefinisikan dukungan sosial sebagai suatu jaringan

hubungan interpersonal yang memberikan kebersamaan, bantuan, dan nutrisi emosional. Dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal meliputi perhatian emosional berupa ekspresi kepedulian, motivasi, empati; bantuan berupa pelayanan, keuangan, atau informasi; dan penguatan berupa umpan balik konstruktif, pengakuan (Antonucci, Kahn, & Akiyama, 1989; House, 1981 dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2002).

Terdapat tiga jenis dukungan sosial yang dapat diperoleh melalui kegiatan kelompok yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dan dukungan instrumental (Miller, 2004; Stanhope, 2004; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2001). Dukungan emosional dapat membantu dalam situasi krisis, diperoleh melalui komunikasi verbal maupun nonverbal yang terjadi antar anggota kelompok. Komunikasi yang terjalin merupakan bentuk perhatian dan kepedulian antar anggota kelompok, dan hal ini dipercaya dapat menurunkan tingkat stres karena anggota dapat mengungkapkan perasaan atau masalah yang dihadapi dan mendapat tanggapan atau kepedulian dari anggota kelompok yang lain sehingga dapat menghilangkan rasa kesepian atau ketidakberdayaan dan dapat meningkatkan kepercayaan diri (Miller, 2004; Stanhope, 2004; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2001).

Dukungan informasi diperoleh melalui sharing informasi atau pengalaman antar anggota kelompok. Hal ini dapat memperbaiki persepsi anggota yang keliru terkait masalah yang dihadapi, mengurangi atau menghilangkan kebingungan, dan dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi anggota dalam mengembangkan strategi yang positif dalam menghadapi masalah atau kesulitan dalam kehidupan (Miller, 2004; Stanhope, 2004; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2001).

Dukungan instrumental yang dapat diperoleh meliputi ketersediaan bantuan yang diperlukan oleh anggota jika mengalami masalah berupa bantuan materi antara lain sarana transportasi, uang, atau pendampingan dari anggota kelompok yang lain (physical assistance). Dukungan instrumental yang dapat diperoleh oleh anggota kelompok akan mengurangi rasa ketidakberdayaan dan keputusasaan (Miller, 2004; Stanhope, 2004; Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2001).

b. Latihan Fisik

Latihan fisik didefinisikan sebagai latihan pergerakan tubuh yang melibatkan pergerakan sistem muskuloskeletal (Pender, 2001). Latihan pergerakan tubuh melibatkan penggunaan energi (kilokalori), dilakukan pada waktu luang dan dapat dijadikan aktivitas rutin sehari-hari. Latihan fisik terdiri dari tiga tingkatan yaitu aktivitas fisik ringan, sedang dan berat. Aktivitas fisik untuk dapat memberikan manfaat terhadap kesehatan maka harus dilakukan secara teratur. Pada tabel 2.1 berikut ini adalah jenis dan tingkatan aktifitas fisik yang dapat dilakukan oleh individu untuk mempertahankan kesehatan.

Table 2.1. Jenis dan tingkatan aktivitas fisik (Pender, 2001)

Level aktivitas fisik dan intensitas	Level energi	Jenis aktivitas fisik
Ringan (kurang dari 30 menit hampir setiap hari)	< 3,5 kkal/menit atau < 3 METS (Metabolic Equivalentents)	Walking, bicycling
Sedang (30 menit hampir setiap hari dalam seminggu, kurang dari 60 % peningkatan denyut jantung)	3.5 - 7 kkal/menit atau 3 - 6 METS (Metabolic Equivalentents)	Walking briskly, Bicycling onlevel terrain, Swimming, or Dancing
Berat (Kurang lebih 20 menit sebanyak 3 kali dalam seminggu, terjadi 60% atau lebih peningkatan denyut jantung)	Lebih dari 7 kkal/menit atau lebih dari 6 METS (Metabolic Equivalentents)	Jogging, Swimming continous laps, Or Bicycling uphill

Secara umum latihan fisik akan memberikan efek yang positif terhadap fisik dan psikologis. Efek fisiologis latihan fisik meliputi peningkatan kemampuan koordinasi dan keseimbangan pada seluruh aktivitas fisik, meningkatkan kekuatan otot tulang dan sendi, meningkatkan sirkulasi darah ke seluruh tubuh, meningkatkan cairan sendi (sinovial) yang berfungsi sebagai bantalan sendi sebagai nutrisi bagi tulang rawan dan mencegah keausan pada sendi, meningkatkan kadar serotonin yang mengurangi nyeri seraya membangun kembali otot dan sendi, memperbaiki pola tidur atau sebagai pendorong tidur yang alami, dan meningkatkan produksi sel T yang memperkuat sistem kekebalan tubuh dan membantu tubuh melawan efek buruk stres. Efek psikologis aktifitas fisik adalah meningkatkan pengeluaran hormon endorfin, merupakan pembunuh alami rasa nyeri, menyembuhkan dan meningkatkan semangat atau mood (Ayers, Bruno, & Langforf, 1999).

Studi naratif dan metaanalisis telah dilakukan untuk mengidentifikasi manfaat latihan fisik sebagai salah satu komponen dalam manajemen stres. Para peneliti melaporkan bahwa intervensi latihan fisik saja tanpa intervensi psikologis menimbulkan efek yang signifikan dalam menurunkan ansietas. Latihan fisik yang disarankan bagi lansia antara lain adalah *walking* atau *jogging* selama 15-60 menit setiap hari, *swimming*, *bicycling*, dan *low impact aerobic* (Kugler, Seelbach, & Krueskemper, 1994).

Latihan fisik yang disarankan oleh penulis untuk diterapkan bagi lansia di kelurahan Ratuajaya selama praktek adalah *walking* selama 15-60 menit setiap hari di pagi hari, dan *low impact aerobic* yaitu senam lansia selama 60 menit satu kali dalam seminggu secara teratur selama 8 minggu. Selanjutnya penulis tetap menyarankan kepada lansia agar tetap melanjutkan kegiatan latihan fisik secara teratur untuk mempertahankan kondisi kesehatan.

2. Strategi peningkatan kemampuan lansia dalam menghadapi stres

Peningkatan kemampuan personal lansia dalam menurunkan stres yang diterapkan oleh penulis terhadap lansia gastritis di Kelurahan Ratu Jaya adalah melalui latihan relaksasi progresif.

Teknik relaksasi progresif diciptakan oleh Jacobson pada tahun 1938. Teknik ini ditujukan untuk menginduksi atau menciptakan relaksasi pada otot dan saraf. Teknik relaksasi progresif sering juga disebut *neuromuscular relaxation* karena teknik ini membangkitkan kerja saraf untuk mengontrol kontraksi otot atau disebut *Jacobsonian relaxation* sesuai nama penemunya (Greenberg, 2002).

Stres merupakan hal yang wajar terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Efek negatif stres dapat dilawan dengan cara mempraktekkan secara rutin teknik relaksasi yaitu suatu cara untuk mencapai keadaan istirahat yang dalam (*deep rest*) sehingga dapat mengembalikan keseimbangan reaksi tubuh ke dalam kondisi normal.

Teknik relaksasi progresif membuat semua sistem tubuh tegang atau bersiap untuk melakukan aksi "*fight or flight*" kembali menjadi seimbang dengan cara memperdalam pernafasan, mengurangi produksi hormon stres, menurunkan denyut jantung, dan tekanan darah, serta merelaksasikan otot tubuh. Respon relaksasi juga meningkatkan cadangan emosi, meningkatkan kemampuan melawan sakit, mengurangi nyeri, meningkatkan kemampuan pemecahan masalah dan meningkatkan motivasi serta produktivitas (Segal, 2008). Teknik relaksasi progresif dapat digunakan untuk menjaga keseimbangan fisik dan mental (Haruki & Ishikawa, 1993 dalam Arakawa, 1995) dan merupakan kompetensi yang penting dimiliki oleh perawat (Wickham, 1989 dalam Arakawa, 1995).

Teknik relaksasi progresif telah digunakan sebagai cara untuk menangani stres atau coping dalam mengatasi stres dalam kehidupan sehari-hari

(Kawano & Otawa, 1989 dalam Arakawa, 1995). Kegunaan teknik relaksasi progresif sebagai koping dalam mengatasi stres dalam kehidupan sehari-hari telah diteliti Larsson dan Starrin (1992). Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu yang mempraktekkan teknik relaksasi progresif minimal satu kali sehari menunjukkan tingkat stres yang rendah dibandingkan individu yang tidak mempraktekan teknik relaksasi progresif.

Penerapan teknik relaksasi progresif dalam kehidupan sehari-hari juga akan mencegah kekambuhan nyeri gastritis dengan menciptakan relaksasi pada otot-otot saluran pencernaan sehingga mencegah kontraksi otot abdomen dan lambung; menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah ke saluran pencernaan, mencegah terjadinya iskemia dan mencegah produksi zat-zat kimia yang merangsang nyeri; serta mencegah peningkatan produksi asam lambung yang dipicu oleh stres psikologis.

Cara melakukan teknik relaksasi progresif yaitu melakukan kontraksi dan relaksasi yang dilakukan pada setiap kelompok otot secara bergantian dengan urutan sebagai berikut : (1) kelompok otot kaki, paha dan bokong; (2) kelompok otot pergelangan tangan, (3) kelompok otot lengan bawah, (4) kelompok otot siku dan lengan atas, (5) kelompok otot perut, (6) kelompok otot dada, (7) kelompok otot bahu, (8) kelompok otot punggung, (9) kelompok otot leher, dan (10) kelompok otot ajah (gambar terlampir pada lampiran 7). Masing masing kelompok otot dilatih melakukan kontraksi dan relaksasi sebanyak dua kali gerakan selama 8 hitungan. Teknik relaksasi progresif dapat dipadukan dengan teknik relaksasi lain seperti teknik nafas dalam, teknik relaksasi autogenik dan musik relaksasi. Perpaduan antara teknik relaksasi progresif melalui kontraksi dan peregangan otot, nafas dalam dan relaksasi autogenik yaitu relaksasi yang dihasilkan dengan bantuan konsentrasi terhadap otot yang digerakan dan dibantu pemikiran bahwa otot tersebut menjadi relaks, hangat dan lemas,

akan memudahkan individu untuk mencapai tingkat relaksasi yang dalam (Charlesworth & Nathan, 1996).

Jadwal latihan teknik relaksasi progresif sebaiknya dilakukan sebanyak 1-2 kali setiap hari. Latihan bisa dilakukan pada pagi dan sore hari dengan jarak waktu 1 jam sesudah makan. Efek terapeutik relaksasi dapat langsung dirasakan setelah latihan pertama kali, namun disarankan untuk terus melakukan teknik relaksasi progresif setiap hari (Charlesworth & Nathan, 1996). Sebelum melakukan latihan teknik relaksasi progresif diperlukan penataan lingkungan yang tenang dan tidak mengganggu konsentrasi pada saat latihan agar mencapai kondisi relaksasi otot dan pikiran yang dalam.

Rancangan kegiatan manajemen stres yang telah dibahas tersebut di atas diaplikasikan secara individu pada lansia gastritis melalui asuhan keperawatan keluarga serta penerapan manajemen stress melalui proses kelompok sebagai strategi intervensi keperawatan komunitas untuk mencegah kekambuhan gastritis. Selanjutnya akan diuraikan tentang proses kelompok.

2.4 Proses Kelompok Sebagai Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas dalam Mencegah Kekambuhan Gastritis Pada Lansia

Kelompok merupakan suatu komunitas yang mempunyai komposisi dan tujuan bersama serta memiliki nilai-nilai yang disepakati bersama. Keberadaan kelompok di komunitas dapat juga digunakan untuk meningkat status kesehatan dan kesejahteraan pada tingkat individu, keluarga dan masyarakat karena beberapa individu mengalami kesulitan untuk merubah perilaku sehat tanpa adanya dukungan kelompok (Stanhope & Lancaster, 2004).

Proses kelompok adalah suatu bentuk intervensi keperawatan komunitas yang dilakukan bersamaan dengan masyarakat melalui pembentukan kelompok berdasar kondisi dan kebutuhan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schubert & Thomas, 2001). Perawat komunitas menggunakan prinsip-prinsip kelompok untuk bekerja dengan kelompok masyarakat dalam mencapai perubahan kesehatan yang diinginkan. Perawat komunitas dapat membentuk kelompok baru atau bekerja sama dengan kelompok yang telah ada (Stanhope & Lancaster, 2004).

Strategi intervensi dengan proses kelompok dapat memberikan pengaruh positif, meliputi : 1) membangun harapan ketika anggota kelompok menyadari bahwa ada orang lain yang telah berhasil menghadapi atau mengatasi masalah yang sama; 2) universalitas, dengan menyadari bahwa dirinya tidak sendirian menghadapi masalah yang sama; 3) berbagi informasi dengan anggota kelompok lain; 4) altruisme, saling membantu sesama anggota kelompok; 5) koreksi berantai antar sesama anggota kelompok; 6) pengembangan teknik sosialisasi dan keterampilan sosial yang dibutuhkan; 7) perilaku imitatif anggota kelompok terhadap pemimpin kelompok; 8) pembelajaran interpersonal; 9) chatarsis, masing masing anggota kelompok belajar untuk mengekspresikan perasaan dengan tepat; dan 10) faktor eksistensial, ketika anggota kelompok menyadari bahwa setiap orang harus bertanggung jawab terhadap cara hidup yang telah ditempuh (Yalom, 1983 dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 2001).

Pembentukan kelompok terdiri dari lima fase menurut Yalom (1975, dalam Hitchcock, Schubert, dan Thomas, 2001) yaitu :

1. Fase Orientasi

Fase orientasi sering dinamakan dengan fase penjajakan dimana fungsi dari fase ini adalah untuk mengkaji arah, tujuan, bentuk kepemimpinan yang diinginkan dari kelompok dan seleksi anggota berdasarkan persamaan masalah yang dihadapi, motivasi, umur, seks, budaya atau tingkat pendidikan. Pada fase ini anggota merasakan mempunyai masalah

dan motivasi yang sama khususnya dalam mencegah kekambuhan gastritis. Pada fase ini peran seorang pemimpin atau orang yang berpengaruh sangat dibutuhkan untuk membantu meningkatkan hubungan saling percaya, sehingga berlanjut pada kesepakatan membuat tujuan bersama, norma, jadwal pertemuan dan bentuk komunikasi yang diharapkan antara kelompok.

2. Tahap Konflik

Banyaknya perbedaan antar kelompok dan adanya keinginan yang berbeda sering menjadi penyebab konflik pada kelompok baru yang dibentuk. Menurut Tuckman's Model (1965, dalam Stuart & Laraia, 1998) fase ini disebut fase badai yang menggambarkan sebagai masa perjuangan antar anggota. Fase ini sangat memerlukan seorang pemimpin yang membantu menyelesaikan konflik ini.

3. Tahap Kohesif

Tahapan ini mulai terjadi proses adaptasi terhadap peran, aturan kelompok yang diekspresikan melalui adanya hubungan yang harmonis antar anggota kelompok. Pemimpin kelompok hanya sebagai pemberi petunjuk dan membantu mencapai tujuan dengan mengarahkan anggotanya.

4. Fase Kerja

Fase ini adalah tahapan utama kelompok, dimana proses terapi dimulai. Setiap anggota kelompok mulai menjalankan peranannya masing-masing untuk melakukan pencegahan kekambuhan gastritis yang dilakukan secara berkelompok.

5. Fase Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap terakhir dan dapat dilakukan secara individual atau kelompok. Beberapa hal yang dilakukan dalam tahap terminasi adalah mengeksplorasi perasaan anggota kelompok, mengevaluasi pencapaian harapan, eksplorasi perasaan kehilangan kelompok dan umpan balik.

Stuart dan Laraia (1998) mengatakan bahwa untuk membentuk sebuah kelompok yang efektif harus memperhatikan beberapa hal yaitu ; (1) struktur kelompok, dalam sebuah kelompok harus memiliki aturan yang jelas, alur komunikasi, dan peran yang jelas antar anggota kelompok; (2) Jumlah anggota kelompok efektif dalam pencapaian tujuan sebaiknya berjumlah antara 7 sampai 10 orang; (3) Lamanya pertemuan, waktu maksimal pertemuan rutin adalah 20 sampai 40 menit dan untuk pertemuan besar dibutuhkan waktu 60 sampai 120 menit; (4) Komunikasi, menentukan bersama pola komunikasi dalam kelompok; (5) Kekuatan, dalam kelompok perlu diidentifikasi sumber yang ada dalam kelompok; (6) Kohesif, kekompakan dan kebersamaan dalam kelompok merupakan kekuatan utama.

Penggunaan proses kelompok merupakan intervensi yang efektif dalam mencegah kekambuhan penyakit gastritis. Melalui proses kelompok didapatkan berbagai informasi terkait pencegahan dan penanganan penyakit gastritis sehingga disepakati bersama tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah. Dalam kegiatan kelompok masing-masing anggota saling menguatkan, mengoreksi dan berbagi cara mengatasi gejala yang dirasakan terkait penyakit gastritis yang diderita sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan dan mencegah kekambuhan penyakit gastritis yang diderita.

Proses kelompok ini ditempuh dengan membentuk kelompok usia lanjut yang memiliki permasalahan yang sama yaitu lansia yang memiliki penyakit gastritis (*self-help group*), dan kelompok pendukung (*support group*) oleh kader dan masyarakat setempat dengan harapan adanya kelompok dari-oleh-untuk masyarakat yang memperhatikan populasi usia lanjut di wilayahnya sehingga dapat secara mandiri mengatasi masalah yang muncul pada populasi tersebut. Menggunakan kelompok sebagai intervensi keperawatan komunitas dapat menjadi *cost efficient treatment* dengan hasil terapeutik yang positif (Snyder & Lindquist, 2002). Kelompok juga dapat menjadi sumber koping

dan dukungan sosial bagi lansia dalam menghadapi berbagai permasalahan atau stressor dalam kehidupan (Miller, 2004).

Fungsi utama kelompok dukungan sosial adalah untuk memperbesar kekuatan personal anggota kelompok dan meningkatkan pencapaian tujuan hidup. Fungsi kelompok dukungan sosial dalam meningkatkan dan melindungi kesehatan dapat dikonseptualisasikan dalam empat hal, yaitu kelompok sosial dapat meningkatkan kesehatan dengan: (1) menciptakan lingkungan yang meningkatkan pertumbuhan dimana mendukung perilaku promosi kesehatan, harga diri, dan tingkat kesejahteraan yang tinggi; (2) mengurangi peristiwa hidup yang seperti yang mengancam atau membebani; (3) memberikan umpan balik atau konfirmasi bahwa tindakan diutamakan untuk mengantisipasi konsekuensi yang diinginkan bersama; dan (4) membaurkan atau mediasi pengaruh negatif peristiwa yang membebani dengan mempengaruhi interpretasi pengalaman atau respon emosional, dan akhirnya mengurangi potensi yang menghasilkan penyakit (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002).

2.5 Teori yang Mendasari Pengelolaan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Agregat Lansia Gastritis

2.5.1 Teori Manajemen Pelayanan Keperawatan

Manajemen keperawatan sangat dibutuhkan untuk dapat menjamin bahwa suatu aplikasi pelayanan dan asuhan keperawatan di komunitas dapat dijalankan sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Manajemen keperawatan merupakan pengkoordinasian dan pengintegrasian sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk melaksanakan asuhan keperawatan serta maksud dan tujuan pelayanan (Huber, 2006).

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa proses manajemen dijalankan dengan menerapkan fungsi manajemen yang terdiri dari empat fungsi dasar, yaitu *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *leading* (pengarahan), dan *controlling* (pengontrolan). Masing-masing fungsi tersebut akan dibahas di bawah ini.

2.5.1.1 Fungsi Perencanaan

Menurut Kozier et al. (2004) perencanaan merupakan proses yang terus berlanjut yang terdiri dari a) mengkaji situasi, b) menentukan tujuan dan objektif berdasarkan pada pengkajian situasi, dan c) mengembangkan suatu rencana tindakan yang mengidentifikasi prioritas, menunjuk siapa yang bertanggung jawab, menentukan deadline, dan menggambarkan bagaimana tujuan yang diinginkan dapat dicapai dan dievaluasi. Dengan kata lain fungsi perencanaan memutuskan apa, kapan, dimana, dan bagaimana melakukannya, oleh siapa, dan dengan sumber daya apa. Distribusi dana, personil, peralatan, dan tempat termasuk dalam alokasi sumber daya.

Fungsi perencanaan menurut Marquis dan Huston (2006) meliputi penentuan filosofi, tujuan, objektif, kebijakan, prosedur dan peraturan; melakukan proyeksi jangka pendek dan jangka panjang; penentuan kebutuhan fiskal dari tindakan; dan pengaturan perubahan yang direncanakan. Aspek pokok yang harus diperhatikan dalam perencanaan meliputi hasil yang akan dicapai dari perencanaan (*outcome of planning*), perangkat yang dipergunakan dalam perencanaan (*mechanic of planning*), dan proses atau langkah-langkah untuk melaksanakan perencanaan (*process of planning*) (Azwar, 1996).

2.5.1.2 Fungsi pengorganisasian

Pengorganisasian meliputi membentuk struktur untuk menjalankan rencana, menentukan jenis pelayanan kesehatan yang paling sesuai, mengelompokkan aktivitas untuk memenuhi tujuan masing-masing unit, bekerja dalam struktur organisasi, serta memahami dan menggunakan kekuatan dan kekuasaan dengan tepat (Marquis & Huston, 2006). Fungsi pengorganisasian meliputi menentukan apa yang harus dilakukan, bagaimana dan siapa yang akan melakukannya (Robbins, Bergman & Stagg, 1997).

Pelaksanaan fungsi pengorganisasian perlu memperhatikan prinsip-prinsip pokok yaitu adanya sumber daya manusia, mempunyai tujuan umum dan tujuan khusus, memiliki kegiatan yang jelas dan terarah, mempunyai pembagian tugas diantara masing masing sumber daya yang ada, mempunyai perangkat organisasi, mempunyai pembagian dan pendelegasian wewenang, serta mempunyai kesinambungan kegiatan, kesatuan perintah dan arah (Azwar, 1996). Dengan demikian maka staffing adalah merupakan salah satu fungsi pengorganisasian.

2.5.1.3 Fungsi Pengarahan

Menurut Kozier et al. (2004) fungsi pengarahan adalah proses menyelesaikan pekerjaan atau tugas organisasi. Pengarahan meliputi penugasan dan mengkomunikasikan harapan tentang tugas untuk dapat diselesaikan, memberikan instruksi dan arahan, dan pengambilan keputusan yang terus berlanjut. Pengarahan juga meliputi supervisi oleh manager terhadap level managerial di bawahnya. Pengarahan juga merupakan aktivitas memotivasi pihak-pihak yang terlibat, mengarahkan

orang lain, memilih jalur komunikasi yang paling efektif, dan menyelesaikan konflik (Robbins, Bergman & Stagg, 1997).

Pelaksanaan pengarahan yang baik harus memenuhi beberapa syarat tertentu yaitu adanya kesatuan perintah, memberikan segala informasi yang diperlukan saat memberikan perintah, memberikan perintah atau petunjuk secara langsung pada karyawan, menciptakan suasana informal sehingga perintah atau petunjuk yang diberikan tidak dirasakan sebagai beban berat. Selain itu dalam menjalankan fungsi pengarahan perlu dilakukan langkah langkah sebagai berikut : 1) menyusun perintah atau petunjuk yang akan dijalankan; 2) melaksanakan pelatihan secara terus menerus kepada karyawan sehingga dapat melaksanakan perintah atau petunjuk dengan baik sesuai situasi dan kondisi yang dihadapi; 3) memberikan motivasi sehingga karyawan bersedia melaksanakan perintah dengan baik serta memelihara ketertiban dan kepatuhan sehingga tidak terjadi penyimpangan. Pemberian hadiah ataupun hukuman perlu dilaksanakan dalam rangka meningkatkan motivasi karyawan.

2.5.1.4 Fungsi Pengontrolan

Pada fungsi pengontrolan dilakukan pengawasan untuk meyakinkan bahwa semua telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Fungsi pengontrolan meliputi penilaian penampilan kerja, tanggung gugat fiskal, pengontrolan kualitas, pengontrolan legal dan etik, dan pengontrolan profesionalitas dan kolegial (Marquis dan Huston, 2006).

Azwar (1996) menggambarkan bahwa pengawasan pada dasarnya merupakan suatu proses yang terdiri dari langkah-

langkah sebagai berikut : merumuskan rencana, tujuan dan standar pengawasan, mengukur penampilan yang dicapai, membandingkan hasil dengan standar yang telah ditetapkan, dan menarik kesimpulan serta melaksanakan tindak lanjut. Objek pengawasan dapat dibedakan atas beberapa jenis, yaitu kuantitas dan kualitas program, budget program, pelaksanaan program, dan hal-hal yang bersifat khusus misalnya hanya mengawasi keadaan yang luar biasa atau hasil audit.

2.5.2 Model Adaptasi Roy

Model adaptasi Roy dikemukakan oleh Sister Calista Roy pada tahun 1970. Roy dalam teorinya mengungkapkan bahwa manusia sebagai sistem yang adaptif. Roy mengemukakan ada dua mekanisme subsistem yang dimiliki manusia untuk mempertahankan integritas dirinya yaitu subsistem regulator (fungsi fisiologis) dan subsistem kognator (fungsi kognitif dan perilaku psikososial). Kedua subsistem tersebut bertanggung jawab dalam mempertahankan kondisi adaptif (sehat) pada klien bila ada penyebab masalah kesehatan (stimulus) (Roy & Andrew, 1991).

Terkait dengan masalah risiko kekambuhan gastritis pada lansia, perawat mengkaji perilaku adaptif dan inefektif dari setiap bentuk adaptasi, baik fisiologis, kognitif dan perilaku psikososial. Dengan demikian keempat mekanisme adaptasi tersebut akan menjadi variabel yang akan diintervensi yang diharapkan dapat menghasilkan perilaku yang adaptif.

Roy menyebutkan ada empat elemen esensial sebagai sistem yang terkandung dalam tinjauan teorinya yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan (Roy & Andrew, 1991). Elemen esensial ini

selanjutnya dikenal dengan paradigma keperawatan yang akan diuraikan selanjutnya.

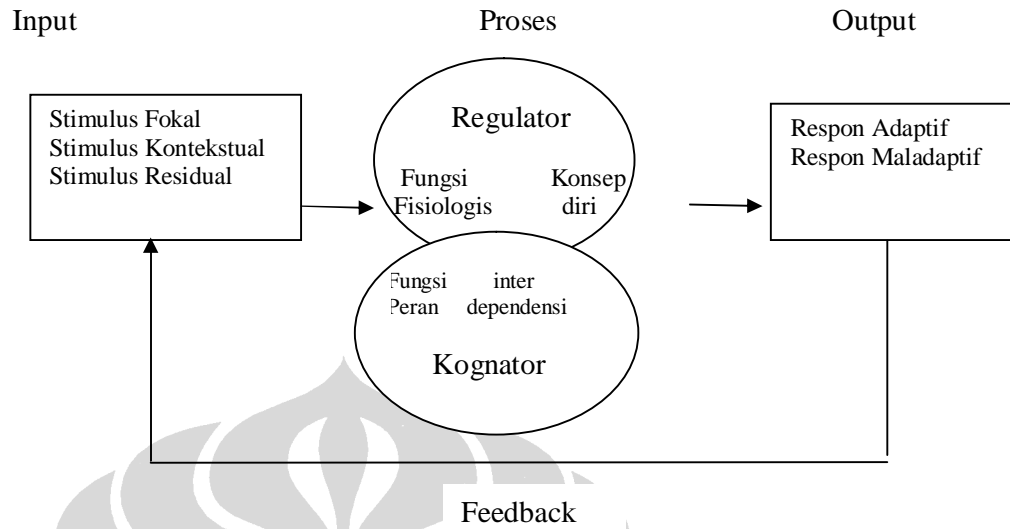
a. Manusia

Manusia menurut Roy adalah sistem yang dapat menyesuaikan diri (*adaptive system*). Diri manusia digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang meliputi biopsikososial. Roy juga menggambarkan manusia dalam suatu karakteristik sistem, memiliki unit fungsional atau unsur yang saling berhubungan dan mempengaruhi yaitu input, proses (kontrol dan *feedback*) dan output.

Input pada manusia sebagai sistem adaptif adalah menerima masukan (stimulus) baik dari lingkungan internal maupun eksternal. Stimulus internal adalah keadaan mental dalam tubuh manusia berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian, dan proses stresor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari dalam tubuh individu. Stimulus eksternal dapat berupa fisik, kimia, maupun psikologis yang diterima individu sebagai ancaman. Kedua stimulus tersebut saling berkaitan dan mempengaruhi status kesehatan individu. Sebagai contoh stres sebagai ancaman psikologis dapat mempengaruhi fungsi fisiologis dalam diri manusia.

Input disebut juga stimulus. Stimulus dalam sistem adaptif diartikan sebagai penyebab perubahan kondisi kesehatan individu. Roy membedakan stimulus menjadi tiga jenis yaitu stimulus fokal, kontekstual dan residual. Semua stimulus yang masuk diproses melalui suatu mekanisme yang melibatkan subsistem regulator dan kognator. Setiap stimulus yang masuk *feedbacknya* dapat berlawanan atau berubah-ubah. Hal ini menunjukkan bahwa manusia mempunyai tingkat adaptasi yang berbeda-beda dan mewakili besarnya stimulus yang dapat ditoleransi oleh manusia.

Skema 2.5 : Manusia sebagai sistem adaptif



Proses kontrol manusia sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri disebut mekanisme koping. Dua mekanisme koping atau mekanisme adaptasi yang telah diidentifikasi yaitu subsistem regulator dan subsistem kognator. Regulator dan kognator digambarkan sebagai aktivitas yang berhubungan dengan empat efektor atau cara penyesuaian diri yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Subsistem regulator adalah gambaran respon yang berkaitan dengan perubahan pada sistem saraf, kimia tubuh dan sistem endokrin. Subsistem regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus yang masuk. Subsistem kognator adalah gambaran respon yang berkaitan dengan perubahan kognitif dan emosi meliputi antara lain persepsi, proses informasi, pembelajaran, membuat alasan dan emosional.

Output dari manusia sebagai suatu sistem adaptif adalah adanya perilaku adaptif (dapat menyesuaikan diri) atau perilaku maladaptif (tidak dapat menyesuaikan diri). Respon yang adaptif dapat mempertahankan atau meningkatkan integritas sedangkan respon

maladaptif akan mengganggu integritas. Melalui proses feedback, respon respon tersebut selanjutnya akan menjadi input atau stimulus ulang pada manusia sebagai suatu sistem (lihat skema 2.5).

b. Kesehatan

Roy memandang kesehatan sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh serta memiliki integritas yang utuh secara keseluruhan. Definisi kesehatan bukan hanya bebas dari penyakit tetapi juga termasuk penekanan pada kondisi yang baik dalam segala aspek. Individu yang mampu beradaptasi dan berada pada integritas yang tinggi didefinisikan sehat. Individu yang berintegritas tinggi tidak memerlukan banyak energi untuk menghadapi stimulus yang masuk sehingga memungkinkan manusia berespon terhadap stimulus yang lain.

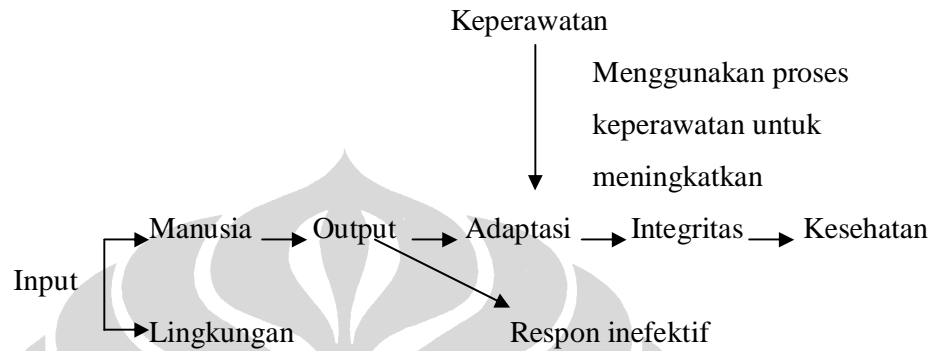
c. Lingkungan

Roy menjelaskan bahwa lingkungan digambarkan sebagai stimulus (stresor). Lingkungan sebagai stimulus terdiri dari lingkungan internal dan lingkungan eksternal dari tubuh manusia (Tiedemen, 1989). Selanjutnya berdasarkan tingkatan adaptasi, lingkungan sebagai stimulus dibedakan menjadi tiga jenis stimulus yaitu stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus tersebut merupakan input bagi manusia sebagai sistem adaptif.

d. Keperawatan

Roy mendefinisikan keperawatan sebagai pelayanan atau asuhan yang difokuskan atau ditujukan pada konsep aktivitas subsistem regulator dan kognator yang berhubungan erat dengan empat respon penyesuaian diri yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Intervensi keperawatan bertujuan mengatasi stimulus fokal, kontekstual dan residual dengan

melakukan manipulasi terhadap subsistem regulator dan kognator untuk tetap mampu beradaptasi. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi manusia dengan lingkungan untuk mencapai adaptasi (lihat skema 2.6)



Skema 2.6 Hubungan Komponen Dasar dalam Model Adaptasi Roy

Elemen proses keperawatan menurut Roy meliputi dua tahapan pengkajian (*two level assessment*) yaitu pengkajian perilaku dan pengkajian stimulus, dilanjutkan dengan diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi.

a. Pengkajian

Model adaptasi Roy mengemukakan bahwa dalam proses keperawatan terdapat dua aspek pengkajian yaitu pengkajian perilaku (*behaviour assesment*) dan pengkajian stimulus (*stimuli assessment*).

Pengkajian perilaku merupakan pengkajian untuk menggali data empat respon perilaku penyesuaian diri yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Data dikaji oleh perawat melalui observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Bila yang muncul adalah respon adaptif, maka akan meningkatkan integritas individu dengan menghemat energi dan meningkatkan kelangsungan hidup,

pertumbuhan, reproduksi, dan penguasaan sistem manusia (Roy & Andrew, 1991; Tomey & Alligood, 2006).

Pengkajian respon fisiologis berfokus pada respon adaptasi fisiologis tubuh untuk mempertahankan keseimbangan homeostasis dan hemodinamik tubuh. Respon adaptasi tersebut melibatkan aktivitas dari 9 fungsi fisiologis yaitu oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, sistem pertahanan tubuh, panca indera, cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa, fungsi neurologis dan fungsi endokrin. Pengkajian respon konsep diri berfokus pada pandangan dan persepsi terhadap diri meliputi gambaran diri dan harga diri. Pengkajian respon fungsi peran meliputi perubahan pola interaksi sosial akibat adanya kegagalan peran atau konflik peran. Pengkajian interdependensi meliputi perubahan pola nilai manusia, kehangatan, rasa cinta dan memiliki antara lain kecemasan akibat perpisahan.

Pengkajian respon fisiologis pada agregat lansia dengan gastritis dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh nyeri yang dirasakan terhadap aktivitas fisik sehari-hari dan tanda-tanda stres untuk mengidentifikasi tingkat stres yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis. Pengkajian respon konsep diri meliputi penilaian terhadap stressor dan mekanisme koping yang dilakukan. Pengkajian fungsi peran meliputi perubahan peran yang dialami akibat penyakit yang diderita antara lain adanya kegagalan peran atau konflik peran yang terjadi. Pengkajian terkait respon interdependensi meliputi pengetahuan tentang pencegahan gastritis dan perawatannya, perilaku atau tindakan mengatasi masalah, serta tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah gastritis pada lansia.

Aspek pengkajian selanjutnya yaitu pengkajian terhadap stimulus yaitu mengidentifikasi stimulus internal maupun eksternal yang mempengaruhi perilaku adaptasi. Stimulus merupakan stressor yang

diklasifikasikan menjadi pengkajian stimulus fokal, kontekstual dan residual yang dimiliki klien. Proses ini mengklarifikasi penyebab utama dari masalah (fokal), mengidentifikasi faktor presipitasi timbulnya masalah (kontekstual), dan mengidentifikasi faktor predisposisi timbulnya masalah (residual).

Stimulus fokal yang diidentifikasi pada agregat lansia dengan gastritis adalah intensitas nyeri yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis. stimulus kontekstual pada lansia dengan gastritis meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pola makan, gaya hidup, pemakaian OAINS, dan sumber stres. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan fisik (kebisingan, keamanan, kepemilikan rumah), dukungan keluarga (sikap keluarga, dan jenis dukungan keluarga), dukungan masyarakat (kader Posbindu lansia, fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia). Stimulus kontekstual merupakan stimulus yang tidak menjadi pusat perhatian atau curahan energi, namun berkontribusi terhadap perilaku yang dipicu oleh stimulus fokal dan sering dikaitkan dengan makna yang diberikan atau dirasakan seseorang terhadap suatu situasi (Roy & Andrew, 1991). Sedangkan stimulus residual meliputi riwayat lama menderita gastritis dan riwayat komplikasi gastritis yang dirasakan oleh lansia.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Rumusan diagnosa keperawatan adalah meliputi pernyataan masalah (problem), etiologi, dan tanda atau gejala atau data. Roy menjelaskan tiga metode merumuskan diagnosa keperawatan (George, 1995) yaitu :

- 1) Menggunakan satu tipologi diagnosa yang berhubungan dengan empat cara penyesuaian diri (adaptasi). Penerapan metode ini adalah dengan cara mengidentifikasi perilaku empat model adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, peran dan interdependensi.

Perilaku adaptasi yang ditemukan kemudian disimpulkan menjadi respon adaptasi.

- 2) Membuat diagnosa keperawatan berdasarkan hasil observasi respon dalam satu cara penyesuaian diri dengan memperhatikan stimulus yang sangat berpengaruh. Respon perilaku tersebut dinyatakan sebagai problem dan penyebab masalah adalah stimulus atau etiologi.
- 3) Kumpulan beberapa respon dari satu atau lebih cara penyesuaian diri yang memiliki stimulus yang sama.

c. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah perencanaan yang bertujuan untuk mengatasi atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pelaksanaannya juga difokuskan pada besarnya ketidakmampuan koping manusia atau tingkat adaptasi dan menghilangkan seluruh stimulus (Araich, 2001). Dengan demikian klien sebagai manusia dapat mencapai kemampuan untuk adaptasi. Tujuan intervensi keperawatan adalah pencapaian kondisi yang optimal dengan menggunakan mekanisme adaptasi (koping) yang konstruktif (George, 1995). Penatalaksanaan keperawatan diarahkan pada subsistem regulator (proses fisiologi) dan subsistem kognator (persepsi, pengetahuan ,pembelajaran).

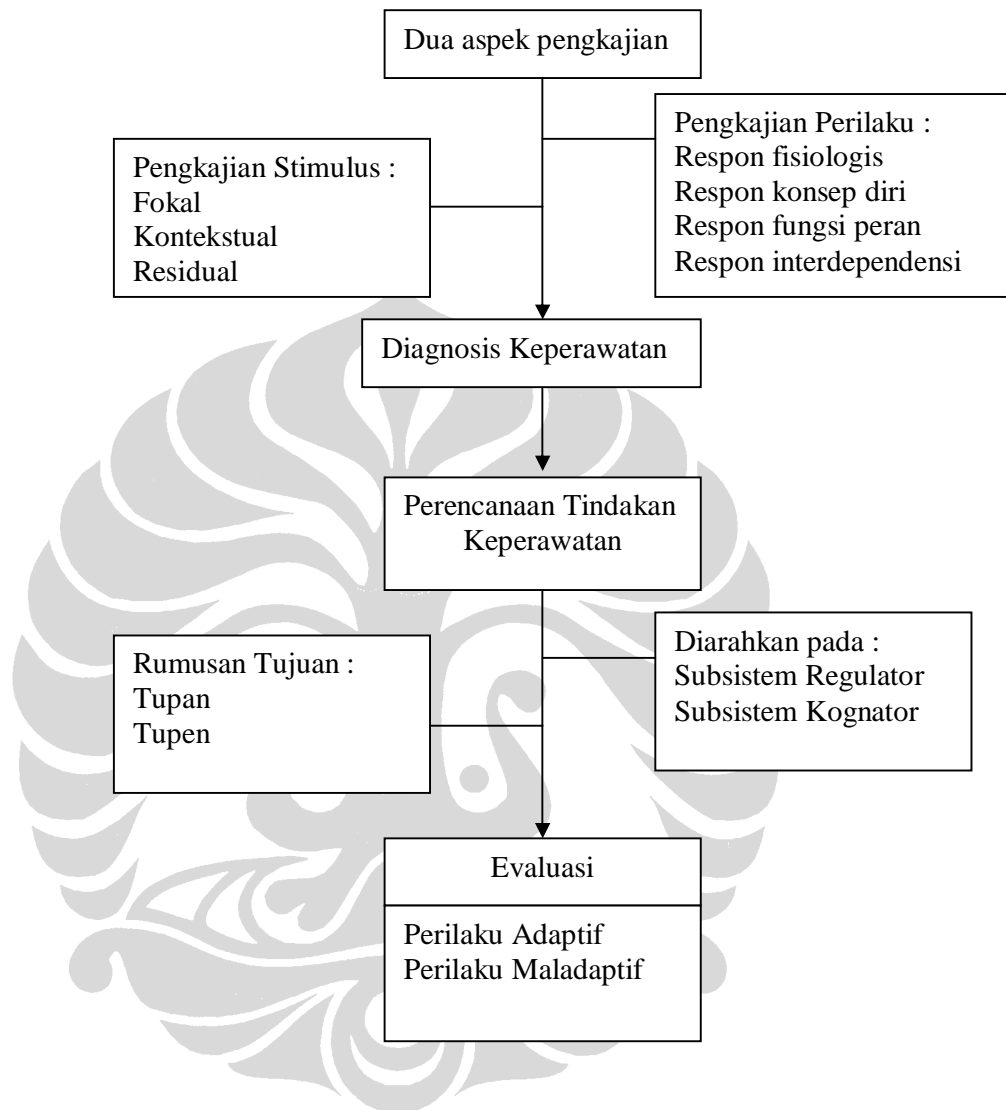
Elemen penting dari rencana keperawatan adalah penetapan tujuan. Tujuan adalah harapan perilaku akhir dari manusia yang akan dicapai. Tujuan jangka panjang menggambarkan perkembangan individu atau proses adaptasi terhadap masalah untuk mempertahankan kelangsungan hidup, tumbuh dan reproduksi. Tujuan jangka pendek mengidentifikasi hasil perilaku klien setelah mengatasi stimulus fokal dan kontekstual.

d. Evaluasi

Evaluasi keperawatan menurut Roy adalah mengidentifikasi keefektifan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kemampuan beradaptasi terhadap empat cara penyesuaian. Hasil evaluasi adalah respon perilaku adaptif atau maladaptif setelah dilakukan manipulasi terhadap stimulus. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang ditetapkan. Perawat dapat memperbaiki tujuan dan intervensi setelah hasil evaluasi ditetapkan. Hal ini dilakukan secara berkesinambungan sampai fase adaptif yang optimal dapat dicapai atau fase berakhir pada kematian.

Tahapan proses keperawatan menurut Model Adaptasi Roy digambarkan pada skema 2.7. Dimulai dengan dua tahap pengkajian yaitu pengkajian perilaku dan stimulus. Hasil dari pengkajian tersebut dirumuskan diagnosa keperawatan dan selanjutnya menyusun rencana tindakan keperawatan. Tindakan diarahkan pada subsistem regulator dan kognator. Untuk menilai keefektifan tindakan maka perlu dirumuskan tujuan jangka panjang yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup dan tujuan jangka pendek yaitu setelah mengatasi stimulus fokal dan kontekstual. Proses akhir pelaksanaan asuhan keperawatan adalah mengidentifikasi respon yang dicapai klien apakah merupakan perilaku yang adaptif atau maladaptif setelah dilakukan manipulasi terhadap stimulus.

Skema 2.7 Diagram Proses Keperawatan Menurut Model Adaptasi Roy



2.5.3 Model *Family Centered Nursing*

Keluarga merupakan bagian dari subsistem komunitas. Munculnya masalah kesehatan pada komunitas dapat bersumber dari masalah kesehatan yang terjadi dalam suatu keluarga sehingga dalam melakukan asuhan keperawatan komunitas tidak dapat dipisahkan dari persoalan yang ada dalam keluarga. Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga diharapkan keluarga mampu beradaptasi yang diwujudkan dengan perubahan perilaku yang adaptif sehingga keluarga mampu mengatasi masalah kesehatan secara mandiri dan optimal dengan memanfaatkan sumber daya atau potensi yang dimiliki.

Model *Family Centered Nursing* (FCN) memberikan kerangka kerja yang luas untuk mengkaji keluarga. Berdasarkan model FCN terdapat enam kategori data yang harus dikaji pada keluarga meliputi data umum (identitas keluarga atau komposisi keluarga), riwayat dan tahap perkembangan keluarga (tipe keluarga, riwayat perkembangan keluarga, tahap perkembangan keluarga, tugas perkembangan keluarga), lingkungan tempat tinggal, struktur keluarga, fungsi keluarga, serta stres dan mekanisme koping keluarga.

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada keluarga lansia dengan gastritis menggunakan konsep Friedman, 2003 sebagai berikut :

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan terpenting dalam proses keperawatan keluarga mengingat pengkajian sebagai awal bagi perawat untuk mengidentifikasi data data yang ada pada keluarga. Penulis melakukan pengkajian keperawatan pada keluarga lansia dengan gastritis meliputi keenam kategori data dengan penekanan pada struktur keluarga, fungsi keluarga, serta stres dan mekanisme koping keluarga. Selanjutnya diuraikan data yang dikaji sebagai berikut :

1) Data Umum

Data umum yang dikaji meliputi komposisi keluarga yang dibuat dalam bentuk genogram untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya anggota keluarga yang mengalami masalah yang sama; Tipe keluarga, suku dan agama dikaji untuk mendapatkan keterkaitan antara budaya dan kepercayaan yang dianut yang dapat mempengaruhi kesehatan lansia. Status sosial ekonomi perlu diidentifikasi berkaitan dengan penghasilan lansia yang kemungkinan dapat memicu stres; serta aktivitas rekreasi keluarga termasuk aktivitas waktu luang.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Meliputi tahap perkembangan keluarga saat ini yang ditentukan berdasarkan usia anak tertua, tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yang dapat menjadi sumber stres bagi lansia dan keluarga, riwayat kesehatan keluarga inti, riwayat kesehatan sebelumnya termasuk riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga.

3) Lingkungan

Ditujukan pada lingkungan rumah dan lingkungan sekitar. Dilakukan untuk mengidentifikasi keadaan lingkungan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan baik fisik maupun emosional yang dapat mempengaruhi kekambuhan penyakit gastritis antara lain meliputi kebisingan, keamanan dan lain-lain.

4) Struktur Keluarga

Meliputi pola komunikasi keluarga yaitu bagaimana cara berkomunikasi antar anggota keluarga, peran dari masing-masing anggota keluarga, struktur kekuatan keluarga yang dapat mempengaruhi anggota keluarga untuk merubah perilaku yang berhubungan dengan pencegahan kekambuhan penyakit gastritis

5) Fungsi Keluarga

Meliputi fungsi afektif yang memberikan gambaran hubungan psikososial dalam keluarga dan dukungan anggota keluarga pada

lansia dengan gastritis; fungsi sosialisasi dan fungsi perawatan kesehatan keluarga yaitu kemampuan keluarga melakukan lima tugas kesehatan keluarga yang berhubungan dengan masalah gastritis pada lansia meliputi kemampuan keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat untuk menangani masalah gastritis pada lansia, kemampuan keluarga merawat lansia dengan gastritis, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang aman dan menunjang perawatan lansia dengan gastritis serta kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

6) Stres dan mekanisme koping

Meliputi stresor jangka pendek dan jangka panjang yang dialami lansia dengan gastritis dan keluarga, kemampuan lansia dan keluarga berespon terhadap stresor, strategi koping yang digunakan ketika menghadapi masalah. Koping yang dilakukan lansia dan keluarga merupakan upaya untuk beradaptasi terhadap stimulus yang mengharuskan sistem keluarga merubah perilakunya. Dalam melakukan adaptasi, keluarga dan unsur-unsur didalamnya akan menerapkan koping individu dan koping keluarga yang saling mempengaruhi satu sama lain untuk mencapai keseimbangan keluarga.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan kumpulan pernyataan, uraian dari hasil wawancara, observasi atau pengamatan langsung dan pengukuran yang menunjukkan status kesehatan mulai dari potensial, risiko dan aktual. Diagnosis keperawatan keluarga dimulai dengan pernyataan masalah kesehatan yang ditemukan pada anggota keluarga, kemudian diikuti dengan etiologi yang menggambarkan ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga.

Diagnosis keperawatan keluarga disusun dengan membandingkan antara hasil pengkajian tentang status kesehatan keluarga dengan status kesehatan keluarga yang optimal, serta mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan keluarga tersebut dan bagaimana perawat dapat membantu keluarga untuk mencapai kebutuhan mereka (Christensen & Kenny, 1995).

c. Intervensi Keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan diarahkan untuk mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga terhadap masalah yang dihadapi keluarga sehingga pada akhirnya keluarga mampu mandiri atau dengan bantuan minimal dalam melakukan perawatan masalah kesehatan pada anggota keluarga.

Perencanaan tindakan penyelesaian masalah pada agregat lansia dengan gastritis yang disusun oleh penulis memprioritaskan pada pencegahan primer yaitu melakukan skrining, pendidikan kesehatan, dan manajemen stres dengan tetap melakukan pencegahan sekunder dan tersier. Perawat juga dapat melakukan terapi modalitas dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga berdasarkan kebutuhan keluarga. Terapi modalitas yang dapat dilakukan adalah akupresur dan kompres hangat.

Perencanaan meliputi penetapan tujuan, kriteria evaluasi (objektif) yang akan dicapai, dan tindakan yang akan dilakukan. Dalam membuat tujuan pada perencanaan terdiri dari tujuan umum yang menekankan pada pencapaian akhir sebuah masalah dimana perubahan perilaku dari yang merugikan kesehatan kearah perilaku yang positif. Tujuan umum ini lebih mengarah kepada kemandirian klien dan keluarga sebagai sasaran utama asuhan keperawatan. Sedangkan tujuan khusus lebih menekankan pada perilaku keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga sebagai etiologinya.

Kriteria evaluasi mengacu pada perubahan keluarga pada tiga domain yaitu respon kognitif (verbal), afektif (sikap), dan psikomotor (demonstrasi/redemonstrasi). Standar adalah pernyataan, sikap dan perilaku keluarga yang ditampilkan mengacu pada teori yang mendukung.

d. Implementasi

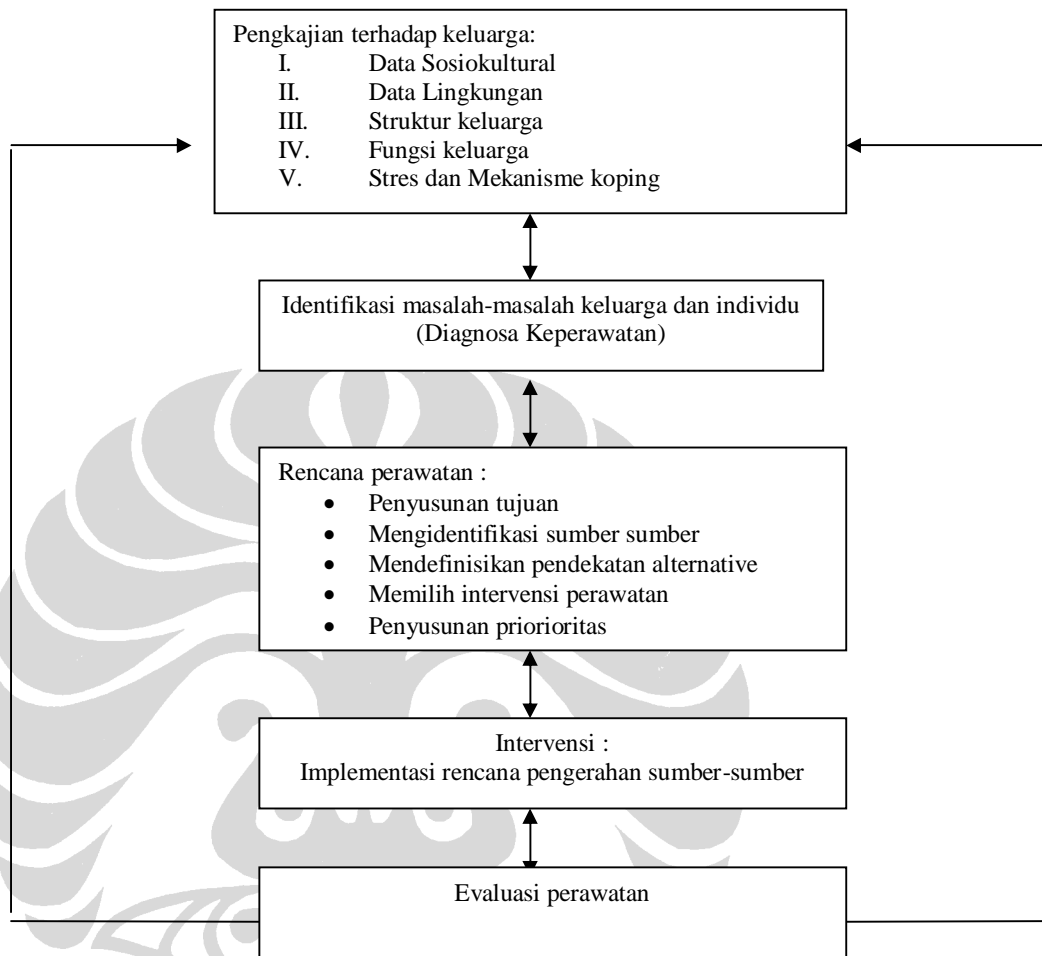
Implementasi adalah aktualisasi dari perencanaan yang telah dibuat. Prinsip yang mendasari implementasi adalah 1) implementasi mengacu pada rencana keperawatan yang telah dibuat, 2) implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah, 3) Libatkan kekuatan keluarga berupa finansial, motivasi dan sumber sumber pendukung, 4) Pendokumentasian tindakan yang dilakukan perawat dengan menyertakan tanda tangan perawat sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat sebagai profesi.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan keluarga untuk melihat efektifitas intervensi yang dilakukan terhadap keluarga. Tahap ini menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam perencanaan. Bila tujuan tidak tercapai maka perlu ditinjau kembali : 1) tujuan dan realitas, 2) tindakan keperawatan tidak tepat, 3) faktor faktor lingkungan yang tidak bisa diatasi, 4) perlu modifikasi.

Berdasarkan hal tersebut maka evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan guna menilai apakah perencanaan yang telah disusun efektif dalam menyelesaikan masalah keluarga atau memerlukan beberapa modifikasi (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Langkah langkah proses keperawatan dengan model *Family Centered Nursing* oleh Friedman, 2003 dapat digambarkan pada skema 2.8.

Skema 2.8 Diagram Proses Keperawatan Menurut *Family Centered Nursing*

2.6 Kerangka Teoritis Pelaksanaan Pengelolaan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Agregat Lansia Gastritis

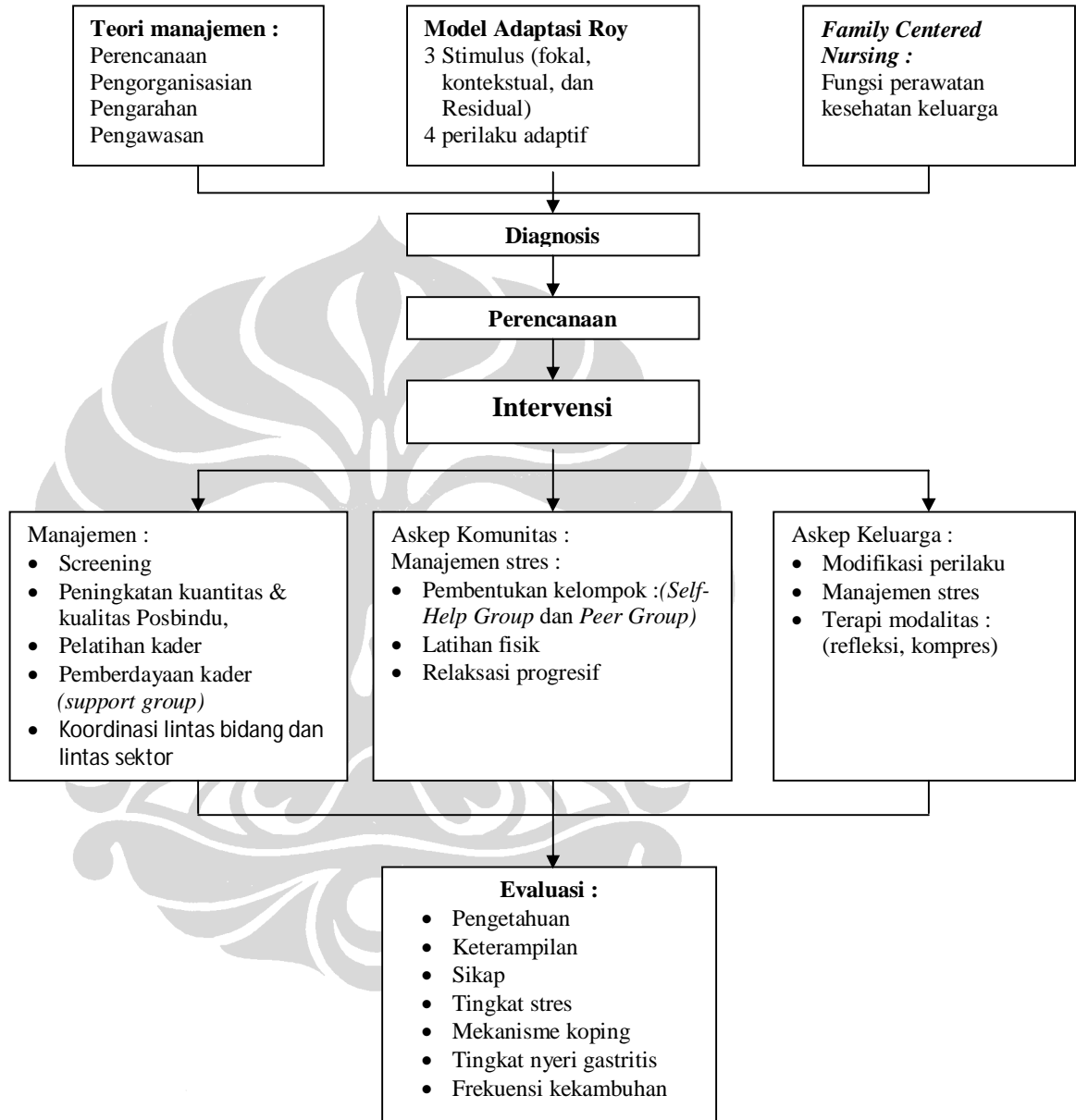
Berdasarkan teori dan model konseptual yang telah dipaparkan sebelumnya, maka penulis mengintegrasikan tiga model keperawatan yaitu teori manajemen, Model Adaptasi Roy dan model *familiy centered nursing* dalam pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas pada keluarga yang merawat lansia dengan gastritis.

Model Adaptasi Roy memandu individu lansia untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku yang adaptif untuk merubah perilaku yang tidak efektif menjadi efektif (Stanhope & Lancaster, 2004). Perawat komunitas memandang lansia dan keluarga sebagai suatu sistem sehingga perawat komunitas juga menggunakan model *Family Centered Nursing* sebagai panduan dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga yang merawat lansia gastritis.

Model *Family Centered Nursing* menekankan pada kemampuan keluarga beradaptasi yang diwujudkan dengan perubahan perilaku yang adaptif sehingga keluarga mampu mengatasi masalah kesehatan yang ada secara mandiri dan optimal dengan memanfaatkan sumber daya atau potensi yang ada (Friedman, 2003).

Framework ini dianggap tepat digunakan sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dan kelompok lansia dengan gastritis, dimana kelompok lansia gastritis diharapkan tetap selalu berperilaku sehat atau adaptif dengan melakukan upaya pencegahan dan perawatan penyakit gastritis dan mengaplikasikan teknik manajemen stres secara komprehensif dalam upaya mengontrol kesehatannya. Teori dan model konseptual tersebut terintegrasi dalam kerangka teoritis pada skema 2.9 sebagai berikut:

Skema 2.9 Integrasi Teori Manajemen, Model Adaptasi Roy dan *Family Centered Nursing* dalam Asuhan Keperawatan pada Agregat Lansia dengan Gastritis



BAB 3

KERANGKA KERJA PRAKTIK RESIDENSI DAN PROFIL WILAYAH KELURAHAN RATUJAYA

Bab ini akan menjelaskan tentang *framework* atau kerangka kerja praktik spesialis keperawatan komunitas dengan menggunakan integrasi teori manajemen, Model Adaptasi Roy dan *Family Centered Nursing* untuk mencegah kekambuhan gastritis dan menurunkan stres pada aggregate lansia dengan gastritis serta profil wilayah Kelurahan Ratujaya sebagai tempat praktek residensi.

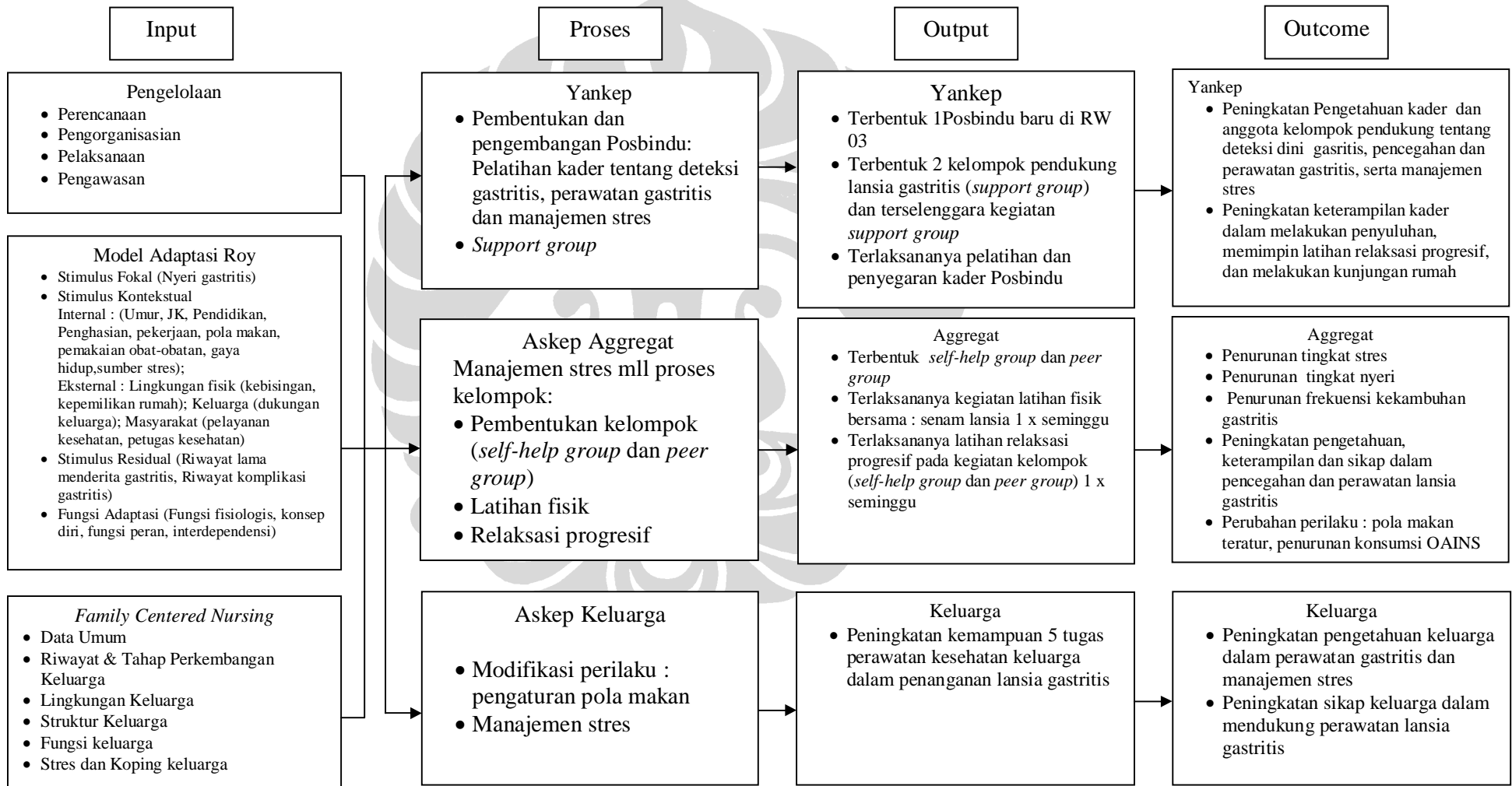
3.1 KERANGKA KERJA PRAKTEK RESIDENSI

Berdasarkan teori dan model konseptual yang telah penulis paparkan sebelumnya, maka penulis akan mengintegrasikan aplikasi konsep tersebut dalam pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas pada keluarga yang merawat lansia dengan gastritis. Asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia dengan gastritis dilakukan dengan menggunakan integrasi tiga model keperawatan yaitu teori manajemen, *Roy Adaptation Model* dan model *family centered nursing*. Tujuan dari perawatan komunitas dengan menggunakan *Roy Adaptation Model* adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku yang adaptif untuk merubah perilaku yang tidak efektif menjadi efektif (Stanhope & Lancaster, 2004). Sedangkan model *Family Centered Nursing* juga menekankan pada kemampuan keluarga beradaptasi yang diwujudkan dengan perubahan perilaku yang adaptif sehingga keluarga mampu mengatasi masalah kesehatan yang ada secara mandiri dan optimal dengan memanfaatkan sumber daya atau potensi yang ada.

Teori manajemen, *Roy Adaptation Model* dan model *Family Centered Nursing* memberikan panduan tentang variabel yang harus dikaji. Penulis kemudian mengintegrasikannya sesuai dengan variabel yang relevan dan menjadi target intervensi pada agregat lansia dengan gastritis. Pengkajian terhadap fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan pelayanan kesehatan pada lansia dengan gastritis dilakukan melalui literatur review dan wawancara terhadap pihak terkait dimulai dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, sampai dengan Kader Kesehatan Lansia di tingkat Kelurahan Ratujuaya. Pengkajian terhadap faktor personal, pengkajian terhadap stimulus (stimulus fokal, kontekstual dan residual), serta pengkajian perilaku penyesuaian diri (fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi), pengkajian terhadap fungsi perawatan keluarga pada lansia dengan gastritis dilakukan dengan metode survei terhadap 42 keluarga lansia dengan gastritis dan wawancara dengan kader Posbindu dan 10 keluarga lansia dengan gastritis.

Berdasarkan pengkajian terhadap variabel terkait berdasarkan teori dan konsep yang mendasari, penulis kemudian menyusun rumusan masalah atau diagnosis keperawatan komunitas pada masing masing komponen pelayanan asuhan yaitu masalah manajemen pelayanan keperawatan, diagnosis asuhan keperawatan keluarga dan diagnosis keperawatan komunitas. Berdasarkan masalah atau diagnosis keperawatan yang teridentifikasi kemudian disusun perencanaan tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Dari rencana intervensi yang telah disusun kemudian dilakukan implementasi pada masing masing komponen pelayanan baik di bidang manajemen pelayanan keperawatan, bidang asuhan keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas. Pada akhir kegiatan praktik residensi, penulis melakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan untuk mengukur efektifitas intervensi yang dilakukan kepada agregat lansia dengan gastritis dengan membandingkan hasil yang dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Aplikasi teori dan model konseptual tersebut akan dilakukan berdasarkan kerangka kerja sebagai berikut :

Skema 3.1 Kerangka konsep Pengelolaan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan pada Agregat Lansia dengan Gastritis menggunakan Integrasi Teori Manajemen, Model Adaptasi Roy dan *Family Centered Nursing*



A. PROFIL WILAYAH KELURAHAN RATUJAYA

Kelurahan RatuJaya berada di wilayah kecamatan Cipayung dengan luas wilayah 237.890 Ha dengan batas-batas wilayah sebagai berikut : sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Depok Kecamatan Pancoranmas, Sebelah Timur berbatasan dengan Sungai Ciliwung, sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Bojong Pondok Terong, dan sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Cipayung.

Jumlah penduduk bulan Desember 2009 sebanyak 24.599 jiwa terdiri dari laki-laki sejumlah 12.750 jiwa dan perempuan sejumlah 11.849 jiwa dengan 6655 kepala keluarga. Jumlah penduduk remaja usia 11-15 tahun sebanyak 1.979 jiwa, usia 16-20 tahun sebanyak 1.884 jiwa. Pekerjaan penduduk : Pegawai negeri sipil (PNS) sebanyak 806 orang, TNI/Polri sebanyak 244 orang, pegawai swasta sebanyak 720 orang, dagang sebanyak 2.373 orang, tani sebanyak 269 orang, wiraswasta sebanyak 3.305 orang.

Fasilitas umum yang ada di Kelurahan RatuJaya antara lain adalah fasilitas umum pendidikan terdiri dari 4 Sekolah Dasar (SD), 2 Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan 1 Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Jumlah SD 4 buah yaitu 2 buah di RW 06, 1 buah di RW 03, dan 1 buah di RW 02. Jumlah SMP dua buah yaitu SMP Islam Al Falah dan SMP Ratu Jaya. SMP Islam Al Falah terletak di RW 05 Kelurahan Ratu Jaya dengan jumlah murid sebanyak 40 orang siswa, terdiri dari : 27 orang siswi dan 13 orang siswa, dan SMP RatuJaya terletak di RW 03 Kelurahan Ratu Jaya dengan jumlah murid sebanyak 170 orang siswa, terdiri dari 74 orang siswi dan 96 orang siswa. Di Kelurahan RatuJaya hanya terdapat 1 buah Sekolah Menengah Kejuruan yaitu SMK Teknindo yang terletak di RW 03. Berikut akan diuraikan karakteristik wilayah RW 03 dan RW 04 yang menjadi tempat praktik residensi penulis.

1. Karakteristik Wilayah RW 03

Secara umum gambaran batas-batas wilayah RW 03 Kelurahan Ratujaya adalah sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan RW 04, sebelah barat berbatasan dengan *fly over* DIPO PJKA Cagar Alam, sebelah selatan berbatasan dengan Rawageni, dan sebelah timur berbatasan dengan jalan raya Citayam. Wilayah RW 03 terdiri dari 5 RT. Letak RT 01 sampai dengan RT 05 berada di sebelah timur DIPO. Jumlah penduduk RW 03 adalah 3162 jiwa dengan rincian: laki-laki 1641 jiwa dan perempuan 1521 dengan jumlah Lansia di RW 03 adalah 97 jiwa.

Di RW 03 terdapat beberapa lahan terbuka yang cukup luas. Jumlahnya kurang lebih 2 tanah lapang $\pm 20 \times 10 \text{ m}^2$. Pemanfaatannya antara lain untuk kebun, tempat sampah, lapangan bermain, dan ada juga yang digunakan untuk tempat menjemur pakaian. Kepemilikan tanah-tanah tersebut bervariasi, baik pribadi dan umum.

Keadaan got disekitar rumah, khususnya di wilayah RT 01, 04 dan 05 sebagian besar kurang lancar ± 10 meter akibat adanya sumbatan sampah atau ketinggian tanah yang tidak seimbang sehingga air mampat dan sebagian besar got dalam kondisi terbuka. Keadaan air yang digunakan masyarakat pada umumnya jernih, tidak berbau dan tidak berasa. Tempat pembuangan sampah di RW 04 ada yang terbuka/ di tanah lapang khususnya di wilayah RT 03. Namun, ada juga sampah yang tidak ditempatkan ditempat khusus dan diangkut setiap hari oleh petugas kebersihan keliling. Beberapa sumber pencemaran lingkungan di lingkungan RW 03 antara lain asap kendaraan bermotor, khususnya di RT 01 yang berada di pinggir jalan raya; bau sampah rumah tangga, dan suara kereta listrik yang melintas, khususnya bagi sebagian masyarakat di wilayah RT 01, 04 dan 05.

Masyarakat biasa berkumpul di tempat-tempat seperti di warung, majelis ta'lim, gang depan rumah warga dan pinggir jalan. Warga yang biasanya berkumpul adalah ibu-ibu. Ibu-ibu biasa *ngerumpi* di pos/gardu keamanan atau di depan rumah salah satu warga sekitar jam 11.00 sampai dengan 13.00 WIB. Remaja sering berkumpul untuk bermain musik (gitar), bermain *play stasion* dan tampak beberapa dari mereka merokok dirumah salah satu warga remaja pada pukul 15.00 sampai dengan 18.00 WIB. Anak-anak bermain didepan rumah atau di gang-gang antar rumah, terlihat kurus dan sering membeli jajanan di warung. Bapak-bapak biasanya berkumpul pada malam hari setelah pulang kerja (19.00 sampai 22.00 WIB)

RW 03 terbilang mudah dijangkau, baik menggunakan alat transportasi (berupa mobil, motor, becak ataupun angkot). Jalan-jalan terbuat dari semen, aspal dan *paving block*. Akan tetapi, jika sudah masuk ke dalam, jalan-jalan berupa gang yang cukup sempit dan kondisinya banyak yang masih belum dilapisi aspal atau semen atau masih berupa tanah yang jika hujan kondisinya becek. Jalan yang becek \pm sepanjang 2-3 meter.

RW 03 memiliki tempat ibadah berupa 1 masjid dan 3 mushola/majlis taklim yang letaknya cukup strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat. Ada juga fasilitas kesehatan berupa 1 praktik bidan dan 1 Posyandu. Untuk memenuhi kebutuhan warga akan pendidikan, di RW 03 terdapat 1 PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini), 1 TK, 1 SMP yaitu SMP Ratujaya, dan 1 SMK yaitu SMK Teknindo. Terdapat toko dan banyak warung. Cara mencapai tempat-tempat perbelanjaan tersebut cukup mudah karena terletak di pinggir gang. Pelayanan keamanan yang masih aktif adalah berupa 3 Pos Siskamling. Fasilitas kebersihan berupa bak sampah ditiap rumah, baik dalam keadaan terbuka maupun tertutup.

2. Karakteristik Wilayah RW 04

Secara umum gambaran batas-batas wilayah RW 04 Kelurahan Ratujaya adalah sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Depok, sebelah Barat berbatasan dengan *fly over* DIPO PJKA Cagar Alam, Sebelah selatan berbatasan dengan RW 03 Kelurahan Ratujaya, dan sebelah timur berbatasan dengan jalan raya Citayam. Wilayah RW 04 terdiri dari 6 RT. Letak RT 01 sampai dengan RT 05 berada di sebelah timur DIPO, sedangkan RT 06 terletak terpisah yaitu berada di sebelah barat DIPO. Jumlah KK yang terdaftar di RW 04 sebanyak 753 KK dengan jumlah lansia di RW 04 adalah 80 jiwa.

Di RW 04 terdapat beberapa lahan terbuka yang cukup luas. Jumlahnya 10 tanah lapang $\pm 20 \times 10 \text{ m}^2$. Pemanfaatannya antara lain untuk kebun, lapangan bulu tangkis, lapangan futsal, tempat sampah, lapangan bermain, dan tempat menjemur pakaian. Kepemilikan tanah tersebut bervariasi baik pribadi dan umum.

Keadaan got disekitar rumah, khususnya diwilayah RT 02, 03 dan 04 sebagian besar kurang lancar ± 10 meter akibat adanya sumbatan sampah atau ketinggian tanah yang tidak seimbang sehingga air mampat dan sebagian besar got dalam kondisi terbuka. Keadaan air yang digunakan masyarakat pada umumnya jernih, tidak berbau dan tidak berasa. Tempat pembuangan sampah di RW 04 ada yang terbuka/ di tanah lapang khususnya di wilayah RT 03. Namun, ada juga sampah yang diangkut setiap hari oleh petugas kebersihan keliling. Beberapa sumber pencemaran lingkungan di lingkungan RW 04 antara lain asap kendaraan bermotor, khususnya di RT 01 yang berada di pinggir jalan raya; bau sampah rumah tangga, khususnya di RT 04; dan suara kereta listrik yang melintas, khususnya bagi sebagian masyarakat di wilayah RT 01, 02, 03 dan 05.

Masyarakat biasa berkumpul di tempat-tempat seperti di warung, majelis ta'lim, gang depan rumah warga dan pinggir jalan. Warga yang biasanya berkumpul adalah ibu-ibu. Waktu berkumpul di pos/ gardu keamanan atau di depan rumah salah satu warga sekitar jam 11.00 sampai dengan 13.00 WIB. Remaja sering berkumpul untuk bermain musik (gitar), bermain *play stasion* dan tampak beberapa dari mereka merokok dirumah salah satu warga remaja pada pukul 15.00 sampai dengan 18.00 WIB. Anak-anak bermain didepan rumah atau di gang-gang antar rumah, terlihat kurus dan sering membeli jajanan di warung. Bapak-bapak biasanya berkumpul pada malam hari setelah pulang kerja (19.00 sampai 22.00 WIB)

RW 04 terbilang mudah dijangkau, baik menggunakan alat transportasi (berupa mobil, motor, becak ataupun angkot). Jalan-jalan terbuat dari semen, aspal dan *paving block*. Akan tetapi masuk ke dalam, jalan-jalan berupa gang yang cukup sempit dan kondisinya banyak yang masih belum dilapisi aspal atau semen atau masih berupa tanah yang jika hujan kondisinya becek.

RW 04 memiliki tempat ibadah berupa masjid dan mushola sebanyak 3 yang letaknya cukup strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat. Ada juga fasilitas kesehatan berupa 2 klinik dokter praktek, 1 praktik bidan dan 1 Posyandu. Untuk memenuhi kebutuhan warga akan pendidikan, di RW 04 terdapat 1 PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Terdapat 8 toko dan banyak warung. Pelayanan keamanan yang masih aktif adalah berupa 3 Pos Siskamling. Fasilitas kebersihan berupa bak sampah ditiap rumah, baik dalam keadaan terbuka maupun tertutup.

BAB 4
PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA AGGREGAT
LANSIA DENGAN GASTRITIS DI RW 03 DAN 04 KELURAHAN
RATUJAYA KECAMATAN CIPAYUNG KOTA DEPOK

Pada bab ini akan diuraikan proses pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan selama melaksanakan praktik residensi meliputi kegiatan pengkajian atau analisis situasi dilanjutkan dengan perencanaan, pelaksanaan kegiatan dan evaluasi intervensi yang telah dilakukan pada masing masing komponen pelayanan manajemen pelayanan keperawatan komunitas, pelayanan asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas.

4.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas

4.1.1 Analisis Situasi

Kebijakan dan program penanganan lansia gastritis di Kelurahan Ratujaya Kota Depok akan dianalisis berdasarkan pelaksanaan empat fungsi manajemen pelayanan keperawatan komunitas.

4.1.1.1 Fungsi Perencanaan

Program pelayanan kesehatan terhadap lansia sudah dianggap sebagai masalah kesehatan yang perlu ditangani secara global. Hal ini disebabkan karena jumlah penduduk berusia lanjut mengalami peningkatan di seluruh di dunia, baik di negara maju maupun di negara yang sedang berkembang (Allender & Spradley, 2005). Salah satu masalah kesehatan yang cenderung terjadi pada lansia adalah masalah pada sistem pencernaan, diantaranya yaitu penyakit gastritis.

Di Indonesia prevalensi atau jumlah penderita gastritis cukup tinggi dan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun

termasuk di kota Depok. Penyakit gastritis merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular dan merupakan penyebab terbesar penyakit non infeksi di wilayah kerja Puskesmas Pancoranmas Kota Depok pada tahun 2007, sedangkan pada tahun 2009 gastritis menempati urutan kedua dari sepuluh penyakit terbesar di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Depok sebesar 4,4% (Profil kesehatan Puskesmas PancoranMas, 2007-2009).

Memperhatikan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang terus meningkat maka WHO dan pemerintah Indonesia mulai tahun 2001 mencanangkan program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) berbasis masyarakat dalam bentuk Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM). Kota Depok mulai mengimplementasikan Posbindu PTM sejak tahun 2003.

Dinas kesehatan kota Depok pada tahun 2009 juga telah mencanangkan lima program utama penanggulangan masalah kesehatan lansia meliputi diseminasi dan informasi kesehatan lansia, skrining kesehatan lansia, stratifikasi Posbindu, refreshing gerontologi, dan lomba senam lansia. Meskipun demikian pencegahan dan penanggulangan gastritis belum terintegrasi dalam kelima program yang ada.

Skrining kesehatan lansia dilaksanakan setiap enam bulan sekali yaitu pada bulan Juni dan Desember namun belum memasukan identifikasi penderita gastritis. Skrining hanya berfokus pada identifikasi faktor risiko penyakit utama yaitu tekanan darah, Hb, gula darah, dan konseling. Hal ini berimplikasi terhadap tidak tersedianya data yang akurat terkait jumlah penderita gastritis di wilayah kerja Dinkes Kota Depok.

Data yang ada pada profil kesehatan di wilayah kerja Dinkes Kota Depok hanya berdasarkan jumlah penderita gastritis yang datang berobat ke Puskesmas, belum mewakili keseluruhan lansia di wilayah kerja Dinkes Kota Depok.

Puskesmas Pancoranmas sebagai pembuat kebijakan teknis dan penanggung jawab program Posbindu PTM telah melaksanakan program yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Depok. Program yang telah dilakukan antara lain pembentukan dan pembinaan Posbindu lansia dan skrining penyakit tidak menular mulai pada usia 25 tahun, namun belum memasukan gastritis sebagai masalah yang harus diidentifikasi dan ditangani.

Perencanaan anggaran pembinaan kesehatan lansia oleh Dinkes Kota Depok bersumber dari APBD Kota Depok. Sumber dana penyelenggaraan pembinaan kesehatan lansia masih diutamakan untuk kegiatan penyakit menular sehingga anggaran dana untuk kegiatan bina kesehatan lansia dengan penyakit tidak menular termasuk gastritis sangat terbatas dan tidak mencukupi. Anggaran (*budgeting*) merupakan suatu aktivitas untuk membuat pernyataan tentang sumber daya keuangan (*financial resources*) yang disediakan untuk aktivitas dan waktu tertentu (Siswanto, 2009). Oleh karena itu jumlah dan kualitas pelayanan keperawatan sangat tergantung pada perencanaan anggaran (Swanburg, 2000).

Program promosi kesehatan terkait pencegahan dan penanggulangan faktor risiko PTM termasuk gastritis belum optimal dilaksanakan. Kegiatan masih berfokus pada pengobatan, konseling secara individu terkait faktor risiko diet, pola makan dan stres pada kegiatan Posbindu 1 kali sebulan di

masing-masing RW di kelurahan Ratujuaya yang sudah menyelenggarakan Posbindu, *home care*, serta senam lansia 1 kali seminggu.

Program penanggulangan faktor risiko PTM di masyarakat bukan hanya dapat dilakukan secara individual dengan kegiatan konseling atau *home care*, tetapi juga dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan kelompok baik dalam bentuk *peer group* maupun *support group*. Sebagai suatu intervensi, kelompok bisa menjadi *cost effective treatment* dengan hasil terapeutik yang positif (Snyder & Lindquist, 2002).

Indikator jangka pendek dan jangka panjang terkait pencegahan dan penanggulangan faktor risiko PTM termasuk gastritis belum ada. Hal ini berimplikasi pada tidak jelasnya tujuan yang ingin dicapai dan perencanaan program yang ditetapkan tidak memungkinkan untuk dilakukan evaluasi dan modifikasi program baik selama proses maupun hasil intervensi yang dilakukan.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa perencanaan program pencegahan dan penatalaksanaan penyakit tidak menular termasuk gastritis dalam upaya preventif dan promotif belum dilakukan secara optimal.

4.1.1.2 Fungsi Pengorganisasian

Elemen penting dalam pengorganisasian adalah adanya struktur organisasi untuk menjalankan rencana, adanya jalur komando dan pembagian tugas yang jelas dalam menjalankan rencana, dan pengaturan dan pengembangan staf yang akan melaksanakan rencana (Swanburg, 2000).

Struktur organisasi pelayanan kesehatan lansia telah ditetapkan mulai dari tingkat Dinkes Kota Depok sampai ke Puskesmas dan wilayah binaan. Struktur organisasi memudahkan dalam pembagian tugas jalur komando, wewenang, pengambilan keputusan dan evaluasi hasil kerja. Struktur organisasi adalah susunan dan hubungan antar bagian komponen dan posisi dalam suatu organisasi atau perkumpulan (Stoner & Wankell dalam Siswanto, 2009). Program pelayanan kesehatan lansia di tingkat Dinkes Kota Depok berada dibawah koordinasi seksi kesehatan keluarga dalam lingkup bidang Bina Kesehatan Masyarakat (Binkesmas). Penanggung jawab program pelayanan kesehatan lansia di tingkat Puskesmas telah ditentukan sebagai penanggung jawab kegiatan Posbindu di seluruh wilayah binaan Puskesmas. Sedangkan penanggung jawab kegiatan Posbindu di masyarakat adalah kader kesehatan yang dipilih dan ditunjuk oleh masyarakat dan bersedia mengabdikan untuk kepentingan masyarakat.

Petugas yang ditunjuk sebagai penanggung jawab program pembinaan kesehatan lansia memiliki peran ganda dan multifungsi. Peran ganda dan multifungsi petugas kesehatan disebabkan adanya keterbatasan sumber daya manusia yang dimiliki oleh Puskesmas Pancoranmas dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada lansia. Keterbatasan sumber daya dapat berdampak pada penyelenggaraan kegiatan manajemen pelayanan yang tidak baik (Azwar, 1996).

Kegiatan manajemen pelayanan masih bisa terselenggara dengan baik meskipun dengan keterbatasan sumber daya, melalui pembagian tugas dan peran yang jelas serta garis komando yang jelas. Hal ini sesuai dengan Marquis & Houston, 2000 yang menyatakan bahwa melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia maupun bukan manusia) seharusnya dapat dipadukan dan diatur seefisien mungkin untuk mencapai tujuan

organisasi yang telah ditetapkan. Salah satu hal yang dapat dilakukan adalah melalui pengoptimalan fungsi kader kesehatan.

Peran kader dalam membantu mengatasi masalah kesehatan lansia belum optimal. Hal ini didukung dengan data: jumlah kader aktif hanya sebanyak 99 orang (63,8%) dari 155 kader yang ada di wilayah kerja Puskesmas Pancoranmas. Dari total 155 kader di wilayah kerja Puskesmas Pancoranmas tersebut yang telah dilatih hanya sebanyak 57,4% yaitu 89 orang (Laporan Kegiatan Posbindu, 2009). Materi pelatihan kader yang diberikan adalah terkait pelaksanaan lima meja Posbindu, serta kunjungan rumah. Pengetahuan dan keterampilan lain terkait pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular termasuk penatalaksanaan faktor risiko penyakit tidak menular antara lain stres, diet, dan aktivitas fisik teratur bagi lansia belum diberikan secara optimal.

Berdasarkan uraian tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa fungsi pengorganisasian khususnya peran kader dalam penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular khususnya pada lansia gastritis belum berjalan dengan optimal. Hal ini ditunjukkan dengan belum adanya pembagian tugas dan garis komando yang jelas dari PJ lansia di tingkat Puskesmas kepada kader Posbindu, dan belum optimalnya peningkatan kapasitas kader Posbindu di wilayah kerja Puskesmas Pancoranmas.

4.1.1.3 Fungsi Pengarahan

Data hasil pengkajian terkait fungsi pengarahan menunjukkan bahwa belum ada jalur koordinasi yang jelas terkait lintas program, belum ada upaya untuk mengintegrasikan pihak-pihak terkait dalam jalur komunikasi yang efektif. Aktivitas pengarahan hanya dilakukan oleh masing-masing bagian tanpa ada komunikasi efektif dengan bagian

lain. Kondisi ini belum memenuhi pelaksanaan fungsi pengarahan yang baik dimana penting adanya komunikasi yang efektif untuk memotivasi pihak-pihak yang terlibat, menyelesaikan konflik, serta memberikan pengarahan yang dibutuhkan dalam melakukan proses pengarahan (Azwar, 1996).

Proses pemberian motivasi, pengarahan, bimbingan dan supervisi terkait program mulai dari tingkat Dinkes, Puskesmas sampai kader Posbindu belum terselenggara dengan optimal. Hal ini ditunjukkan dengan : pengarahan, bimbingan dan pemberian motivasi dilakukan pada saat kegiatan supervisi ke Posbindu satu kali sebulan namun sifatnya masih sebatas teknis pelaksanaan administrasi dan proses kegiatan Posbindu.

Pengarahan, bimbingan, dan supervisi yang kurang berdampak pada rendahnya motivasi kader dalam menyelenggarakan Hal ini ditunjukkan dengan: kader hanya menjalankan Posbindu secara rutin pada setiap bulannya, jumlah kader aktif hanya sebanyak 99 orang (63,8%) dari 155 kader yang ada di wilayah kerja Puskesmas Pancoranmas. Hasil observasi penulis pada kegiatan Posbindu di RW 04 sebagai wilayah praktek penulis, kehadiran kader pada kegiatan Posbindu rata-rata 5-8 orang dari 12 kader Posbindu yang ada (66,7%). Pada kegiatan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular yaitu pada kegiatan senam, kehadiran kader rata-rata 4-6 orang dari 12 kader yang ada (<50%).

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa supervisi pelaksanaan program pembinaan kesehatan lansia belum optimal, hal ini ditunjukkan dengan belum adanya pedoman supervisi dan format supervisi serta belum efektifnya jalur komunikasi antar bagian, pengarahan dan bimbingan yang diberikan masih belum

optimal mencakup berbagai hal; serta motivasi dan kapasitas kader dalam pelayanan kesehatan lansia masih kurang.

4.1.1.4 Fungsi Pengontrolan

Pada fungsi pengontrolan dilakukan aktivitas pengawasan meliputi penilaian penampilan kerja, tanggung gugat fiscal, pengontrolan kualitas, pengontrolan legal dan etik, dan pengontrolan professional dan kolegial untuk meyakinkan bahwa semuanya telah dilaksanakan sesuai dengan rencana dan memperbaiki deviasi yang signifikan (Marquis & Houston, 2006). Hasil pengkajian ditemukan bahwa kegiatan penilaian penampilan kerja belum dilakukan, pengawasan yang dilakukan hanya terkait kuantitas pelayanan belum meliputi kualitas pelayanan, monitor dan evaluasi dari Puskesmas ke tingkat kader tidak berjalan dengan baik.

Di wilayah kerja Puskesmas Cipayung kegiatan pengontrolan dilakukan bersamaan dengan pertemuan kader sekelurahan yang diselenggarakan setiap bulan sekali. Kegiatan pengontrolan yang dilakukan tersebut menilai keberlangsungan kegiatan Posbindu, penyampaian informasi terkait pelaksanaan kegiatan tertentu dari Dinkes maupun dari Puskesmas, namun belum digunakan untuk menilai kinerja kader maupun evaluasi program penanggulangan faktor risiko PTM termasuk gastritis. Selain itu kegiatan monitor dan evaluasi (monev) dari Dinkes dilaksanakan terkait dengan program yang dianggarkan.

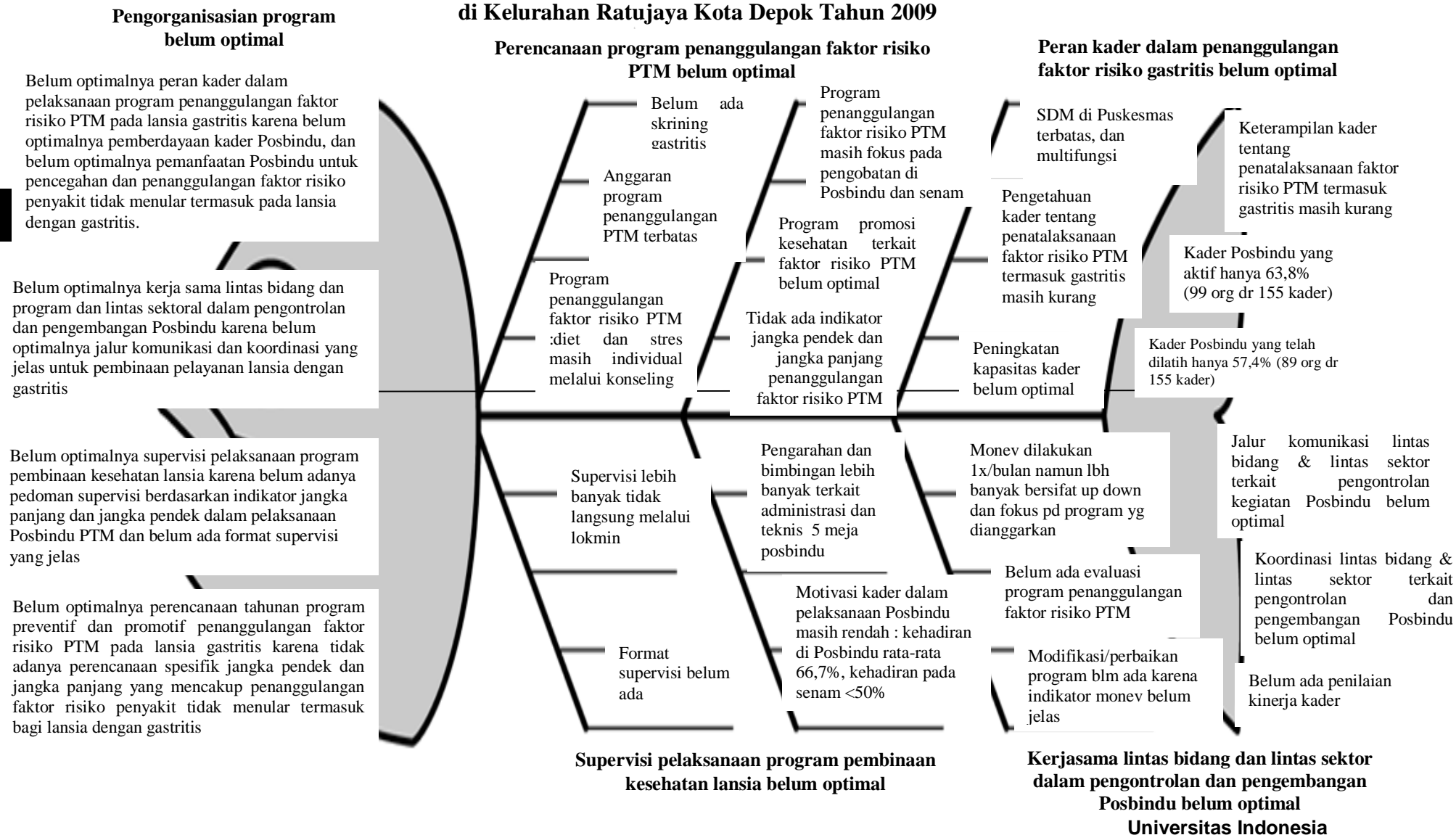
Kerjasama lintas bidang dan lintas sektor dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu belum optimal, hal ini disebabkan karena belum optimalnya jalur komunikasi dan koordinasi dalam pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis. Pembinaan pelaksanaan Posbindu PTM seharusnya dilakukan melalui upaya antara lain sosialisasi terkait

masing-masing indikator tingkat perkembangan Posbindu dan mengupayakan kerjasama lintas bidang dan lintas sektor dengan potensi masyarakat, organisasi, swasta, dan lembaga tertentu dalam pengembangan Posbindu (Depkes, 2008).

Fungsi pengontrolan tidak berjalan dengan baik juga dapat disebabkan oleh tidak jelasnya indikator pencapaian tujuan jangka pendek maupun jangka panjang terkait program yang dilaksanakan. Dengan demikian maka evaluasi proses dan evaluasi hasil tidak dapat dilaksanakan dengan baik sehingga berdampak pada tidak memungkinkannya dilakukan perbaikan terhadap deviasi dan modifikasi terhadap rencana untuk mencapai tujuan dan standar pengawasan yang telah ditetapkan. Fungsi pengontrolan yang tidak efektif ini menyebabkan tidak dapat dilakukannya pengembangan dan modifikasi program untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang terus berkembang terutama pada lansia dengan penyakit tidak menular antara lain gastritis.

Uraian data maladaptif tentang pelaksanaan empat fungsi manajemen pelayanan kesehatan pada lansia dengan gastritis di wilayah kerja Puskesmas Cipayang Kota Depok, maka dapat digambarkan diagram *fish bone* untuk mempermudah merumuskan masalah yang ditemukan. Diagram *fish bone* tentang masalah manajemen pelayanan kesehatan pada lansia dengan gastritis dapat dilihat pada skema 4.1 sebagai berikut :

Diagram 4.1 analisis *Fishbone* masalah manajemen pelayanan keperawatan komunitas pada agregat lansia gastritis di Kelurahan Ratujuaya Kota Depok Tahun 2009



Analisis *fish bone* tentang manajemen pelayanan lansia dengan gastritis memunculkan masalah masalah manajemen pelayanan keperawatan komunitas pada *aggregate* lansia dengan gastritis yang kemudian ditentukan prioritas penyelesaiannya dengan proses penapisan (Ervin, 2002). Berdasarkan hasil penapisan tersebut, maka masalah manajemen yang teridentifikasi adalah:

- a. Belum optimalnya peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya terhadap kelompok lansia dengan gastritis karena belum optimalnya pemberdayaan kader Posbindu, dan belum optimalnya pemanfaatan Posbindu untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk pada lansia dengan gastritis.
- b. Belum optimalnya kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu di Kelurahan Ratujaya Depok karena belum optimalnya jalur komunikasi dan koordinasi yang jelas untuk pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis
- c. Belum optimalnya supervisi pelaksanaan program pembinaan kesehatan lansia gastritis karena belum ada pedoman supervisi berdasarkan indikator jangka panjang dan jangka pendek dalam pelaksanaan Posbindu PTM dan belum ada format supervisi yang jelas.
- d. Belum optimalnya perencanaan tahunan program preventif dan promotif penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular terhadap lansia dengan gastritis karena tidak adanya perencanaan spesifik jangka pendek dan jangka panjang yang mencakup penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk bagi lansia dengan gastritis

Sesuai dengan urutan prioritas masalah, maka hanya dua masalah manajemen pelayanan yang akan dibahas berikut ini.

4.1.2 Perencanaan

Masalah manajemen 1 : Belum optimalnya peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya terhadap kelompok lansia dengan gastritis karena belum optimalnya pemberdayaan kader Posbindu, dan belum optimalnya pemanfaatan Posbindu untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk pada lansia dengan gastritis.

Tujuan Umum :

Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas selama 1 tahun diharapkan peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular khususnya pada lansia dengan gastritis di Kelurahan Ratu Jaya Kota Depok dapat terlaksana dan terorganisir secara efektif.

Tujuan Khusus :

Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas selama 8 bulan diharapkan :

- a) Terbentuk 1 Posbindu baru di RW 03
- b) Terdapat penambahan jumlah kader Posbindu di RW 03 (10 orang dari 5 RT yang ada)
- c) Terselenggaranya kegiatan pelatihan dan penyegaran kader Posbindu di RW 03 dan RW 04 (Target jumlah kader yang dilatih adalah minimal 70% yaitu minimal 7 orang dari 10 kader yang ada di masing-masing RW baik RW 03 maupun RW 04).
- d) Terjadi peningkatan pengetahuan kader tentang pelayanan Posbindu serta pencegahan faktor risiko gastritis dan perawatan gastritis sebesar 2 SD (rerata nilai post test 37,24 meningkat menjadi minimal 42,04)
- e) Terbentuknya 2 kelompok pendukung lansia gastritis dan Terselenggaranya kegiatan kelompok pendukung (*support group*) lansia gastritis di RW 03 dan RW 04 minimal 4 kali pertemuan dengan durasi setiap pertemuan 2 jam.

- f) Terdapat peningkatan pengetahuan anggota kelompok pendukung lansia gastritis sebesar 2 SD (rerata pretest 65,5 menjadi minimal 71,9)
- g) Terlibatnya 25% kader dalam kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis (Kader Posbindu di RW 03 dan RW 04 masing-masing berjumlah 10 orang, dengan demikian keterlibatan kader diharapkan sebanyak minimal 2 orang).
- h) Terjadi peningkatan keterampilan kader dalam melakukan penyuluhan tentang pencegahan dan penanggulangan faktor risiko gastritis dan perawatannya sebesar 25%.
- i) Terjadi peningkatan keterampilan kader dalam memimpin kegiatan latihan relaksasi progresif pada kegiatan kelompok lansia (*self-help group* dan *peer group*) sebesar 25%.
- j) Terjadi peningkatan keterampilan kader dalam melakukan kunjungan rumah pada lansia gastritis sebesar 30%.

Kegiatan yang akan dilakukan adalah :

- a) Koordinasi dengan Puskesmas Cipayung untuk pembentukan Posbindu di RW 03. Koordinasi dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan pada minggu ke-2 dan ke-3 Februari dengan agenda persiapan pembentukan Posbindu (syarat administrasi : SK kader Posbindu, data jumlah lansia, MOU dengan petugas kesehatan, dan waktu pelaksanaan kegiatan pelatihan kader RW 03.
- b) Sosialisasi program pembentukan Posbindu di RW 03 minimal 2 kali yaitu pada pertemuan warga RW 03 dan pada lokakarya mini kader kesehatan se-Kelurahan Ratu Jaya pada minggu ke-3 dan ke-4 Februari 2010.
- c) Perekrutan kader Posbindu di RW 3 pada minggu ke-4 Februari 2010 melalui masing-masing ketua RT setempat.
- d) Pelatihan dan penyegaran kader Posbindu RW 03 dan RW 04 terkait pelayanan atau kegiatan Posbindu serta peran dan fungsi kader dalam pencegahan dan penanggulangan faktor risiko gastritis dan perawatannya. Pelatihan Kader RW 03 direncanakan pada minggu ke-1

Maret selama 2 hari dan penyegaran kader Posbindu RW 04 direncanakan pada minggu ke-2 Maret selama 1 hari.

- e) Penyelenggaraan kegiatan Posbindu baru di RW 03 sebanyak 1 kali sebulan dimulai pada bulan Maret 2010.
- f) Sosialisasi pembentukan kelompok pendukung lansia gastritis (*support group*) di RW 03 dan RW 04. Sosialisasi dilakukan minimal 2 kali pertemuan pada kegiatan pertemuan warga (pertemuan PKK) dan pertemuan Kader di masing-masing RW). Sosialisasi pembentukan kelompok pendukung lansia gastritis di RW 03 dilakukan pada minggu ke-2 Maret 2010, sedangkan sosialisasi pembentukan kelompok pendukung lansia gastritis di RW 04 dilakukan pada minggu ke-3 Maret 2010.
- g) Penyelenggaraan kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis (*support group*) di RW 03 dan RW 04. Kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis dilakukan selama 4 kali pertemuan, dengan waktu masing-masing pertemuan selama 2 jam. Kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis meliputi pemberian materi tentang pencegahan dan penanggulangan faktor risiko gastritis, deteksi dini gastritis, manajemen stres, pola makan dan pola hidup sehat bagi lansia dengan gastritis; serta peningkatan keterampilan anggota kelompok/ kader dalam memimpin pelaksanaan latihan relaksasi progresif.
- h) Supervisi kegiatan Posbindu di RW 03 dan RW 4 dan supervisi kemampuan kader Posbindu dalam memimpin latihan relaksasi progresif pada kegiatan kelompok lansia di RW 03 dan RW 04 (*peer group*). (format supervisi terlampir)
- i) Lakukan pendampingan dan penilaian kinerja kader dalam melakukan penyuluhan kesehatan dan kunjungan rumah pada keluarga dan lansia dengan gastritis (format penilaian terlampir). Pendampingan dilakukan 1 kali pada bulan Maret 2010.

Masalah Manajemen 2 : Belum optimalnya kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu di Kelurahan

Ratujaya Depok karena belum adanya jalur komunikasi dan koordinasi yang jelas untuk pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis

Tujuan Umum :

Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas selama 1 tahun diharapkan adanya kerjasama lintas program dan lintas sektor yang efektif dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu di Kelurahan Ratujaya Kota Depok.

Tujuan Khusus :

Setelah dilakukan pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas selama 8 bulan diharapkan :

- a) Terlibatnya Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam kegiatan pembinaan pelayanan kesehatan lansia gastritis dan kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis. Keterlibatan Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam bentuk kehadiran dan pemberian pengarahan pada kegiatan lokakarya mini di Kelurahan Ratujaya minimal 50 %
- b) Terlibatnya Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (DPPKB) dalam bentuk dukungan dana untuk kegiatan operasional kelompok pendukung lansia gastritis dan Posbindu di RW 03 dan RW 04 minimal 1 kali setahun.
- c) Terbinanya kerjasama dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam pengadaan media informasi tentang kesehatan lansia dalam bentuk Poster, leaflet, dan buku panduan bagi kader Posbindu; serta penyediaan sarana prasarana Posbindu baru di RW 03.
- d) Terbinanya kerjasama dengan Penerbit Buku Kesehatan dalam pengadaan media informasi dalam bentuk Poster dan buku panduan bagi kader Posbindu, dan bagi keluarga lansia dengan gastritis terkait pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk gastritis
- e) Adanya keterlibatan TP PKK, LPM dan Pokjakes Kelurahan Ratujaya dalam peningkatan motivasi dan kinerja kader dan lansia untuk

meningkatkan derajat kesehatan lansia minimal 3 kali dari 4 kali pertemuan.

Kegiatan yang akan dilakukan :

- a) Penyelenggaraan lokakarya mini masyarakat dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Puskesmas Cipayung, Kelurahan Ratujaya, LPM, Pokjakes Ratujaya, TP PKK Ratujaya, dan Kader Posbindu Ratujaya untuk koordinasi dan meningkatkan pembinaan terhadap pelayanan kesehatan lansia dengan gastritis. Kegiatan lokakarya mini masyarakat dilakukan sebanyak 1 kali dalam sebulan.
- b) Penyelenggaraan lokakarya mini kesehatan dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Puskesmas Cipayung, Kelurahan Ratujaya, Pokjakes Ratujaya, DPPKB untuk koordinasi dan meningkatkan pembinaan terhadap pelayanan kesehatan lansia dengan gastritis. Kegiatan lokakarya mini kesehatan dilakukan sebanyak 2 kali yaitu pada bulan Januari 2010 dan Mei 2010.
- c) Koordinasi dengan Dinkes, dan Puskesmas dalam pengadaan media informasi tentang kesehatan lansia dalam bentuk Poster, leaflet, dan buku panduan bagi kader Posbindu; serta penyediaan sarana prasarana Posbindu di RW 03 dan RW 04. Koordinasi dilakukan setiap 1 kali dalam sebulan.
- d) Koordinasi dan kerjasama dengan penerbit buku kesehatan dalam pengadaan media informasi tentang kesehatan lansia dalam bentuk Poster dan buku panduan bagi kader Posbindu. Koordinasi dilakukan setiap 2 bulan sehingga diharapkan koordinasi dapat dilakukan sebanyak minimal 2 kali selama praktek residen.
- e) Fasilitasi pendampingan dari Puskesmas dan Dinkes dalam kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis dengan meminta kesediaan menjadi nara sumber minimal 1 kali dari 4 kali pertemuan.
- f) Fasilitasi kegiatan supervisi dari Puskesmas dan Dinkes dalam kegiatan Posbindu dan kelompok pendukung lansia gastritis minimal 1 kali selama 6 bulan.

4.1.3 Pelaksanaan

Masalah manajemen 1 : Belum optimalnya peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya terhadap kelompok lansia dengan gastritis karena belum optimalnya pemberdayaan kader Posbindu, dan belum optimalnya pemanfaatan Posbindu untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk pada lansia dengan gastritis.

Upaya penyelesaian masalah yang telah dilakukan adalah :

- a) Melakukan koordinasi dengan Puskesmas Cipayung sebanyak 2 kali pertemuan. Pertemuan I pada minggu ke-2 Februari dengan agenda persiapan pembentukan Posbindu di RW 03 (syarat administrasi : SK kader Posbindu, data jumlah lansia, MOU dengan petugas kesehatan, waktu pelaksanaan Posbindu pertama kali, dan sarana dan prasarana Posbindu); dan pertemuan II pada minggu ke-3 Februari dengan agenda Persiapan kegiatan pelatihan dan penyegaran kader Posbindu RW 03 dan RW 04.
- b) Melakukan sosialisasi pembentukan Posbindu di RW 03 dilakukan sebanyak 2 kali pertemuan yaitu pada pertemuan RW Siaga RW 03 pada tanggal 18 Februari 2010 dihadiri oleh pengurus RW siaga sebanyak 10 orang dan pada pertemuan TP PKK RW 03 pada tanggal 25 Februari 2010 dihadiri oleh pengurus PKK tiap RT sebanyak 22 orang. Hasil pertemuan semua menyatakan persetujuan untuk pembentukan Posbindu di RW 03.
- c) Melakukan perekrutan calon kader Posbindu di RW 03 melalui ketua RT 01-RT 05 masing-masing 2 orang pada minggu ke-4 Februari 2010 didapatkan 10 nama calon kader yaitu masing-masing 2 orang calon kader dari 5 RT di RW 03.
- d) Melakukan Pelatihan dan penyegaran kader Posbindu RW 03 selama 2 hari pada tanggal 4-5 Maret 2010 dihadiri oleh 8 orang kader dari 10 calon kader yang direkrut dari masing-masing RT (80%). Kegiatan

penyegaran kader Posbindu RW 04 dilaksanakan selama 1 hari pada tanggal 11 Maret 2010 dihadiri oleh 7 orang kader dari 10 kader Posbindu di RW 04 (70%). Materi yang diberikan terkait pelayanan atau kegiatan Posbindu serta peran dan fungsi kader dalam pencegahan dan penanggulangan faktor risiko gastritis dan perawatannya.

- e) Menyelenggarakan kegiatan Posbindu pertama kali di RW 03 yaitu pada tanggal 29 Maret 2010 dihadiri oleh 2 orang petugas Puskesmas, 8 orang kader Posbindu (80%) dan 41 orang lansia dari 82 lansia di RW 03 (50%). Kegiatan yang dilakukan adalah persiapan alat dan bahan, tempat, dan sosialisasi pelaksanaan Posbindu 1 hari sebelumnya, pada saat pelaksanaan melakukan pendampingan pada kader dalam melaksanakan sistem 5 meja Posbindu, dan pada tahap evaluasi melakukan diskusi dan sharing pengalaman dan perbaikan selanjutnya.
- f) Melakukan sosialisasi pembentukan kelompok pendukung lansia gastritis (*support group*) di RW 03 dan RW 04. Sosialisasi di RW 03 dilakukan 2 kali pertemuan. Pertemuan I pada kegiatan pertemuan PKK RW 03 pada tanggal 9 Maret 2010 dihadiri oleh 20 orang dan pertemuan II pada kegiatan pertemuan RW Siaga pada tanggal 11 Maret 2010 dihadiri oleh 10 orang pengurus. Sosialisasi pembentukan kelompok pendukung lansia gastritis di RW 04 dilakukan sebanyak 1 kali pertemuan yaitu pada pertemuan PKK RW 04 pada hari Kamis 18 Maret 2010 dihadiri oleh 25 orang. Disepakati bahwa anggota kelompok pendukung adalah kader Posbindu dan masyarakat yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit gastritis.
- g) Menyelenggarakan kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis (*support group*) di RW 03 dan RW 04 selama 4 kali pertemuan, dengan waktu masing-masing pertemuan selama 2 jam. Kegiatan kelompok pendukung lansia di RW 03 dilaksanakan pada tanggal 12, 19, 26 Maret, dan 9 April 2010. Sedangkan kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis di RW 04 dilaksanakan pada tanggal 25, 30 Maret, 6, 13 April 2010. Kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis meliputi pemberian materi tentang pencegahan dan penanggulangan faktor risiko

gastritis, deteksi dini gastritis, manajemen stres, pola makan dan pola hidup sehat bagi lansia dengan gastritis; serta peningkatan keterampilan anggota kelompok/ kader dalam memimpin pelaksanaan latihan relaksasi progresif.

- h) Melakukan supervisi kegiatan Posbindu di RW 04 pada tanggal 12 Maret dan 16 April 2010. Supervisi dilakukan untuk menilai kemampuan dan kemandirian kader Posbindu pada masing-masing 5 meja Posbindu.
- i) Melakukan supervisi kemampuan kader Posbindu dalam memimpin latihan relaksasi progresif pada kegiatan kelompok lansia yaitu pada kegiatan kelompok pengajian RT 04 RW 03 pada tanggal 17 dan 31 maret 2010; dan kegiatan kelompok pengajian RT 02 RW 04 pada tanggal 13 dan 20 April 2010.
- j) Melakukan pendampingan dan penilaian kinerja kader dalam melakukan penyuluhan kesehatan pada kegiatan Posbindu RW 04 pada tanggal 12 April (format penilaian terlampir)
- k) Melakukan pendampingan dan penilaian kader melakukan kunjungan rumah pada keluarga lansia dengan gastritis di RW 03 pada tanggal 18 Maret 2010 dan RW 04 pada tanggal 25 Maret 2010. Penilaian menggunakan format penilaian yang dibuat sendiri oleh penulis terdiri dari tahap persiapan, pelaksanaan dan terminasi (format penilaian terlampir).

Masalah Manajemen 2 : Belum optimalnya kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu di Kelurahan Ratujaya Depok karena belum optimalnya jalur komunikasi dan koordinasi yang jelas untuk pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis

Upaya penyelesaian masalah yang telah dilakukan :

- a) Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan, Puskesmas Cipayung, Kelurahan Ratujaya, LPM, Pokjakes Ratujaya, TP PKK Ratujaya, dan Kader Posbindu Ratujaya untuk menghadiri lokakarya mini masyarakat sebanyak satu kali dalam sebulan.

- b) Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan, Puskesmas Cipayung, Kelurahan Ratujaya, Pokjakes Ratujaya, DPPKB, kader Posbindu untuk menghadiri lokakarya mini kesehatan untuk koordinasi dan meningkatkan pembinaan terhadap pelayanan kesehatan lansia dengan gastritis. Kegiatan lokakarya mini kesehatan dilakukan sebanyak 2 kali yaitu pada bulan Januari 2010 dan Mei 2010.
- c) Melakukan koordinasi dengan Dinkes, dan Puskesmas dalam pengadaan media informasi tentang kesehatan lansia dalam bentuk Poster, leaflet, dan buku panduan bagi kader Posbindu; serta penyediaan sarana prasarana Posbindu di RW 03 dan RW 04. Koordinasi dilakukan setiap 1 kali dalam sebulan melalui lokakarya mini masyarakat
- d) Melakukan koordinasi dan kerjasama dengan penerbit buku kesehatan : TIM dalam pengadaan media informasi tentang kesehatan lansia dalam bentuk Poster dan buku panduan bagi kader Posbindu. Koordinasi dilakukan setiap 2 bulan sehingga diharapkan koordinasi dapat dilakukan sebanyak minimal 2 kali selama praktek residen. Koordinasi I tentang pembuatan Poster Posbindu dan koordinasi ke II tentang pembuatan buku pedoman kader Posbindu.
- e) Memfasilitasi kegiatan supervisi dari Puskesmas dan Dinkes dalam kegiatan Posbindu dan kelompok pendukung lansia gastritis minimal 1 kali selama 8 bulan. Supervisi dari Puskesmas terhadap kemampuan kader melakukan kegiatan Posbindu dilakukan di RW 04 pada tanggal 12 April 2010.

4.1.4 Evaluasi dan Rencana Tindak Lanjut

Masalah manajemen 1 : Belum optimalnya peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya terhadap kelompok lansia dengan gastritis karena

belum optimalnya pemberdayaan kader Posbindu, dan belum optimalnya pemanfaatan Posbindu untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk pada lansia dengan gastritis.

Hasil evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah diatas adalah :

- a) Terdapat peningkatan jumlah Posbindu baru di Kelurahan Ratujuaya yaitu terbentuk 4 Posbindu baru dari 10 RW termasuk Posbindu Dahlia di RW 03, sehingga telah terdapat 9 Posbindu dari 10 RW yang ada.
- b) Terdapat peningkatan jumlah kader Posbindu di RW 03 sebanyak 10 orang (2 orang kader Posbindu dari masing-masing RT. RW 03 terdiri dari 5 RT sehingga jumlah kader Posbindu baru di RW 03 berjumlah 10 orang).
- c) Kegiatan pelatihan dan penyegaran kader Posbindu RW 03 dan RW 04 telah dilaksanakan yaitu Pelatihan kader di RW 03 selama 2 hari di penyegaran kader di RW 04 selama 1 hari. Kehadiran kader Posbindu dalam pelatihan di RW 03 dan RW 04 adalah rata-rata 80% (8 orang dari 10 kader Posbindu yang ada).
- d) Terdapat peningkatan pengetahuan kader sebesar 70% tentang pelayanan Posbindu, pencegahan dan perawatan gastritis (rerata nilai pretest adalah 37,24 dan rerata nilai posttest adalah 63,30).
- e) Terbentuk 2 kelompok pendukung lansia gastritis yaitu masing-masing 1 kelompok pendukung di RW 03 dan RW 04. Kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis dilaksanakan masing-masing sebanyak 4 kali pertemuan dengan durasi masing-masing pertemuan adalah 2 jam.
- f) Terdapat peningkatan pengetahuan anggota kelompok pendukung tentang pencegahan dan perawatan lansia gastritis serta manajemen stres sebanyak 30% (rerata nilai pretest adalah 65,5 dan rerata nilai posttest adalah 85,15).
- g) Keterlibatan kader dalam kegiatan kelompok pendukung lansia gastritis adalah 5 orang dari 10 kader (50%), sedangkan di RW 04 3 kader dari 10 kader yang ada (30%).

- h) Terdapat peningkatan keterampilan kader di RW 04 dalam melakukan penyuluhan tentang pencegahan dan perawatan gastritis serta manajemen stres sebesar 42% (rerata nilai sebelum pelatihan adalah 61 dan rerata nilai sesudah pelatihan adalah 76,62).
- i) Terdapat peningkatan keterampilan kader dalam memimpin kegiatan latihan relaksasi progresif pada kegiatan kelompok pendukung lansia (self-help group dan peer group). Hasil evaluasi menunjukkan bahwa kemampuan kader memimpin latihan relaksasi progresif dalam kelompok cukup baik dengan nilai rata-rata 79,15.
- j) Terdapat peningkatan keterampilan kader dalam melakukan kunjungan rumah. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa kemampuan kader dalam melakukan kunjungan rumah cukup baik dengan nilai rata-rata 57,14.

Rencana tindak lanjut terhadap penyelesaian masalah tersebut diatas adalah 1) Pengaturan materi penyuluhan kesehatan sehingga setiap kegiatan Posbindu dapat dilakukan juga penyuluhan kesehatan, 2) Mengikutsertakan Posbindu RW 03 dan RW 04 dalam kegiatan lomba Posbindu tingkat kecamatan hingga nasional; 3) Melanjutkan pengawasan dan pengarahan keberlanjutan kegiatan kelompok mandiri lansia oleh kader posbindu melalui program Bina Keluarga lansia (BKL); 4) melanjutkan pengawasan dan pengarahan keberlanjutan kegiatan kelompok pendukung lansia oleh petugas Puskesmas Cipayung dan POKJAKES;

Masalah Manajemen 2 : Belum optimalnya kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu di Kelurahan Ratujuaya Depok karena belum adanya jalur komunikasi dan koordinasi yang jelas untuk pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis

Hasil evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah diatas adalah :

- a) Keterlibatan langsung Dinas Kesehatan dalam lokakarya mini masyarakat setiap bulan kurang, hal ini ditunjukkan dengan ketidak hadirannya pihak Dinas Kesehatan dalam kegiatan lokakarya ,mini kesehatan selama 4 bulan penulis praktek residen. Keterlibatan Puskesmas dalam lokakarya mini masyarakat sangat tinggi, hal ini ditunjukkan dengan kehadiran 100% pihak Puskesmas Cipayung dari 4 kali pertemuan selama praktek residen.
- b) Keterlibatan Dinas Kesehatan, Puskesmas Cipayung, Kelurahan Ratujaya, Pokjakes Ratujaya untuk menghadiri lokakarya mini kesehatan sangat tinggi, ditunjukkan dengan kehadiran dalam setiap kegiatan pertemuan lokakarya mini kesehatan, sedangkan keterlibatan pihak DPPKB cukup baik, hal ini ditunjukkan dengan adanya dukungan materi berupa bantuan dana operasional Posbindu di seluruh RW yang telah memiliki Posbindu sebesar masing-masing Rp 250.000 untuk tahun 2009.
- c) Diperoleh media informasi berupa Poster, leaflet, dan buku panduan bagi kader Posbindu dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas menyediakan KMS lansia pada pelaksanaan Posbindu RW 03.
- d) Telah diterbitkan Poster “Ayo Ke Posbindu” sebanyak 1000 exemplar dan buku panduan kader lansia dengan kerjasama dengan penerbit buku kesehatan : TIM.
- e) Supervisi dari Puskesmas dan Dinkes dalam kegiatan Posbindu dan kelompok pendukung lansia gastritis minimal 1 kali selama 8 bulan. Supervisi dari Puskesmas terhadap kemampuan kader melakukan kegiatan Posbindu dilakukan di RW 04 pada tanggal 12 April 2010. Hasil evaluasi oleh Ibu Mimin (petugas Puskesmas Cipayung) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kehadiran kader sebesar 10% (Kehadiran bulan sebelumnya adalah 7 orang meningkat menjadi 8 orang dari 10 orang kader Posbindu di RW 04), terjadi peningkatan kemampuan dan kemandirian kader dalam melakukan sistem 5 meja Posbindu sebesar 10% (dari kondisi sebelumnya tidak terselenggaranya penyuluhan kesehatan di meja V menjadi

terlaksananya penyuluhan kesehatan secara berkelompok oleh kader Posbindu).

Rencana tindak lanjut yang dilakukan terkait penyelesaian masalah diatas adalah 1) Penyusunan Proposal bantuan dana operasional Posbindu untuk tahun 2010 ke Dinas PPKB Depok; 2) Puskesmas melakukan supervisi secara berkala kegiatan Penyuluhan yang dilaksanakan di Posbindu RW 03; 2) Puskesmas melakukan supervisi kemampuan kader Posbindu dalam memimpin kelompok mandiri masyarakat (*self-help group*) dan *peer group*; 3) 4) Pokjakes melakukan kerjasama lintas program dan lintas sector untuk menyediakan sarana dan prasarana Posbindu, penyediaan media terkait informasi kesehatan yang dibutuhkan lansia.

4.2 Asuhan Keperawatan Keluarga dan Komunitas Pada Agregat Lansia dengan Gastritis Di Kelurahan Ratujaya

4.2.1 Asuhan Keperawatan Keluarga

4.2.1.1 Analisis Situasi

Asuhan keperawatan keluarga dilakukan oleh residen terhadap 10 keluarga binaan yang merawat lansia dengan gastritis di Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok. Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan efektif selama 4 bulan mulai dari bulan November-Desember 2009 dan Maret-April 2010. Asuhan keperawatan keluarga dilakukan melalui kunjungan rumah yang dilakukan sebanyak 2 kali dalam seminggu atau minimal 1 kali seminggu selama delapan minggu.

Asuhan keperawatan pada keluarga dengan lansia gastritis dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan,

melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada tahap pengkajian residen melakukan indentifikasi terhadap faktor risiko terjadinya gastritis yang dimiliki oleh lansia dengan gastritis meliputi pola makan, gaya hidup (merokok, konsumsi alkohol, kafein), konsumsi Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS), dan stres psikologis. Selain itu juga diidentifikasi kemampuan (pengetahuan, sikap, dan perilaku) keluarga dan lansia dalam mencegah kekambuhan dan merawat lansia dengan gastritis.

Hasil pengkajian pada 10 keluarga binaan didapatkan data : a) 60% keluarga memiliki tingkat pengetahuan yang rendah tentang gastritis dan cara pencegahan serta perawatan lansia dengan gastritis; b) 60% keluarga memiliki persepsi yang rendah terkait perawatan lansia dengan gastritis; c) 100% lansia menyatakan penyakit gastritis yang dirasakan terus menerus mengalami kekambuhan minimal 1 kali sehari; d) 60% lansia merasakan intensitas nyeri skala berat dan 40% lansia dengan skala nyeri sedang jika mengalami kekambuhan nyeri gastritis; e) 100% lansia memiliki pola makan yang tidak teratur; f) 60% lansia menggunakan obat anti inflamasi non steroid (OAINS); (g) 60% lansia memiliki tingkat stres berat, dan 40% memiliki tingkat stres sedang g) 60% lansia memiliki coping maladaptif; h) 100% keluarga belum dapat menciptakan lingkungan yang mendukung perawatan lansia dengan gastritis dalam hal menyiapkan makan lansia secara teratur dan kurangnya kemampuan keluarga menghadapi lansia dengan stres psikologis; dan i) 60% lansia sudah tidak lagi memanfaatkan pelayanan kesehatan selama 2 bulan terakhir.

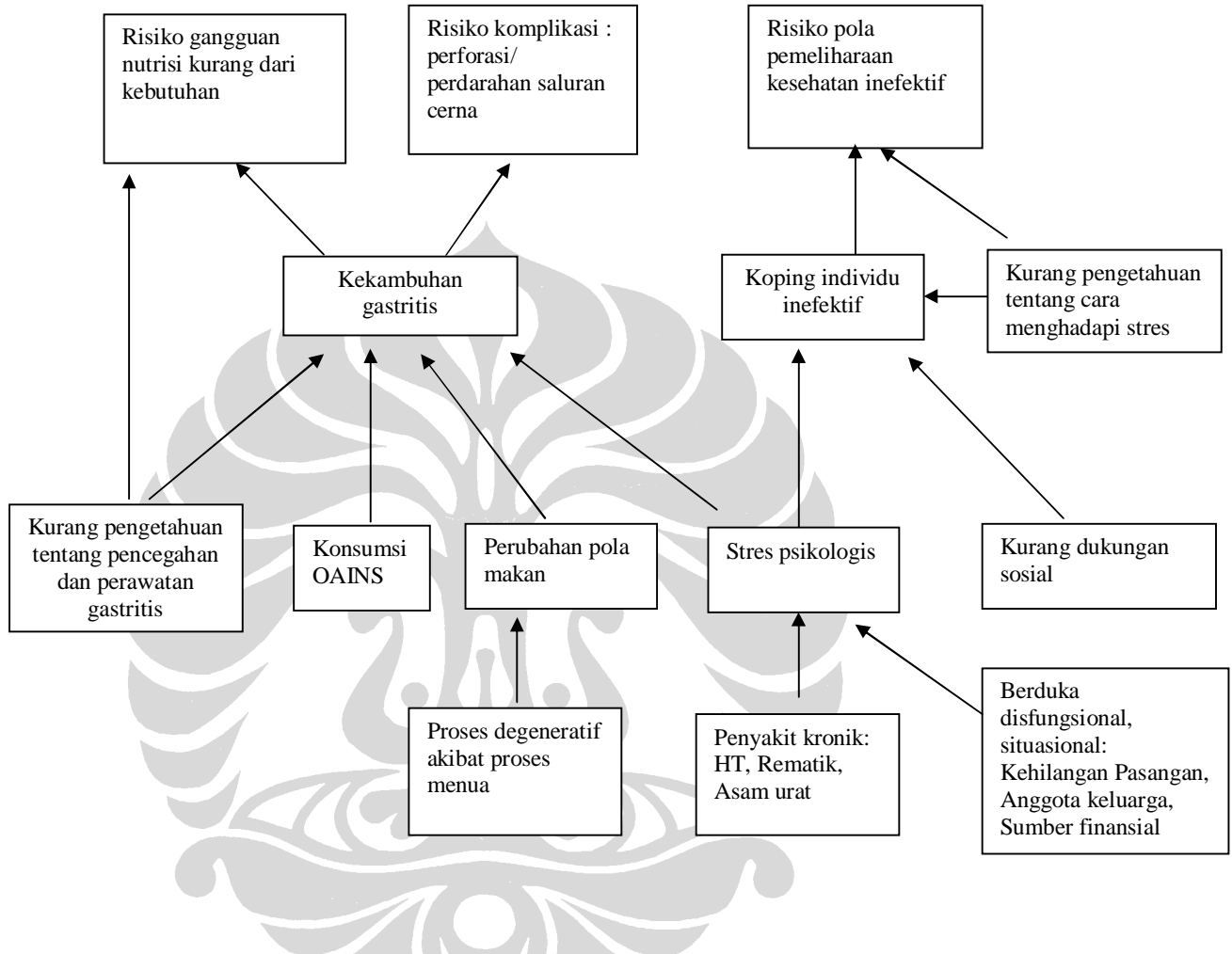
Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa lansia memiliki risiko tinggi mengalami kekambuhan nyeri gastritis secara terus

menerus karena kurangnya pengetahuan keluarga terkait pencegahan dan perawatan lansia dengan gastritis, serta kurangnya dukungan keluarga dalam merawat dan mencegah kekambuhan gastritis pada lansia. Pengetahuan dan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan tertentu memiliki korelasi yang signifikan dengan status kesehatan anggota keluarga yang dirawat (Sahar, 2002).

Data di atas juga menunjukkan bahwa sebagian besar lansia dengan gastritis memiliki lebih dari satu faktor risiko terjadinya penyakit gastritis dan kekambuhan gastritis yaitu pola makan yang tidak teratur, stres psikologis, dan penggunaan OAINS. Pola makan tidak teratur dan stres psikologis merupakan faktor utama yang mempengaruhi kekambuhan gastritis (Maulidiyah, 2006; Jackson, 2006). Penggunaan OAINS dalam waktu lebih dari dua minggu akan meningkatkan risiko terjadinya gastritis melalui mekanisme penurunan produksi prostaglandin yang berfungsi melindungi dinding lambung dari kerusakan (Harnawati, 2008). Jika faktor risiko tersebut tidak diatasi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan komplikasi lanjut penyakit gastritis yaitu gangguan nutrisi atau terjadinya perforasi atau perdarahan saluran cerna.

Lansia dapat ditemukan dua atau lebih faktor risiko ulkus sehingga risiko komplikasi perdarahan saluran cerna juga makin meningkat (Martono, 2008). Hasil pengkajian terhadap faktor risiko gastritis pada masing masing keluarga binaan dapat dilihat pada lampiran 2. dari hasil pengkajian terhadap salah satu keluarga binaan kemudian dapat digambarkan pohon masalah sebagai berikut (skema 4.2):

Skema 4.2 WEB asuhan keperawatan keluarga pada lansia dengan gastritis



Berdasarkan data hasil pengkajian kemudian disusun diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yang muncul pada keluarga yang merawat lansia dengan gastritis pada umumnya adalah 1) risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat lansia dengan gastritis, 2) risiko pola pemeliharaan kesehatan inefektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dan lansia mengatasi stres, 3) risiko kekambuhan penyakit gastritis berhubungan dengan perilaku yang kurang baik : pola makan yang tidak teratur dan konsumsi OAINS, 4) Koping individu inefektif berhubungan

dengan kurangnya dukungan sosial. Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan kemudian dilakukan prioritas diagnosis keperawatan (prioritas masalah terlampir).

Berdasarkan hasil prioritas didapatkan bahwa diagnosis keperawatan utama berdasarkan prioritas adalah 1) risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat lansia dengan gastritis, dan 2) risiko pola pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dan lansia mengatasi stres. Berdasarkan diagnosis keperawatan tersebut kemudian disusun perencanaan atau strategi intervensi yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah yang ada.

4.2.1.2 Perencanaan tindakan keperawatan

Secara umum strategi intervensi keperawatan keluarga yang dilakukan antara lain pendidikan kesehatan dengan metode diskusi dan demonstrasi; *guidance* terkait cara pencegahan kekambuhan gastritis melalui (1) modifikasi perilaku terkait pengaturan pola makan secara teratur dan mencegah makanan atau minuman pangsang pada penderita gastritis, cara perawatan jika nyeri gastritis kambuh dengan cara melakukan kompres hangat atau dingin; serta (2) melakukan manajemen stres terdiri dari latihan relaksasi progresif, terapi humor, aktif dalam kegiatan kelompok di masyarakat (*self-help group* dan *peer group*), aktivitas fisik teratur; serta (3) konseling terkait cara menghadapi stres dan merubah strategi koping yang maladaptif menjadi koping yang adaptif. Berikut ini akan diuraikan perencanaan asuhan keperawatan pada salah satu keluarga yang merawat lansia dengan gastritis berdasarkan diagnosa keperawatan prioritas pertama dan kedua yang telah disusun. Perencanaan asuhan keperawatan lengkap pada masing masing keluarga binaan dapat dilihat pada lampiran.

Diagnosis keperawatan keluarga 1 : Risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan penyakit gastritis. Total Skoring 42/3

Tujuan umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 minggu diharapkan tidak terjadi gangguan nutrisi pada anggota keluarga dengan penyakit gastritis.

Tujuan khusus :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 minggu diharapkan : 1) terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dan lansia terkait gastritis: penyebab gastritis, tanda dan gejala gastritis, akibat lanjut atau komplikasi gastritis, cara perawatan dan pencegahan gastritis; 2) terdapat peningkatan kemampuan keluarga mengambil keputusan untuk menangani gastritis pada lansia; 3) terdapat peningkatan keterampilan keluarga dalam merawat lansia dengan gastritis dan mencegah kekambuhan gastritis; 4) terjadi perubahan perilaku pada lansia terkait pola makan dari pola makan yang tidak teratur menjadi teratur minimal 3 kali sehari; 5) terjadi penurunan skala intensitas nyeri pada lansia dengan gastritis serta berkurangnya kekambuhan gastritis; 6) terdapat peningkatan kondisi lingkungan rumah yang mendukung perawatan lansia dengan gastritis; dan 7) terdapat peningkatan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan.

Rencana intervensi keperawatan :

1) Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga untuk mengenal masalah gastritis, penyebab terjadinya gastritis, tanda dan gejala gastritis, akibat lanjut atau komplikasi gastritis, cara pencegahan gastritis, serta cara

perawatan lansia dengan gastritis; 2) lakukan *guidance* pada keluarga untuk melakukan cara pencegahan kekambuhan gastritis dengan cara identifikasi faktor risiko kekambuhan gastritis pada lansia; meminimalkan atau menghilangkan faktor risiko kekambuhan gastritis pada lansia meliputi perilaku merokok, konsumsi makanan/minuman beralkohol, konsumsi kafein, serta konsumsi OAINS; serta cara perawatan gastritis dengan cara mengatur pola makan lansia agar teratur minimal 3 kali sehari serta menghindari makanan pantangan bagi penderita gastritis antara lain makanan pedas, asam, mengandung gas; melatih cara mengatasi jika nyeri gastritis kambuh dengan cara pengaturan posisi jika nyeri kambuh yaitu berbaring terlentang dengan kaki diluruskan, mendemonstrasikan kompres hangat/dingin, membuat dan menyajikan makanan yang lunak dan minuman hangat, serta menyediakan buah-buahan yang lunak dan mendinginkan seperti melon, pepaya dan semangka; 3) bantu keluarga melakukan modifikasi lingkungan untuk mencegah kekambuhan gastritis pada lansia meliputi lingkungan fisik dengan menyediakan makanan ringan seperti biskuit, roti, bubur hangat yang dapat dikonsumsi oleh lansia; lingkungan psikologis dengan menyediakan waktu bercerita dan berkumpul bersama lansia dan seluruh keluarga, berkomunikasi atau berkunjung ke rumah anggota keluarga yang lain; lingkungan sosial dengan mendukung dan memotivasi lansia mengikuti kegiatan kelompok di masyarakat seperti senam lansia, kelompok pengajian, kelompok lansia mandiri dan lain-lain; 5) motivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dalam mengatasi masalah gastritis pada lansia.

Diagnosis keperawatan keluarga 2 : Risiko pola pemeliharaan kesehatan inefektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dan lansia menghadapi stres

Tujuan umum :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 minggu diharapkan pola pemeliharaan kesehatan efektif.

Tujuan khusus :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 minggu diharapkan : 1) terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dan lansia terkait stres psikologis dan coping, sumber stres, tanda dan gejala stres, akibat lanjut atau komplikasi stres, cara menurunkan stres, dan mekanisme coping yang adaptif; 2) terdapat peningkatan kemampuan keluarga mengambil keputusan untuk mengatasi stres; 3) terdapat peningkatan keterampilan keluarga dalam melakukan manajemen stres untuk menurunkan stres : pelaksanaan latihan relaksasi progresif secara rutin oleh lansia sebanyak 1-2 kali sehari, mengikuti kegiatan kelompok (*self-help group* dan *peer group*), dan mengikuti kegiatan senam lansia 1 x seminggu; 4) terjadi penurunan tingkat stres dan terjadi perubahan strategi coping yang maladaptif menjadi adaptif pada lansia dan keluarga; 5) terdapat peningkatan kemampuan memodifikasi lingkungan rumah yang mencegah stres; dan 6) terdapat peningkatan perilaku pemanfaatan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan.

Rencana intervensi keperawatan :

1) Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga untuk mengenal stres dan strategi coping, penyebab atau sumber stres, tanda dan gejala stres, akibat lanjut atau komplikasi stres, cara pencegahan stres, serta cara menurunkan stres; 2) lakukan *guidance* pada keluarga untuk melakukan cara pencegahan stres dengan cara identifikasi sumber stres, yang dimiliki keluarga, identifikasi tingkat stres yang dialami oleh lansia dan keluarga, identifikasi mekanisme coping yang dilakukan oleh lansia dan keluarga, mengajarkan cara menghindari stres dengan tidur yang cukup (6-8 jam sehari), aktivitas fisik atau olah raga teratur (mulai dari berjalan 15-30 menit sehari) kemudian ditingkatkan secara bertahap, mengikuti senam lansia secara rutin 1 kali seminggu, melakukan komunikasi atau

mengunjungi anggota keluarga yang lain, mengikuti kegiatan pengajian atau kelompok kelompok yang ada di masyarakat; 3) lakukan *coaching* tentang cara mengatasi jika tanda-tanda stres dirasakan dengan cara melatih melakukan latihan relaksasi progresif; 4) lakukan konseling untuk membantu mengembangkan coping yang adaptif, 5) bantu keluarga melakukan modifikasi lingkungan untuk mencegah stres dengan cara menyediakan waktu untuk berkumpul, bercerita bersama lansia, nonton acara komedi di televisi bersama (terapi humor pasif), atau mengajak lansia melakukan telepon atau berkunjung pada anggota keluarga yang lain, mengingatkan lansia untuk mengikuti kegiatan senam lansia, pengajian atau kegiatan kelompok masyarakat lain; 6) motivasi keluarga dan lansia untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dalam mencegah stres.

4.2.1.3 Pelaksanaan rencana tindakan keperawatan

Diagnosis keperawatan 1 : Risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan gastritis.

Implementasi kegiatan yang telah dilakukan adalah : 1) memberikan pendidikan kesehatan melalui *guidance* pada keluarga tentang gastritis dan cara pencegahan dan perawatannya dengan menggunakan media lembar balik, *leaflet*. Kegiatan ini dilakukan selama 2 kali kunjungan dalam waktu 1 minggu; 2) bersama keluarga dan lansia melakukan modifikasi perilaku : pengaturan pola makan teratur minimal 3 kali sehari pada lansia dengan gastritis dengan membuat jadwal makan lansia secara bersama. Kesepakatan yang diperoleh bersama keluarga adalah bahwa keluarga akan membantu lansia mematuhi jadwal makan yang telah dibuat bersama dan akan melakukan pengawasan terhadap jadwal makan lansia. Kegiatan penerapan pola makan teratur disepakati akan dilakukan selama 2 minggu; 3) melatih keluarga cara mengatasi jika nyeri gastritis kambuh (pengaturan

posisi yang tepat yaitu berbaring terlentang dengan kaki lurus, kompres hangat/dingin, memberikan makanan yang lunak dan hangat/minuman hangat, serta memberikan buah buahan yang bersifat mendinginkan seperti pepaya, semangka dan melon). Kegiatan ini dilakukan selama 2 kali kunjungan terdiri dari 1 kali kunjungan untuk demonstrasi dan 1 kali kunjungan untuk mendampingi keluarga pada saat nyeri gastritis yang dirasakan lansia kambuh; 4) melakukan terapi pijat refleksi pada kaki untuk mengurangi nyeri dan membantu proses penyembuhan gastritis; 5) melakukan *guidance* pada keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang dapat mencegah kekambuhan gastritis yaitu menyediakan makanan ringan seperti biskuit atau roti, air hangat dalam termos, bubur siap saji, serta fasilitas kesehatan yang dapat digunakan lansia dan keluarga dalam mengatasi gastritis. Kegiatan ini dilakukan selama 2 kali kunjungan terdiri dari 1 kali kunjungan untuk memberikan motivasi dan *guidance* dan 1 kali kunjungan yang tidak direncanakan untuk melihat kemampuan keluarga menyediakan makanan ringan, bubur siap saji, dan air panas dalam termos.

Keseluruhan tindakan tersebut residen lakukan selama 6 kali kunjungan dalam waktu 3 minggu dengan durasi 45-60 menit tiap kunjungan yang dilakukan. Minggu pertama dilakukan tindakan *guidance* terkait gastritis dan cara perawatannya, minggu kedua dilakukan kesepakatan pengaturan pola makan teratur pada lansia dan dilakukan pengawasan sampai minggu ketiga serta melatih cara mengatasi jika nyeri gastritis kambuh, dan pada minggu ketiga selain pengawasan jadwal makan teratur juga dilakukan *guidance* terkait modifikasi lingkungan berupa penyediaan makan ringan, bubur siap saji, dan air panas dalam termos serta kunjungan yang tidak direncanakan untuk mengevaluasi kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan.

Diagnosis keperawatan 2 : Risiko pola pemeliharaan kesehatan inefektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dan lansia mengatasi stres

Implementasi kegiatan yang telah dilakukan adalah : 1) memberikan pendidikan kesehatan dan *guidance* pada keluarga tentang stres dan cara pencegahan dan mengatasinya dengan menggunakan media lembar balik, leaflet. Kegiatan ini dilakukan selama 2 kali kunjungan dalam waktu 1 minggu; 2) bersama keluarga dan lansia melakukan identifikasi sumber stres pada lansia, tanda dan gejala stres yang dialami oleh lansia, tingkat stres yang dirasakan oleh lansia, mekanisme koping yang dilakukan oleh lansia; Kegiatan ini dilakukan selama 1 kali kunjungan; 3) melakukan *coaching* dengan cara melatih lansia dan keluarga melakukan latihan untuk menurunkan stres yaitu latihan relaksasi progresif. Latihan ini dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan sampai lansia dan keluarga dapat melakukan latihan relaksasi progresif secara mandiri. Selanjutnya bersama sama keluarga dan lansia membuat jadwal pelaksanaan latihan dan menyepakati akan melakukan latihan relaksasi progresif secara rutin yaitu 2 kali sehari pada pagi dan sore hari selama 2 minggu; 4) melakukan *guidance* pada keluarga tentang cara memodifikasi lingkungan yang dapat mencegah stres pada lansia yaitu antara lain mengidentifikasi kegiatan kelompok yang ada di masyarakat seperti pengajian, senam lansia, serta kelompok lain yang dapat diikuti oleh lansia untuk meminimalkan stres, memotivasi lansia untuk mengikuti kegiatan tersebut, menelpn atau mengunjungi anggota keluarga yang lain untuk menciptakan suasana keakraban dalam keluarga sehingga dapat meminimalkan stres, serta mendiskusikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan lansia dan keluarga dalam mengatasi stres yang dialami. Kegiatan ini dilakukan selama 2 kali kunjungan terdiri dari 1 kali kunjungan untuk memberikan motivasi dan *guidance* dan 1 kali kunjungan pada kegiatan pengajian dan senam lansia untuk mengevaluasi kemampuan lansia dan keluarga mengikuti kegiatan di masyarakat untuk meminimalkan stres; 5) melakukan konseling pada lansia dan keluarga untuk mengembangkan mekanisme koping yang adaptif. Konseling dilakukan sebanyak 3-4 kali kunjungan keluarga.

Keseluruhan tindakan tersebut penulis lakukan selama 6 sampai 8 kali kunjungan dalam waktu 3 minggu dengan durasi 45-60 menit tiap kunjungan yang dilakukan. Minggu pertama dilakukan tindakan *guidance* terkait stres dan cara pencegahan serta cara mengatasinya, minggu kedua dilakukan konseling dan latihan relaksasi progresif pada lansia dan keluarga serta dilakukan pengawasan pelaksanaan latihan relaksasi progresif sampai minggu ketiga, dan pada minggu ketiga selain konseling, pengawasan pelaksanaan latihan relaksasi progresif secara rutin, juga dilakukan kunjungan pada kegiatan pengajian atau senam lansia untuk mengevaluasi kemampuan lansia keluarga mengikuti kegiatan di masyarakat untuk meminimalkan stres.

4.2.1.4 Evaluasi dan Rencana Tindak Lanjut

Diagnosis keperawatan 1 : Risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan gastritis.

Hasil evaluasi terlihat bahwa gangguan nutrisi dapat dicegah sampai akhir waktu pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga. Selain itu keluarga juga menunjukkan peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam merawat anggota keluarga dengan gastritis, yang ditunjukkan dengan : 1) keluarga mampu mengenal masalah dengan menyebutkan pengertian gastritis, penyebab gastritis, tanda dan gejala gastritis, serta mengidentifikasi intensitas nyeri yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis; 2) keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan gastritis dengan menyebutkan akibat lanjut atau komplikasi jika gastritis tidak dirawat dengan baik serta mengungkapkan keinginan untuk merawat anggota keluarga dengan gastritis; 3) keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan gastritis dengan menyebutkan cara mencegah kekambuhan gastritis dan cara merawat jika nyeri gastritis mengalami kekambuhan; keluarga mampu meredemonstrasikan cara mengatasi jika

nyeri gastritis kambuh dengan pengaturan posisi tidur terlentang dengan kaki lurus, melakukan kompres hangat/dingin, memberikan makanan yang lunak dan hangat, memberikan minuman yang hangat, dan memberikan buah buahan yang bersifat mendinginkan seperti semangka, pepaya dan melon; keluarga mampu melakukan pengaturan pola makan yang teratur pada lansia dengan gastritis dan melakukan pengawasan pola makan pada lansia dengan gastritis; 4) terjadi perubahan perilaku terkait perubahan pola makan pada lansia dengan gastritis dari tidak teratur menjadi teratur minimal 3 kali sehari; 5) Terjadi penurunan skala intensitas nyeri pada lansia dengan gastritis setelah dilakukan intervensi dari nyeri berat menjadi nyeri sedang atau ringan; dan terjadi penurunan frekuensi kekambuhan nyeri setelah dilakukan intervensi dari sering (minimal 1 kali sehari) menjadi tidak sering (3 sampai 5 hari sekali); 6) keluarga mampu melakukan modifikasi lingkungan yang menunjang pencegahan kekambuhan gastritis dengan cara menyebutkan lingkungan yang menunjang untuk pencegahan gastritis pada lansia serta melakukan modifikasi lingkungan (membiasakan makan bersama, menyediakan makanan ringan seperti biskuit dan roti, menyediakan bubur siap saji, menyediakan air panas dalam termos); dan 7) keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan mengunjungi Posbindu atau berobat ke Puskesmas.

Rencana tindak lanjut : (1) Membagi tanggung jawab pengawasan dan kunjungan rumah terhadap keluarga lansia dengan gastritis oleh kader Posbindu dengan sistem wilayah, yaitu kader Posbindu RT 1 bertanggung jawab melakukan pengawasan dan kunjungan rumah terhadap lansia gastritis di wilayah RT 1 dengan tujuan memonitor kemampuan keluarga merawat lansia dengan gastritis, memonitor pola makan lansia, memonitor intensitas nyeri yang dirasakan oleh lansia, memonitor kekambuhan gastritis lansia, serta memfasilitasi keluarga untuk dapat menggunakan pelayanan kesehatan di Posbindu atau Puskesmas. (2) menyepakati

frekuensi kunjungan rumah oleh kader Posbindu minimal 2 keluarga lansia dengan gastritis dalam sebulan.

Diagnosis keperawatan 2 : Risiko pola pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dan lansia menghadapi stres psikologis.

Hasil evaluasi terlihat bahwa pola pemeliharaan kesehatan efektif sampai akhir waktu pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sehingga tidak terjadi kekambuhan gastritis. Selain itu keluarga juga menunjukkan peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam menghadapi stres, yang ditunjukkan dengan : 1) terjadi peningkatan pengetahuan keluarga tentang manajemen stres setelah dilakukan intervensi manajemen stres dari rata-rata nilai 72,1 menjadi 79,1; 2) keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan gastritis dengan menyebutkan akibat lanjut atau komplikasi jika stres tidak diatasi dengan baik serta mengungkapkan keinginan untuk mengatasi stres pada lansia dengan gastritis; 3) keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan stres dengan menyebutkan cara mencegah stres (tidur cukup 6-8 jam sehari, terapi humor pasif dengan menonton acara/film komedi, melakukan aktivitas fisik teratur mulai dari jalan pagi sampai ikut senam lansia 1 kali seminggu, mengikuti kegiatan kelompok di masyarakat) dan menghadapi lansia dengan keluhan stres (menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan lansia, memotivasi lansia untuk melakukan latihan relaksasi progresif). Keluarga dan lansia juga mampu mendemonstrasikan cara mengatasi stres dengan latihan relaksasi progresif. Keluarga mampu melakukan pengawasan latihan relaksasi progresif pada lansia dengan gastritis sehingga didapatkan pelaksanaan latihan relaksasi progresif yang rutin oleh lansia sebanyak 1-2 kali sehari selama 2 minggu; 4) Terjadi penurunan tingkat stres pada lansia dengan gastritis dari stres berat dan sedang menjadi stres sedang dan ringan; serta kekambuhan gastritis sudah tidak terjadi lagi selama rutin melakukan latihan relaksasi progresif; dan

terjadi perubahan strategi koping yang maladaptif menjadi adaptif pada lansia dengan gastritis; 5) keluarga mampu melakukan modifikasi lingkungan yang menunjang pencegahan stres pada lansia dengan cara menyebutkan lingkungan yang menunjang untuk pencegahan stres pada lansia serta melakukan modifikasi lingkungan (membiasakan makan bersama, menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan dan cerita lansia, melakukan komunikasi melalui telpon dengan anggota keluarga yang lain, mengajak lansia mengunjungi anggota keluarga lain yang dekat, mengajak dan menemani lansia mengikuti kegiatan kelompok masyarakat seperti pengajian, senam lansia dan *self-help group*); dan 6) keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan mengunjungi Posbindu atau berobat ke Puskesmas.

Rencana tindak lanjut : (1) menganjurkan kepada kader Posbindu untuk melakukan kunjungan rumah untuk memonitor kemampuan keluarga merawat lansia dengan stres, memonitor kekambuhan gastritis lansia, memonitor kemampuan lansia melakukan latihan relaksasi progresif secara rutin, serta memfasilitasi lansia dan keluarga mengikuti kegiatan kelompok masyarakat secara rutin seperti pengajian dan senam lansia. (2) Kader kesehatan memonitor perkembangan kemampuan keluarga lansia gastritis melalui program Bina Keluarga Lansia (BKL).

Berdasarkan uraian proses asuhan keperawatan pada keluarga dengan lansia yang menderita gastritis di atas maka dapat disimpulkan bahwa strategi intervensi pengaturan pola makan yang teratur selama 2 minggu pada lansia dengan gastritis dapat menurunkan intensitas nyeri dan jarak kekambuhan gastritis yang dialami. Selain itu mengingat kekambuhan gastritis dapat disebabkan oleh stres psikologis, maka kombinasi intervensi pengaturan pola makan dan pelaksanaan teknik relaksasi progresif secara rutin 1 sampai 2 kali sehari selama 2 minggu akan dapat mencegah kekambuhan gastritis yang dialami.

Selain mengatasi masalah gastritis pada lansia, penulis menemukan bahwa lansia juga memiliki keluhan kesehatan lain selain gastritis yaitu antara lain masalah rematik, asam urat, hipertensi, dan perubahan pola tidur. Berdasarkan hal tersebut maka penulis juga melakukan intervensi keperawatan untuk menyelesaikan masalah kesehatan lain yang dialami oleh lansia. Asuhan keperawatan keluarga secara lengkap dapat dilihat pada lampiran 9.

4.3 Asuhan Keperawatan Komunitas

Populasi dalam pengkajian ini adalah seluruh lansia dengan gastritis yang tinggal di Kelurahan Ratujaya. Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Puskesmas Pancoranmas tahun 2008, didapatkan jumlah lansia di Kelurahan Ratujaya adalah 4727 orang, usia lanjut yang mengalami penyakit gastritis di Kelurahan Ratujaya adalah 296 orang. Angka gastritis pada kelompok lansia tersebar di 10 RW di Kelurahan Ratujaya Depok, menyebabkan pentingnya dilakukan pemilihan sampel yang dapat mewakili keseluruhan populasi yang akan diteliti atau dikaji. Hal ini dilakukan karena pertimbangan waktu dan dana yang dimiliki oleh residen.

Sampel adalah anggota-anggota dari populasi atau lansia dengan gastritis di Kelurahan Ratujaya yang terpilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan, dengan besar sampel berdasarkan rumus perhitungan sampel tertentu. Kriteria inklusi dalam menentukan sampel penelitian atau pengkajian ini adalah: lansia berusia 60 tahun keatas dengan gastritis, bersedia menjadi responden, dan bertempat tinggal di Kelurahan Ratujaya Depok.

Teknik atau cara pengambilan sampel adalah dengan menetapkan wilayah sampel dengan menggunakan *cluster sampling*. Pada pengambilan sampel secara gugus, peneliti tidak mendaftarkan semua anggota atau unit yang ada di dalam populasi, melainkan cukup mendaftarkan banyaknya kelompok atau gugus yang ada di dalam populasi tersebut, misalnya Kelurahan Ratujaya yang terdiri

dari 10 RW. Maka kelompok atau gugus yang dijadikan sampel adalah minimal 20% dari 10 RW. Sehingga kelompok atau gugus yang dijadikan sampel adalah minimal 2 RW yang dipilih berdasarkan jumlah lansia yang paling banyak menderita gastritis. RW yang terpilih sebagai sampel adalah RW 03 dan 04. Selanjutnya menentukan siapa saja yang terpilih (jumlah) menjadi sampel pada wilayah yang telah ditetapkan dengan menggunakan teknik *total sampling* dari dua wilayah RW yang sudah terpilih. Praktek residensi ini mendapat saran dari Puskesmas Pancoran Mas untuk mengelola wilayah RW 03 dan RW 04 yang terdapat kasus lansia gastritis yang cukup banyak. Penulis melakukan skrining ulang di wilayah RW 03 dan RW 04 dan didapatkan data yaitu terdapat 23 lansia gastritis di RW 04 dan 19 lansia gastritis di RW 03. Dengan demikian maka jumlah lansia dengan gastritis di wilayah RW 03 dan RW 04 adalah 42 orang.

Besar sampel yang diambil pada 2 RW tersebut sesuai dengan hasil perhitungan besar atau jumlah sampel. Jumlah atau besar sampel yang dijadikan sebagai responden adalah berdasarkan rumus dari Issaac dan Michael sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

N= perkiraan besar populasi

n = perkiraan jumlah sample

z = nilai standar normal untuk alpha 5% adalah (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = 1 - p (100% - 50%) = 50%

d = tingkat kesalahan yang dipilih (0,05)

Hasil studi literatur di Puskesmas Pancoran Mas Tahun 2008 didapatkan jumlah usia lanjut di Kelurahan Ratujaya adalah 4727 orang, usia lanjut yang mengalami penyakit gastritis di Kelurahan Ratujaya adalah 296 orang, sehingga didapatkan nilai *p* adalah 0,06 dan *q* adalah 0,94. Populasi yang diambil adalah keseluruhan usia lanjut yang ada di RW 03 dan RW 04 yaitu

berjumlah 189 orang sehingga didapatkan jumlah sampel sebesar 62 usia lanjut dengan perhitungan sebagai berikut :

$$n = \frac{296 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,06 \cdot 0,94}{(0,05)^2 (296 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,06 \cdot 0,94}$$

$$n = 67,2$$

$$n = 67$$

Sampel yang diambil adalah *total sampling* maka seluruh lansia dengan gastritis di wilayah RW 03 dan RW 04 berjumlah 42 orang diambil sebagai sampel.

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah instrumen pengkajian (kuesioner/angket) untuk keluarga lansia dengan gastritis, yang terdiri dari data karakteristik demografi lansia dan keluarga, pengetahuan keluarga, ketrampilan keluarga, dan sikap keluarga serta *food recall*. Kuesioner atau angket ini disusun berdasarkan model Adaptasi Roy dan *Family Centered Nursing*. Selain itu juga menggunakan pedoman FGD dan wawancara yang ditujukan ke Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskesmas, Kelurahan Ratujuaya dan kader kesehatan. Adapun metode pengumpulan data yang dilakukan adalah: *windshield survey*, *survey*, wawancara, FGD dan arsip atau dokumen. Selanjutnya akan diuraikan analisis situasi terkait asuhan keperawatan komunitas.

4.3.1 Analisis situasi

Asuhan keperawatan komunitas diawali dengan melakukan pengkajian terhadap variabel terkait berdasarkan model keperawatan yang diterapkan meliputi Model Adaptasi Roy dan *Family Centered Nursing*. Pengkajian menurut Model Adaptasi Roy adalah meliputi pengkajian terhadap stimulus dan perilaku yang ditampilkan sebagai mekanisme adaptasi terhadap stimulus yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis.

Pengkajian stimulus terdiri dari stimulus fokal, kontekstual dan residual.

Pengkajian yang dilakukan terkait stimulus fokal pada lansia dengan gastritis meliputi intensitas nyeri yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis. Pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala 0-3 dengan karakteristik 0 (tidak nyeri), 1 (nyeri ringan), 2 (nyeri sedang), dan 3 (nyeri berat). Hasil pengkajian menunjukkan bahwa : 23,8% lansia dengan gastritis mengalami tingkat nyeri berat, 35,7% lansia dengan gastritis mengalami tingkat nyeri sedang, dan 40,5% lansia dengan gastritis mengalami tingkat nyeri ringan. Stimulus fokal merupakan hal-hal yang paling bertanggung jawab terhadap timbulnya perilaku adaptasi dalam empat bentuk adaptasi berdasarkan model adaptasi Roy. Perilaku adaptasi yang muncul nantinya merupakan respon terhadap stimulus tersebut (Roy & Andrew, 1991).

Pengkajian yang dilakukan terkait stimulus kontekstual pada lansia dengan gastritis meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pola makan, gaya hidup, pemakaian OAINS, dan sumber stres. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan fisik (kebisingan, keamanan, kepemilikan rumah), dukungan keluarga (sikap keluarga, dan jenis dukungan keluarga), dukungan masyarakat (kader Posbindu lansia, fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia). Stimulus kontekstual merupakan stimulus yang tidak menjadi pusat perhatian atau curahan energi, namun berkontribusi terhadap perilaku yang dipicu oleh stimulus fokal dan sering dikaitkan dengan makna yang diberikan atau dirasakan seseorang terhadap suatu situasi (Roy & Andrew, 1991).

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa : 73,8% lansia dengan gastritis memiliki tingkat pendidikan rendah; 78,6% lansia dengan gastritis berjenis kelamin perempuan; 69% lansia memiliki pola makan yang tidak teratur; 52,4% lansia dengan gastritis menyukai makanan yang

asam dan pedas; 78,6% menggunakan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS); sumber stres yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis adalah masalah ekonomi (tidak memiliki penghasilan sendiri, tidak ada uang untuk berobat, ketergantungan biaya pada anggota keluarga), masalah fisik (penyakit kronis), dan masalah psikologis (kehilangan pasangan atau anggota keluarga akibat kematian atau berpisah rumah, tinggal berjauhan dengan anak atau cucu, jarang bisa berkumpul bersama anggota keluarga); 76,2% lansia dengan gastritis mendapat dukungan dari keluarga.

Jenis dukungan yang didapatkan dari keluarga adalah lebih banyak kepada dukungan instrumental yaitu menemani lansia berobat ke pusat pelayanan kesehatan dan menyediakan kebutuhan perawatan diri lansia, dukungan informasi terkait pencegahan dan perawatan penderita gastritis serta dukungan emosional seperti menyediakan waktu khusus untuk mendengarkan cerita atau keluhan lansia kurang didapatkan; 100% keluarga dengan lansia penderita gastritis menyatakan tidak bisa memberikan perhatian sepenuhnya kepada lansia karena sibuk memikirkan masalah rumah tangga masing masing; dukungan dari masyarakat terhadap lansia dengan gastritis belum maksimal disebabkan oleh belum meratanya fasilitas pelayanan kesehatan bagi lansia (Posbindu), dan kader kesehatan lansia belum mendapatkan pelatihan terkait pencegahan dan perawatan penyakit gastritis.

Pengkajian terkait stimulus residual meliputi riwayat lama menderita gastritis dan riwayat komplikasi gastritis yang dirasakan oleh lansia. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa 100% lansia dengan gastritis mengalami gastritis kronis yaitu lebih dari 6 bulan; 47,6% lansia sering mengalami kekambuhan gastritis, dan 7,1% lansia dengan gastritis pernah dirawat di rumah sakit akibat komplikasi perdarahan saluran cerna.

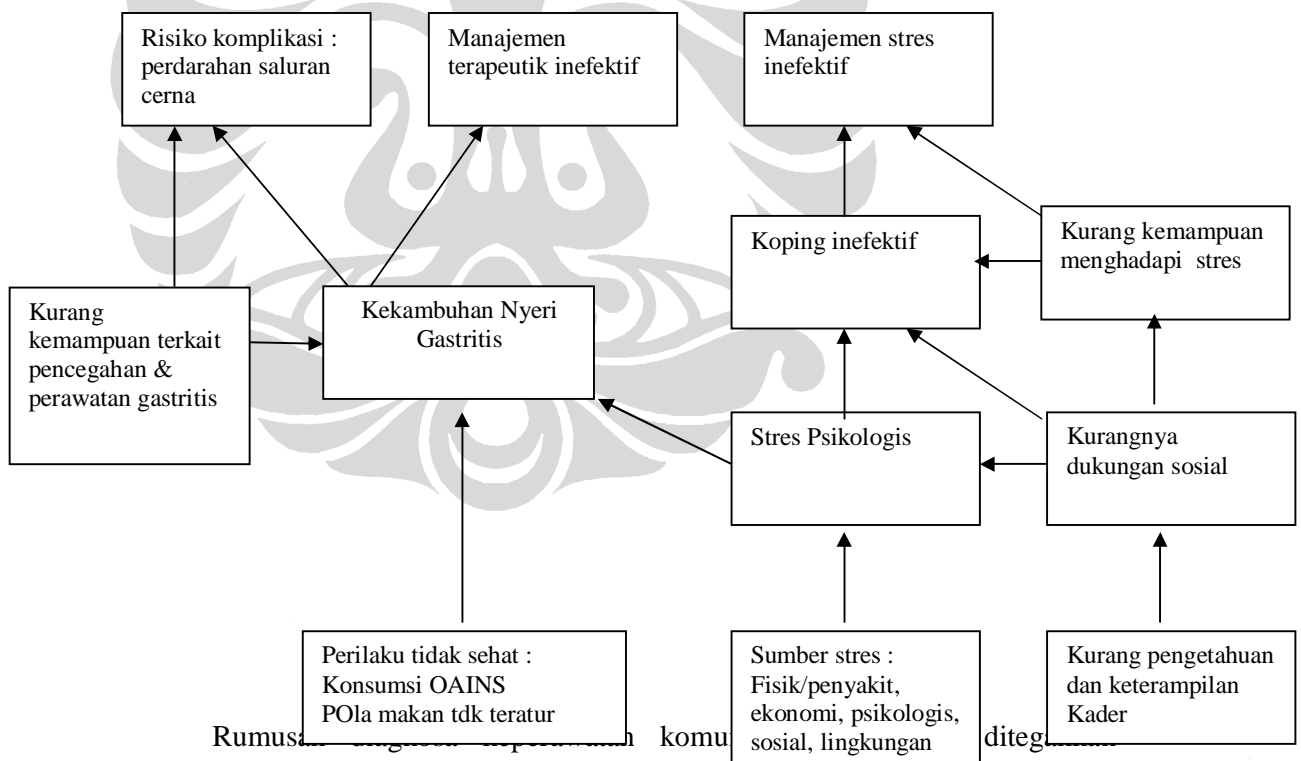
Aspek pengkajian selanjutnya adalah terhadap respon perilaku penyesuaian diri yang dilakukan oleh lansia dengan gastritis terhadap stimulus yang dirasakan . Pengkajian respon perilaku penyesuaian diri meliputi 4 elemen perilaku yaitu respon fisiologis, respon konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Pengkajian respon fisiologis dilakukan untuk mengidentifikasi pengaruh nyeri yang dirasakan terhadap aktivitas fisik sehari hari dan tanda tanda stres untuk mengidentifikasi tingkat stres yang dirasakan oleh lansia dengan gastritis. Pengkajian respon konsep diri meliputi penilaian terhadap stressor dan mekanisme koping yang dilakukan. Pengkajian fungsi peran meliputi perubahan peran yang dialami akibat penyakit yang diderita antara lain adanya kegagalan peran atau konflik peran yang terjadi. Pengkajian terkait respon interdependensi meliputi pengetahuan tentang pencegahan gastritis dan perawatannya, perilaku atau tindakan mengatasi masalah, serta tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah gastritis pada lansia.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa : 23,8% lansia menyatakan bahwa nyeri yang dirasakan menyebabkan lansia tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari sehingga lansia hanya terbaring di tempat tidur, 35,7% lansia dengan gastritis menyatakan bahwa nyeri yang dirasakan menyebabkan aktivitas sehari-hari menjadi lambat terselesaikan, dan 40,5% lansia dengan gastritis menyatakan bahwa nyeri dirasakan namun masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari; 73,8 % lansia dengan gastritis tidak melakukan olahraga senam lansia secara teratur; 4,8% lansia dengan gastritis mengalami stres berat, 33,3% lansia mengalami stres sedang, dan 61,9% lansia mengalami stres ringan; 16,7% lansia memiliki koping yang maladaptif; 16,7% lansia menyatakan penyakit yang diderita menyebabkan peran dalam keluarga dan masyarakat menjadi terganggu; 73,8% lansia dan keluarga memiliki pengetahuan yang kurang baik terkait pencegahan dan perawatan gastritis; hanya 12 dari 42 responden yang menyatakan bahwa makan

secara teratur dapat mencegah kekambuhan penyakit maag yang dialami dan 30 dari 42 responden menyatakan bahwa sakit maag hanya dapat diobati dengan minum obat sakit maag.

Berdasarkan hasil pengkajian diatas, dapat diketahui bahwa keluhan nyeri yang dialami oleh lansia telah memiliki efek yang negatif terhadap lansia dan keluarga yang ditunjukkan dengan tingkat stres yang dialami oleh lansia, kurangnya pengetahuan lansia dan keluarga terkait pencegahan dan perawatan gastritis, perubahan peran, serta gangguan aktivitas sehari hari akibat nyeri yang dirasakan. Dengan demikian dapat dilakukan analisis lebih lanjut untuk merumuskan masalah yang dapat digambarkan pada bagan 4.3 sebagai berikut :

Skema 4.3 WEB asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia gastritis



berdasarkan hasil analisis data pada skema pohon masalah diatas dan berdasarkan hasil perhitungan skoring dalam menentukan prioritas adalah :

- 1) Risiko peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perdarahan saluran cerna pada kelompok lansia dengan gastritis di wilayah RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya berhubungan dengan kurang kemampuan terkait pencegahan dan perawatan penyakit gastritis (total skoring 14)
- 2) Manajemen stres tidak efektif pada kelompok lansia dengan gastritis di wilayah RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya berhubungan dengan kurang kemampuan menghadapi stres dan teknik reduksi stres (total skoring 14).
- 3) Koping inefektif pada kelompok lansia dengan gastritis di wilayah RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya berhubungan dengan kurangnya dukungan sosial dalam mengatasi masalah gastritis (total skoring 11).
- 4) Risiko peningkatan kekambuhan gastritis pada kelompok lansia gastritis di wilayah RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya berhubungan dengan perilaku yang kurang mendukung pencegahan kekambuhan gastritis: pola makan tidak teratur dan konsumsi OAINS (total skoring 11).

4.3.2 Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Tahap awal yang ditempuh dalam perencanaan program adalah melakukan lokakarya mini dengan masyarakat, dimana hasil pengkajian dan analisis data dipaparkan di masyarakat guna mendapat tanggapan dan usulan intervensi untuk mengatasi masalah yang berasal dari masyarakat sendiri. Hal ini dilakukan supaya masyarakat sadar akan permasalahan yang ada di wilayahnya dan tergugah untuk mengatasinya secara mandiri oleh masyarakat.

Penatalaksanaan lansia dengan gastritis di Kelurahan Ratujaya dilakukan melalui beberapa strategi intervensi keperawatan komunitas meliputi *partnership*, proses kelompok, pendidikan kesehatan, dan *empowering*

serta intervensi asuhan keperawatan yang profesional. Selanjutnya strategi yang ditempuh disesuaikan dengan masalah dan intervensi yang ditetapkan bersama masyarakat pada tiap-tiap diagnosis keperawatan, berikut uraiannya:

Diagnosis keperawatan komunitas pertama : Risiko terjadinya peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perforasi, perdarahan pada lansia dengan penyakit gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok berhubungan dengan kurang kemampuan terkait pencegahan dan perawatan penyakit gastritis.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 tahun, di harapkan tidak terjadi peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perforasi, perdarahan pada lansia dengan penyakit gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok.

Tujuan Khusus : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 bulan diharapkan:

1. Terjadi peningkatan cakupan pelayanan Posbindu sebesar 30%
2. Terjadi peningkatan pengetahuan lansia dan keluarga tentang pencegahan dan perawatan penyakit gastritis sebesar 2 SD (rerata pretest 62,1 menjadi minimal rata-rata 73)
3. Terjadi peningkatan sikap keluarga dalam mencegah dan merawat lansia dengan gastritis sebesar 2 SD (dari 76,2 menjadi minimal 93,2)
4. Terjadi perubahan perilaku positif pada lansia dengan gastritis : penurunan jumlah lansia yang memiliki pola makan yang tidak teratur sebesar 50% (dari 29 orang menjadi 15 orang); penurunan jumlah lansia yang mengkonsumsi makanan yang bersifat asam/pedas sebesar 20% (dari 22 orang menjadi 17 orang); penurunan jumlah lansia yang mengkonsumsi OAINS sebesar 30% (dari 33 orang menjadi 23 orang).

5. Terjadi penurunan tingkat nyeri lansia dengan gastritis sebesar 50 % (nyeri berat : dari 10 orang menjadi 5 orang; dan nyeri sedang dari 15 orang menjadi 7 orang.

Rencana tindakan : 1) Bentuk kelompok swabantu (*self-help group*) lansia dengan gastritis dan *peer group* di RW 03 dan RW 04; 2) Susun rencana kegiatan kelompok swabantu dan *peer group* bersama kader Posbindu dan Pokjakes RW; 3) Lakukan intervensi pendidikan kesehatan pada kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group* dengan memberikan materi tentang pengenalan tentang penyakit gastritis pada lansia, pencegahan gastritis dan perawatan jika nyeri gastritis mengalami kekambuhan; fasilitasi lansia untuk menceritakan pengalamannya dalam kegiatan kelompok swabantu dan *peer group*; fasilitasi lansia untuk membuat jadwal pola makan yang teratur dengan menghindari makanan yang bersifat asam atau pedas selama 2 minggu; 4) Fasilitasi pendampingan kelompok swabantu dan *peer group* oleh Puskesmas, LPM, Pokjakes dan kader Posbindu.

Diagnosis keperawatan komunitas kedua : Manajemen stres tidak efektif pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok berhubungan dengan kurang kemampuan menghadapi stres dan teknik reduksi stres.

Tujuan Umum : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 tahun, di harapkan manajemen stres dilakukan dengan efektif pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok.

Tujuan Khusus : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 bulan diharapkan:

1. Terjadi peningkatan pengetahuan lansia dan keluarga tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres sebesar 2 SD (rerata pretest 69,1 menjadi minimal 77,6).
2. Terjadi penurunan kekambuhan gastritis pada lansia dengan gastritis sebesar 15% (dari 20 menjadi 17 orang)
3. Terjadi penurunan tingkat stres sebesar 50 % pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 (stres berat dari 2 orang menjadi 1 orang; dan stres sedang dari 14 orang menjadi 7 orang).
4. Terjadi penurunan jumlah lansia yang memiliki koping maladaptif sebesar 50% (dari 7 orang menjadi 3 orang).
5. Terjadi peningkatan jumlah lansia yang melakukan kegiatan olah raga secara teratur untuk mencegah stres sebesar 50% (dari 11 orang menjadi 22 orang)

Rencana tindakan : 1) Lakukan intervensi pendidikan kesehatan tentang manajemen stres pada kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group* di RW 03 dan RW 04 dengan memberikan materi tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres pada lansia; fasilitasi lansia untuk menceritakan pengalamannya dalam kegiatan kelompok swabantu dan *peer group*; 2) fasilitasi lansia untuk membuat jadwal pelaksanaan latihan relaksasi progresif secara rutin di rumah sebanyak 2 kali sehari selama 2 minggu; 3) fasilitasi pelaksanaan latihan relaksasi progresif pada kegiatan *self-help group* dan *peer group*; 4) Fasilitasi pelaksanaan senam lansia secara rutin 1 kali seminggu di RW 03 dan RW 04; 5) Fasilitasi pendampingan kegiatan senam lansia oleh keluarga dan kader Posbindu.

4.3.3 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Diagnosis keperawatan komunitas pertama : risiko terjadinya peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perforasi, perdarahan pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung Kota Depok berhubungan dengan kurang kemampuan terkait pencegahan dan perawatan penyakit gastritis

Implementasi yang telah dilakukan :

1. Melakukan sosialisasi pembentukan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group* di RW 03 dan RW 04. Sosialisasi RW 03 dilakukan pada kegiatan pertemuan Tim Penggerak PKK pada tanggal 25 Februari 2010, sedangkan sosialisasi di RW 04 dilakukan pada saat kegiatan Posbindu tanggal 19 Februari 2010.
2. Membentuk kelompok swabantu (*self-help group*) di RW 03 dan RW 04. Pembentukan kelompok swabantu di RW 04 dilakukan pada tanggal 9 Maret 2010 dihadiri 20 orang dengan ketua Ibu Mahyani (RT 02). Pembentukan kelompok swabantu RW 04 dilakukan pada tanggal 30 Maret 2010 dengan ketua ibu Khotimah (RT 01).
3. Melakukan kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) di RW 03 dan RW 04 sebanyak masing masing 4 kali pertemuan yang dihadiri rata rata 6 orang lansia dengan gastritis. Kegiatan kelompok swabantu RW 04 dilaksanakan pada tanggal 9, 23, 30 Maret, dan 6 April 2010, sedangkan kegiatan kelompok swabantu di RW 03 dilaksanakan pada tanggal 30 Maret, 6, 13, dan 20 April 2010.
4. Melakukan sosialisasi pembentukan kelompok *peer* di RW 03 dan RW 04. Sosialisasi RW 03 dilakukan pada kegiatan pertemuan Tim Penggerak PKK pada tanggal 25 Februari 2010, sedangkan sosialisasi di RW 04 dilakukan pada saat kegiatan Posbindu tanggal 19 Februari 2010.
5. Melakukan kegiatan *peer group* di RW 03 dan RW 04 sebanyak 2 kali pertemuan yang dihadiri oleh rata rata 20 orang lansia. Kegiatan *peer* di RW 03 dilaksanakan pada tanggal 6 dan 7 April 2010, sedangkan kegiatan *peer* di RW 04 dilaksanakan pada tanggal 8 dan 9 April 2010.

Kegiatan yang dilakukan pada kelompok *peer* adalah pendidikan kesehatan tentang cara pengenalan penyakit gastritis, pencegahan dan perawatan lansia dengan gastritis, manajemen stres, dan cara melakukan latihan relaksasi progresif.

6. Memonitor kemampuan lansia melakukan pengaturan pola makan secara teratur dengan menghindari makanan yang bersifat asam atau pedas pada setiap hari selama 2 minggu dengan memberikan format *food record* yang harus diisi oleh lansia atau keluarga selama 2 minggu. Monitor dilakukan pada kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group*.
7. Membuat media pendidikan kesehatan tentang pengenalan penyakit gastritis serta pencegahan dan perawatan gastritis dalam bentuk *leaflet*, *booklet*, dan lembar balik.
8. Menyebarkan media pendidikan kesehatan dan melakukan penyuluhan kesehatan pada masyarakat tentang pencegahan dan perawatan lansia dengan gastritis melalui kegiatan Posbindu, Pengajian tingkat RW dan tingkat RT, serta pada pertemuan Tim Penggerak PKK tingkat RW di RW 03 dan RW 04

Diagnosis keperawatan komunitas kedua : Manajemen stres tidak efektif pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung Kota Depok berhubungan dengan kurang kemampuan menghadapi stres dan teknik reduksi stres.

Implementasi yang telah dilakukan :

1. Melakukan intervensi pendidikan kesehatan pada kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group* di RW 03 dan RW 04 tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres yaitu dengan melatih cara melakukan latihan relaksasi progresif.
2. Memonitor kemampuan lansia dalam melakukan latihan relaksasi progresif secara rutin sebanyak 2 kali sehari selama 2 minggu dengan

memberikan format jadwal pelaksanaan latihan relaksasi progresif yang harus dilakukan oleh lansia atau keluarga di rumah.

3. Memfasilitasi lansia untuk mengukur tingkat stres yang dimiliki dan mekanisme coping yang dilakukan jika menghadapi masalah pada pertemuan pertama dan keempat kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group*.
4. Memfasilitasi keluarga untuk memotivasi dan menemani, dan mengawasi lansia dalam melakukan kegiatan olah raga secara rutin setiap pagi dimulai dengan olah raga berjalan (*walking*) selama 30 menit dan mengikuti senam lansia 1 kali seminggu untuk meningkatkan kebugaran fisik, meningkatkan sosialisasi sehingga dapat mencegah stres pada lansia dengan gastritis, serta melakukan dokumentasi pelaksanaan olah raga tersebut dalam format yang diberikan oleh residen pada kegiatan kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group*.
5. Membuat media pendidikan kesehatan tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres dalam bentuk *leaflet*, *booklet*, dan lembar balik.
6. Menyebarkan media pendidikan kesehatan dan melakukan penyuluhan kesehatan pada masyarakat tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres melalui kegiatan Posbindu, Pengajian tingkat RW dan tingkat RT, serta pada pertemuan Tim Penggerak PKK tingkat RW di RW 03 dan RW 04
7. Memfasilitasi pendampingan kegiatan senam lansia oleh Pokjakes dan Kader Posbindu.

4.3.4 Evaluasi dan Rencana Tindak Lanjut Asuhan Keperawatan komunitas

Diagnosis keperawatan komunitas pertama : risiko terjadinya peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perforasi, perdarahan pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujuaya Kecamatan Cipayung Kota Depok berhubungan dengan kurang kemampuan terkait pencegahan dan perawatan penyakit gastritis.

Evaluasi :

1. Jumlah lansia yang berkunjung pada kegiatan Posbindu di RW 04 mengalami peningkatan sebesar 18% dari 21,79% pada bulan Januari 2010 menjadi 38,74% pada bulan April 2010). Pada bulan Januari 2010 adalah 17 orang dari 78 lansia (cakupan pelayanan hanya 21,79%), bulan Februari adalah 18 orang dari 78 orang lansia di RW 04 Kelurahan Ratujuaya (cakupan pelayanan 23%). Pada tanggal 12 Maret 2010 dihadiri 22 orang (28,2%), dan pada tanggal 19 April 2010 dihadiri oleh 31 orang (39,74%).
2. Terjadi peningkatan pengetahuan lansia dan keluarga tentang pencegahan dan perawatan penyakit gastritis (Nilai rerata pretest 62,1 menjadi 89,1)
3. Terjadi peningkatan sikap keluarga dalam mendukung perawatan lansia dengan gastritis (dari 76,2 menjadi 97,6)
4. Terjadi perubahan perilaku positif pada lansia dengan gastritis : a) Jumlah lansia yang memiliki pola makan yang tidak teratur mengalami penurunan sebesar 52,3% yaitu dari 29 orang (69%) menjadi 7 orang (16,7%); b) Jumlah lansia yang memiliki kebiasaan makan yang asam atau pedas mengalami penurunan sebesar 21,4% yaitu dari 22 orang (52,4%) menjadi 13 orang (31%); c) Jumlah lansia yang mengkonsumsi OAINS mengalami penurunan sebesar 47,6% yaitu dari 33 orang (78,5%) menjadi 13 orang (30,9%).
5. Terjadi penurunan tingkat nyeri lansia dengan gastritis (Nilai rerata intensitas nyeri yang dirasakan lansia dengan gastritis mengalami penurunan sebesar 1,02 atau mengalami penurunan sebesar 44,2% (dari 1,83 menjadi 0,81).

Rencana tindak lanjut : 1) Pengelolaan keberlanjutan kelompok swabantu lansia gastritis dan kelompok *peer* dikoordinir oleh kelompok pendukung (*support group*) dengan tetap mendampingi pelaksanaan kegiatan kelompok swabantu dan kelompok *peer* di wilayah RW 03 dan RW 04; 2) Pengelolaan keberlanjutan kegiatan kelompok dilakukan dengan cara terintegrasi dengan program Bina Keluarga Lansia (BKL) dalam bentuk kegiatan proses kelompok; 3) lakukan penyegaran tentang cara melakukan perawatan pada lansia dengan gastritis secara berkala pada kegiatan kelompok; 3) Kader Posbindu yang telah mendapatkan pelatihan dapat melanjutkan kegiatan pembinaan kegiatan kelompok dan keluarga yang merawat lansia dengan gastritis; 5) Pembentukan kelompok swabantu dan *peer group* tambahan di RW 03 dan RW 04; 6) Dinas Kesehatan, Puskesmas, Pokjakes hendaknya dapat melakukan supervisi berkala terhadap upaya berbasis masyarakat seperti kelompok swabantu, *peer group*, kelompok pendukung dan mengupayakan pelayanan konseling pada keluarga atau lansia dengan gastritis yang berisiko tinggi atau sudah mengalami komplikasi perdarahan saluran cerna.

Diagnosis keperawatan komunitas kedua : Manajemen stres tidak efektif pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratu Jaya Kecamatan Cipayung Kota Depok berhubungan dengan kurang kemampuan menghadapi stres dan teknik reduksi stres.

Evaluasi :

1. Terjadi peningkatan pengetahuan lansia dan keluarga tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres (rerata nilai pretest 69,1 menjadi 79,1).
2. Terjadi penurunan kekambuhan gastritis pada lansia dengan gastritis (Jumlah lansia yang sering mengalami kekambuhan gastritis mengalami penurunan sebesar 9,5% yaitu dari 20 orang (47,6%) menjadi 16 orang (38,1%)

3. Terjadi penurunan tingkat stres pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 sebagai berikut : tingkat stres berat menurun sebesar 100% yaitu dari 2 orang (4,8%) menjadi 0%, dan tingkat stres sedang mengalami penurunan sebesar 19% yaitu dari 14 orang (33,3%) menjadi 6 orang (14,3%).
4. Terjadi penurunan jumlah lansia yang memiliki coping maladaptif sebesar 7,2% yaitu dari 7 orang (16,7%) menjadi 4 orang (9,5%).
5. Terjadi peningkatan jumlah lansia yang melakukan kegiatan olah raga secara teratur untuk mencegah stres sebesar 56,3% yaitu dari 11 orang (26,2%) menjadi 29 orang (69%).

Rencana tindak lanjut : 1) Lakukan penyuluhan tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres pada kegiatan Posbindu, Pengajian setiap RW, dan senam lansia dengan menggunakan berbagai media yang lebih menarik; 2) lakukan penyegaran tentang cara melakukan latihan relaksasi progresif pada lansia dengan gastritis secara berkala pada kegiatan kelompok; 3) Kader Posbindu yang telah mendapatkan pelatihan manajemen stres dan latihan relaksasi progresif dapat melanjutkan kegiatan pembinaan kegiatan kelompok dan keluarga yang merawat lansia dengan gastritis yang mengalami stres; 6) Dinas Kesehatan, Puskesmas, Pokjakes hendaknya dapat melakukan supervisi berkala terhadap upaya berbasis masyarakat seperti kelompok swabantu, *peer group*, kelompok pendukung dan mengupayakan pelayanan konseling pada keluarga atau lansia dengan gastritis yang mengalami stres psikologis.

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan tentang pembahasan hasil pelaksanaan pengelolaan pelayanan, asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia dengan penyakit gastritis terkait upaya pencegahan kekambuhan penyakit gastritis, penurunan intensitas nyeri dan penurunan tingkat stres serta mekanisme coping lansia dengan gastritis berdasarkan kerangka kerja teoritikal yang telah disusun. Kerangka kerja teoritikal bertujuan untuk meningkatkan praktik keperawatan dengan memberikan pedoman dalam melakukan pengumpulan data dan interpretasi data secara jelas dan terorganisir sehingga memudahkan perawat untuk mendiagnosis dan mengatasi masalah.

5.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas

Masalah manajemen utama yang diidentifikasi oleh residen dalam pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas pada agregat lansia dengan gastritis berdasarkan analisis situasi yang telah dilakukan adalah belum optimalnya peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya terhadap kelompok lansia dengan gastritis karena belum optimalnya pemberdayaan kader Posbindu, dan belum optimalnya pemanfaatan Posbindu untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk pada lansia dengan gastritis. Sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah tersebut, kegiatan pengelolaan yang telah dilakukan adalah (1) Pembentukan dan peresmian Posbindu Dahlia di RW 03 dengan melakukan perekrutan kader Posbindu di RW 03, (2) Pelatihan Kader Posbindu di RW 03 dan penyegaran kader Posbindu di RW 04 tentang pencegahan dan perawatan penyakit gastritis, (3) Pembentukan kelompok pendukung lansia

gastritis (*support group*), pengoptimalan peran kader Posbindu dalam kegiatan kelompok (*self help group* dan *peer group*), dan (4) Pengoptimalan peran kader Posbindu dalam meningkatkan cakupan kunjungan lansia ke Posbindu.

Hasil evaluasi didapatkan bahwa telah terbentuk 4 Posbindu baru di Kelurahan Ratujuaya sehingga terdapat 9 Posbindu dari 10 RW yang ada. Posbindu baru yang terbentuk termasuk Posbindu Dahlia di RW 03 yang menjadi wilayah binaan penulis. Dengan terbentuknya Posbindu baru tersebut diharapkan cakupan pelayanan kesehatan pada lansia meningkat sehingga derajat kesehatan lansia dapat ditingkatkan. Posbindu atau Pos Pembinaan Terpadu merupakan wadah dalam pembinaan kelompok usia lanjut, sebagai bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang diselenggarakan untuk meningkatkan cakupan, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan (Depkes, 2003). Posbindu juga merupakan suatu upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau secara ekonomi dan jarak tempuh.

Pengembangan dan pembinaan Posbindu untuk menciptakan pelayanan bagi lansia dengan gastritis merupakan suatu bentuk pemanfaatan sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Melalui kegiatan Posbindu diharapkan cakupan pelayanan kesehatan pada lansia dapat meningkat karena Posbindu yang dibentuk dan diselenggarakan di masing-masing RW dapat menjadi tempat pelayanan kesehatan yang terjangkau dan ekonomis bagi para usia lanjut dengan berbagai masalah kesehatan termasuk lansia dengan gastritis.

Bertambahnya jumlah Posbindu baru diikuti pula dengan bertambahnya jumlah kader Posbindu yang ada. Jumlah kader yang direkrut di masing-masing Posbindu baru yang dibentuk adalah rata-rata 10 orang sehingga jumlah kader Posbindu baru di Kelurahan Ratujuaya adalah 40 orang, Dengan demikian maka total jumlah kader Posbindu di Kelurahan Ratujuaya adalah kurang lebih 90 orang. Hal ini

merupakan hal yang positif dan dapat menjadi peluang bagi peningkatan pelayanan kesehatan bagi lansia.

Peningkatan dari segi kuantitas yang meliputi peningkatan jumlah Posbindu yang dibentuk dan jumlah kader posbindu juga harus ditunjang dengan peningkatan kualitas pelayanan. Keberlanjutan program Posbindu juga sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan yang diberikan. Salah satu faktor yang menentukan kualitas pelayanan Posbindu adalah kemampuan kader Posbindu dalam memberikan pelayanan kepada lansia dan ketersediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelayanan. Huber (2006) menyebutkan bahwa pengorganisasian berarti memobilisasi sumberdaya material dan manusia untuk mencapai apa yang dibutuhkan. Dengan demikian maka peningkatan kualitas sumber daya manusia khususnya kader Posbindu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia adalah merupakan hal yang sangat penting dalam menjamin keberlangsungan kegiatan Posbindu dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan pada lansia.

Salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader Posbindu adalah dengan melalui kegiatan pelatihan dan penyegaran kader Posbindu. Hal ini sesuai dengan pendapat McNamara (1999 dalam Huber, 2006) yang menyatakan bahwa pengorganisasian sumber daya manusia dapat dilakukan dengan melakukan pelatihan dan pengembangan.

Pelatihan dan penyegaran kader Posbindu yang dilakukan oleh residen difokuskan pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader Posbindu dalam merawat lansia dengan gastritis, dan peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader Posbindu tentang manajemen stres untuk menurunkan stres pada lansia dengan gastritis sehingga dapat mencegah kekambuhan gastritis. Melalui pelatihan yang didapatkan diharapkan kader dapat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik sehingga kader lebih percaya diri dalam menyelenggarakan tugas (Azwar, 1996).

Upaya pelatihan dan penyegaran kader yang dilakukan menunjukkan hasil yang positif terhadap tingkat pengetahuan kader Posbindu dalam pencegahan dan perawatan lansia dengan gastritis. Rerata nilai *pretest* adalah 37,24 dan rerata nilai *posttest* adalah 63,30. Hasil pelatihan kader Posbindu ini menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan kader Posbindu terkait pelayanan Posbindu, pencegahan dan perawatan lansia dengan gastritis, serta manajemen stres sebesar 70 %. Selain peningkatan pengetahuan, kader juga diharapkan terampil dalam memberikan pelayanan kesehatan tertentu kepada lansia.

Peningkatan keterampilan kader dalam memberikan pelayanan kesehatan pada lansia dengan gastritis dievaluasi oleh residen melalui observasi pada kegiatan Posbindu. Hasil observasi menunjukkan bahwa kader RW 04 sudah mampu melakukan pendidikan kesehatan secara mandiri di Meja IV secara individual kepada masing-masing lansia berdasarkan faktor risiko gastritis yang dimiliki, dan mampu melakukan penyuluhan kesehatan dengan mengumpulkan lansia bersama-sama atau berkelompok. Berdasarkan hal tersebut maka tindak lanjut kegiatan yang akan dilakukan oleh residen adalah menyusun rencana penyuluhan kesehatan secara rutin pada kegiatan Posbindu oleh kader Posbindu berdasarkan masalah kesehatan prioritas yang dialami lansia di wilayah masing-masing.

Kader merupakan relawan dalam masyarakat yang dipandang memiliki keluwesan dalam hubungan kemanusiaan dan lain sebagainya (Depkes, 2003). Dengan demikian maka kader memiliki potensi yang sangat besar sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan pada masyarakat. Pemberdayaan kader juga merupakan solusi dari adanya keterbatasan sumber daya petugas kesehatan yang ada sehingga program-program yang ada tetap dapat dijalankan sampai kepada masyarakat. Kegiatan manajemen pelayanan masih bisa terselenggara dengan baik meskipun dengan keterbatasan sumber daya, melalui pemberdayaan sumber daya di masyarakat, pembagian tugas dan peran yang jelas serta garis komando yang jelas. Hal ini sesuai dengan Marquis & Houston, 2000 yang menyatakan

bahwa melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia maupun bukan manusia) seharusnya dapat dipadukan dan diatur seefisien mungkin untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Residen juga melakukan peningkatan kemampuan dan peran kader dan masyarakat dalam melakukan kegiatan kelompok melalui pembentukan kelompok pendukung (*support group*). Kelompok pendukung (*social support group*) adalah salah satu bentuk dukungan sosial yang diberikan kepada orang lain dengan tujuan untuk promosi kesehatan atau saling memotivasi (Fleming dan Parker, 2001). Kelompok pendukung menurut Randall (2003) adalah tempat dimana orang-orang dapat saling memberi dan menerima, sehingga saling tukar menukar informasi seperti informasi medik. Dapat disimpulkan bahwa kelompok pendukung adalah kumpulan orang yang ingin memberikan dukungan kepada orang lain dengan tujuan untuk promosi kesehatan atau saling memotivasi.

Kelompok pendukung dapat dibentuk bagi orang yang mempunyai pengalaman dan sama-sama punya minat yang sama dengan ketertarikan umum (Randall, 2003). Kader dan anggota masyarakat yang memiliki pengalaman merawat anggota keluarga dengan gastritis dapat menjadi anggota kelompok pendukung sehingga pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki dapat digunakan untuk memberikan dukungan pada lansia gastritis. Lebih lanjut Pender et.al (2002) menjelaskan tentang kelompok dukungan sosial adalah kelompok yang berfungsi untuk meningkatkan kekuatan pribadi dari anggota kelompok dan pencapaian tujuan hidup. Penelitian juga mengindikasikan bahwa sistem dukungan sosial dapat meningkatkan perilaku kesehatan.

Terdapat tiga jenis dukungan sosial yang dapat diperoleh melalui kegiatan kelompok yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dan dukungan instrumental (Miller, 2004; Stanhope, 2004; Hitchcock, Schubert, & Thomas,

2001). Kader sebagai *support system* bagi lansia diharapkan dapat memberikan dukungan baik dukungan emosional, informasi dan instrumental kepada lansia.

Melalui kelompok pendukung lansia gastritis di RW 03 maupun RW 04, penulis meningkatkan pengetahuan dan keterampilan anggota kelompok pendukung dalam memberikan dukungan baik dukungan informasional, dukungan emosional dan dukungan instrumental terhadap kelompok lansia gastritis. Bentuk kegiatan yang dilakukan dalam kelompok pendukung adalah pemberian materi tentang deteksi dini tanda dan gejala gastritis, deteksi dini tanda dan gejala komplikasi gastritis, deteksi dini tanda dan gejala stres dan mekanisme coping, manajemen stres, manajemen nyeri gastritis, latihan melakukan penyuluhan kesehatan, latihan memimpin teknik relaksasi progresif, dan kunjungan rumah pada keluarga lansia dengan gastritis.

Pertemuan kelompok pendukung baik di RW 03 maupun RW 04 dilakukan sebanyak 4 kali pertemuan. Pertemuan yang direncanakan oleh kelompok pendukung tergantung dari fokus atau permasalahan dari anggota-anggota yang didukungnya. Beberapa kelompok ada yang dibentuk hanya 4-8 minggu tapi ada yang sampai bertahun-tahun (Randall, 2003). Pembentukan kelompok pendukung ini diharapkan terus berlanjut sampai dirasa permasalahan yang dihadapi kelompok terselesaikan.

Evaluasi kemampuan kader dalam memberikan dukungan informasional, emosional dan instrumental dilakukan melalui Observasi kemampuan kader melakukan penyuluhan kesehatan, memimpin kelompok lansia (*self-help group* dan *peer group*) melakukan latihan relaksasi progresif, dan evaluasi kemampuan kader dalam melakukan kunjungan rumah.

Evaluasi kemampuan kader melakukan penyuluhan kesehatan dan memimpin latihan relaksasi progresif dilakukan 2 kali pada kegiatan Posbindu dan kegiatan

kelompok (*peer group*). Observasi dilakukan terkait komponen (a) kejelasan instruksi atau materi yang diberikan, (b) intonasi suara, (c) kecepatan berbicara, dan (d) kemampuan lansia untuk mengikuti gerakan yang dipimpin oleh kader (lihat lampiran). Hasil evaluasi menunjukkan bahwa kemampuan kader RW 04 dalam memberikan penyuluhan meningkat sebesar 42% (rerata nilai sebelum pelatihan adalah 61 dan rerata nilai setelah pelatihan adalah 76,62); dan kemampuan kader dalam memimpin latihan relaksasi progresif dalam kelompok adalah baik dengan nilai rata-rata 79,15

Evaluasi kemampuan kader dalam melakukan kunjungan rumah dilakukan dengan mendampingi kader melakukan kunjungan ke rumah keluarga lansia dengan gastritis dan menilai kemampuan kader dalam melakukan pendidikan kesehatan kepada lansia dan keluarga dan cara melakukan komunikasi yang asertif. Evaluasi terdiri dari 14 komponen kegiatan meliputi tahap persiapan, tahap orientasi, tahap kerja, komunikasi, dan terminasi dengan memberikan point (1) jika tindakan dilakukan dan point (0) jika tindakan tidak dilakukan. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa kemampuan kader dalam melakukan kunjungan rumah cukup baik dengan nilai 57,14 (lampiran).

Berdasarkan hasil evaluasi tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa kader Posbindu sebagai kelompok pendukung lansia gastritis telah mampu memberikan dukungan informasional dan emosional yang dibutuhkan oleh lansia dengan gastritis.

Motivasi kader untuk mengikuti kegiatan kelompok cukup tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan kehadiran kader Posbindu dalam setiap kali kegiatan kelompok swabantu dan *peer group* di RW 04 adalah rata-rata 3 orang kader Posbindu dari 10 orang kader Posbindu (30%); dan di RW 03 adalah rata-rata 5 orang dari 10 kader yang ada (50%). Data ini menunjukkan bahwa ada perbedaan motivasi kader di RW 03 dan RW 04. Kader Posbindu di RW 03 merupakan

kader yang baru direkrut dan dilatih sehingga masih memiliki semangat dan keingintahuan yang tinggi untuk mengaplikasikan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki, sedangkan kader Posbindu di RW 04 merupakan kader yang sudah lama dilatih. Dengan demikian maka pelatihan dan penyegaran kader sebaiknya dilakukan secara berkala minimal 1 tahun sekali untuk mempertahankan dan meningkatkan motivasi kader Posbindu dalam memberikan pelayanan kesehatan pada lansia dengan berbagai masalah kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut maka peran kader Posbindu sebagai *support system* atau sumber dukungan bagi kelompok lansia dengan gastritis sangat penting terutama dalam memfasilitasi kegiatan kelompok untuk menyelesaikan masalah gastritis pada lansia di Kelurahan Ratujuaya. Kegiatan kelompok seperti kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group* sudah merupakan kebutuhan bagi lansia dan merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang efektif dalam menyelesaikan masalah kesehatan pada lansia. Melalui kegiatan kelompok lansia dapat melakukan sosialisasi, mendapatkan dukungan informasional dan dukungan emosional dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Stanhope & Lancaster (2003) menyatakan bahwa kelompok merupakan cara yang efektif untuk masuk dan mengimplementasikan perubahan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Kelompok terapi bertujuan untuk membantu individu dalam mencapai tujuan yang tidak dapat dicapai sendiri, membantu anggota meningkatkan pengetahuan tentang masalah yang dihadapi, mengklarifikasi perubahan yang akan dicapai dan memberikan alat atau cara untuk mencapai perubahan (Corey & Corey, 1997 dalam Lindquis & Snyder, 2002).

Rencana tindak lanjut kegiatan yang akan dilakukan oleh penulis adalah menindaklanjuti keberlanjutan pembinaan, monitoring dan supervisi peran kader dalam melakukan kegiatan kelompok oleh Puskesmas dan Pokjakes Kelurahan Ratujuaya sehingga kegiatan kelompok dapat terus berjalan sesuai dengan kebutuhan lansia.

Hasil yang cukup menggembirakan tersebut tidak terlepas dari adanya faktor faktor pendukung selama penulis melakukan program penyelesaian masalah pelayanan keperawatan komunitas yang ada. Faktor faktor pendukung kegiatan residen adalah 1) motivasi kader yang tinggi dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat pada umumnya dan pada lansia dengan gastritis pada khususnya; 2) Partisipasi aktif dari kader dalam mengikuti kegiatan pelatihan maupun kegiatan kelompok yang dilakukan; 3) Partisipasi aktif dari aparat pemerintah mulai dari tingkat kelurahan hingga tingkat RW, tokoh masyarakat (Pokjakes, TP PKK, Kader RW siaga dalam bentuk waktu, tenaga dan biaya); 4) Dukungan dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan dalam penyelenggaraan kegiatan; serta 5) adanya jaring komunikasi pelayanan kesehatan lansia

Partisipasi penuh masyarakat dan pihak pihak yang terkait sangat penting dalam melakukan perubahan. Partisipasi yang diberikan dapat juga berupa wawasan dan ide yang dapat memperkaya rencana perubahan yang dilakukan. Partisipasi tersebut dapat membantu menghadapi hambatan dan mengurangi resistensi terhadap perubahan (Allender & Sprandey, 2001).

Hambatan yang dialami oleh residen dalam pelaksanaan kegiatan antara lain : 1) Terbatasnya peralatan dan media yang digunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan di Posbindu; 2) Tempat Posbindu yang kurang memadai terutama untuk melakukan penyuluhan kesehatan; 3) keterbatasan dana untuk meningkatkan fasilitas Posbindu; 4) Jadwal Posbindu yang berubah-ubah karena keterbatasan tenaga medis dari Puskesmas yang membantu pelayanan kesehatan di Posbindu.

Faktor penghambat tersebut diatas dapat mengakibatkan rendahnya kunjungan lansia ke Posbindu sehingga berdampak pada rendahnya cakupan pelayanan kesehatan pada lansia. Tidak jelasnya jadwal Posbindu seharusnya dapat

diantisipasi dengan membuat jaring komunikasi (jarkom) dari tingkat Puskesmas, ketua kader Posbindu tingkat RW, sampai kader Posbindu di masing-masing RT untuk dapat memberikan informasi secara lebih jelas tentang waktu pelaksanaan Posbindu dan segera dapat melakukan penyebaran informasi kepada masyarakat jika ada perubahan jadwal Posbindu sehingga informasi tentang waktu pelaksanaan yang jelas dapat diterima oleh masyarakat. Pemberian informasi dari kader tingkat RT kepada masyarakat dapat dilakukan melalui kegiatan pengajian tingkat RT, atau melakukan pengumuman di musholla atau majelis taklim di tingkat RT atau langsung memberikan informasi ke rumah lansia yang ada di lingkungan tempat tinggal kader Posbindu.

Masalah manajemen kedua yang menjadi fokus residen adalah belum optimalnya kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu di Kelurahan Ratu Jaya Depok karena belum optimalnya jalur komunikasi dan koordinasi yang jelas untuk pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis. Upaya yang telah dilakukan residen untuk menyelesaikan masalah tersebut adalah melakukan koordinasi lintas bidang dengan melibatkan Dinas Kesehatan, Puskesmas, RW Siaga, dan Pokjakes Kelurahan Ratu Jaya, dan koordinasi lintas sektor dengan DPPKB, dan TP PKK untuk meningkatkan pembinaan pada agregat lansia dengan gastritis baik dalam melakukan perencanaan upaya penyelesaian masalah yang ditemukan pada agregat lansia dengan gastritis, maupun dalam pelaksanaan kegiatan seperti kegiatan pelatihan kader Posbindu, pelaksanaan Posbindu, dan kegiatan kelompok.

Hasil akhir yang didapatkan menunjukkan bahwa Dinas kesehatan dan Puskesmas telah terlibat dalam kegiatan perencanaan dan pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh residen. Hal ini ditunjukkan dengan kehadiran Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Depok, Kepala Puskesmas Pancoranmas, Kepala Puskesmas Cipayung, Lurah Ratu Jaya, LPM Ratu Jaya, dan Pokjakes Ratu Jaya dalam kegiatan lokakarya mini masyarakat setiap sebulan.

sekali dan lokakarya mini kesehatan yang dilakukan 3 kali. Selain itu juga didapatkan bantuan dana operasional Posbindu sebesar Rp 250.000 untuk periode tahun 2009 oleh DPPKB. Hal ini mengindikasikan bahwa pihak-pihak yang terlibat telah termotivasi untuk mengatasi masalah yang ditemukan dan mulai terjalin komunikasi dalam menjalankan kegiatan. Keterlibatan berbagai pihak dalam menjalankan kegiatan merupakan bentuk kemitraan, dimana terdapat upaya menjalin kerjasama dengan pemerintah, organisasi kemasyarakatan, dan pihak-pihak terkait lainnya yang ada di masyarakat guna mendapatkan dukungan dan menyukseskan kegiatan yang direncanakan (Helivie, 1998; Allender & Spradley, 2005).

Kehadiran wakil dari Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Lurah Ratu Jaya, Pokjakes ratu jaya, dan LPM adalah dalam rangka melakukan supervisi, memberikan arahan, dan memberikan motivasi kepada kader Posbindu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia. Robbins, Bergman dan Stagg (1997) menerangkan bahwa hal ini merupakan pelaksanaan fungsi pengarahan yaitu memotivasi pihak-pihak yang terlibat, mengarahkan orang lain, memilih jalur komunikasi yang paling efektif, dan menyelesaikan konflik.

Keterlibatan Puskesmas dan Pokjakes juga ditunjukkan dengan menghadiri kegiatan Posbindu di RW 03 dan RW 04, meskipun tidak dihadiri oleh Dinas Kesehatan, Lurah Ratu Jaya, dan LPM. Namun kehadiran petugas Puskesmas dan Pokjakes pada kegiatan Posbindu kurang dimanfaatkan untuk memberikan pengarahan dan memotivasi kader maupun lansia dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Petugas Puskesmas hanya berfokus pada pelayanan medis pengobatan tanpa memberikan arahan dan motivasi terhadap kader maupun lansia.

Keterlibatan Puskesmas dan Pokjakes juga masih minimal pada kegiatan kelompok masyarakat seperti kelompok swabantu (*self-help group*), *peer group*

dan *support group* yang ditunjukkan dengan ketidakhadiran dalam kegiatan yang diadakan oleh residen. Kondisi ini tidak sesuai dengan prinsip-prinsip dalam menghasilkan perubahan yang positif dan belum memenuhi pelaksanaan fungsi pengarahan yang baik dimana penting adanya komunikasi yang efektif untuk memotivasi pihak-pihak yang terlibat, menyelesaikan konflik, serta memberikan pengarahan yang dibutuhkan dalam melakukan proses pengarahan (Azwar, 1996).

Pelaksanaan kegiatan untuk mengoptimalkan lintas bidang dan lintas sektor dalam pelaksanaan pembinaan kesehatan kelompok lansia gastritis sebagai bagian dari pelaksanaan fungsi pengarahan dalam pengelolaan pelayanan kepada lansia dengan gastritis yang telah dilakukan oleh residen didukung oleh beberapa faktor antara lain : 1) Dukungan dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, Lurah, LPM, TP PKK, dan Pokjakes dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan karena sejalan dengan program-program yang dicanangkan oleh Dinas Kesehatan antara lain stratifikasi Posbindu dan RW siaga; 2) Dukungan dari RW/RT beserta jajarannya; dan 3) Motivasi kader yang tinggi dalam mengikuti kegiatan.

Faktor penghambat pelaksanaan kegiatan residensi yang dilakukan adalah : 1) Belum adanya supervisi secara berkala terhadap kegiatan Posbindu maupun kegiatan kelompok masyarakat mandiri; 2) Belum ada penilaian secara berkala terkait kinerja atau kemampuan kader dalam memberikan penyuluhan kesehatan dan menyelenggarakan kegiatan kelompok; 3) Belum adanya program dari Dinas Kesehatan khusus mengenai pembentukan dan penyelenggaraan kegiatan kelompok lansia dan belum adanya program peningkatan pengetahuan dan pelatihan kader Posbindu dalam menyelenggarakan kegiatan kelompok masyarakat mandiri; dan 4) Belum adanya program khusus terkait penanganan faktor risiko gastritis pada lansia antara lain program manajemen stres.

Faktor penghambat yang ditemui residen merupakan dampak dari belum optimalnya pelaksanaan fungsi pengarahan dan pengontrolan kegiatan pembinaan

dan pengembangan Posbindu. Belum optimalnya fungsi pengontrolan yang dilakukan dari Dinas Kesehatan kepada Puskesmas, dan dari Puskesmas kepada kader kesehatan Posbindu akan sangat mempengaruhi optimalisasi dan keberlangsungan pelaksanaan kegiatan pelayanan.

5.2 Asuhan Keperawatan Keluarga dan Komunitas Pada Agregat Lansia dengan Gastritis

5.2.1 Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga pada agregat lansia dengan gastritis dilaksanakan dengan menerapkan model *Family Centered Nursing*. Dalam asuhan keperawatan keluarga pada agregat lansia dengan gastritis residen ingin berfokus pada keluhan yang dialami atau kebutuhan lansia dengan gastritis seperti penatalaksanaan nyeri yang dirasakan, penurunan tingkat stres yang dialami, dan mekanisme koping lansia dengan gastritis yang dapat mempengaruhi kekambuhan gastritis dan status nutrisi lansia dengan gastritis. Wright & Leahey (2000, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) menjelaskan bahwa keputusan untuk menentukan keputusan terhadap intervensi yang akan dilakukan terletak pada minat dan motivasi keluarga, level fungsi keluarga, level keterampilan perawat dan ketersediaan sumber daya. Dalam hal ini ketertarikan dan minat keluarga dan lansia dengan gastritis masih berpusat pada nyeri yang dirasakan, stres yang dialami dan mekanisme koping yang dilakukan oleh lansia, sehingga perawat harus mengutamakan hal tersebut terlebih dahulu.

Hasil pengkajian dan analisis data yang dilakukan residen terhadap 10 keluarga binaan memunculkan 2 diagnosis keperawatan keluarga utama, yaitu risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat lansia dengan gastritis serta risiko pola

pemeliharaan kesehatan inefektif berhubungan dengan ketidakmampuan lansia mengatasi stres.

Menurut Wilkinson (2002), risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh merupakan suatu keadaan dimana individu berisiko mengalami kekurangan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Sedangkan risiko ketidakefektifan regimen terapeutik adalah keadaan dimana individu atau keluarga berisiko tidak dapat melakukan suatu pola pengaturan dan pengintegrasian terhadap penanganan penyakit dan dampak penyakit bagi anggota keluarganya untuk mencapai tujuan kesehatan yang diharapkan (McFarland & McFarlane, 1997).

Risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat disebabkan oleh gejala yang dialami oleh lansia yang mempengaruhi berkurangnya asupan nutrisi antara lain keluhan mual, nyeri, adanya pola makan yang tidak teratur serta kurangnya pengetahuan dan keterampilan lansia dan keluarga dalam merawat lansia dengan penyakit gastritis. Sedangkan risiko ketidakefektifan regimen terapeutik dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan kemampuan keluarga dan lansia dalam melakukan manajemen stres dan teknik reduksi stres.

Intervensi yang dilakukan untuk mencegah gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan difokuskan untuk meningkatkan asupan nutrisi secara teratur pada lansia melalui terapi modifikasi perilaku. Tindakan yang dilakukan adalah melakukan pendidikan kesehatan dalam bentuk *guiding*, *coaching* dan konseling terkait pengaturan jadwal makan lansia dengan gastritis secara teratur dengan menghindari makanan yang bersifat asam atau pedas sebanyak minimal 3 kali sehari selama 2 minggu, modifikasi perilaku, dan melatih keluarga dan lansia cara mengatasi nyeri jika kambuh.

Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan keluarga yang telah dilakukan menunjukkan bahwa dalam 2 minggu intervensi telah terjadi perubahan perilaku pola makan menjadi teratur dengan menghindari makanan yang asam dan pedas serta mengandung gas, serta terjadi penurunan intensitas nyeri dan penurunan frekuensi kekambuhan gastritis yang dirasakan. Dengan demikian maka asupan nutrisi yang kuat dapat diberikan kepada lansia dengan gastritis sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan. Keberhasilan tersebut merupakan hasil dari partisipasi aktif keluarga dan lansia dalam *guidance, coaching* dan konseling tentang merawat lansia dengan gastritis.

Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan perilaku positif (Riyanto, 2002). Pemberian informasi melalui pendidikan kesehatan dalam bentuk *guidance* pada keluarga ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara mencegah dan merawat anggota keluarga dengan gastritis sehingga diharapkan dapat menimbulkan perilaku positif berupa peningkatan kemampuan dan keterampilan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gastritis juga akan meningkat. Peningkatan keterampilan lansia dan keluarga dalam mencegah dan mengatasi nyeri gastritis dapat menurunkan atau meminimalisir keluhan yang dirasakan antara lain intensitas nyeri yang dirasakan lansia dengan gastritis akan berkurang dan kekambuhan gastritis dapat dicegah.

Modifikasi perilaku yang dilakukan terkait pengaturan pola makan secara teratur merupakan suatu upaya untuk menghilangkan faktor risiko gastritis yang dirasakan sehingga dapat mencegah kekambuhan gastritis pada lansia. Pola makan teratur merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan kekambuhan gastritis (Maulidiyah, 2006).

Terkait dengan masalah risiko pola pemeliharaan kesehatan inefektif, McFarland dan McFarlane (1997) menjelaskan bahwa tujuan dari pola pemeliharaan kesehatan yang efektif mencakup dilakukannya penanganan yang efektif dan pencegahan terhadap munculnya masalah kesehatan yang spesifik, dalam hal ini adalah penanganan dan pencegahan risiko kekambuhan gastritis pada lansia dengan gastritis. Sebagai *caregiver* primer bagi anggota keluarganya, keluarga merupakan sistem dasar dimana pola pemeliharaan kesehatan dilakukan. Keefektifan fungsi keluarga sering mempengaruhi keterampilan dalam mengatur pola pemeliharaan kesehatan.

Intervensi yang dilakukan untuk mencegah risiko pola pemeliharaan kesehatan inefektif difokuskan untuk meningkatkan keterampilan keluarga dan lansia dalam manajemen stres dan melakukan teknik relaksasi progresif untuk reduksi stres. Tindakan yang dilakukan adalah melakukan pendidikan kesehatan dalam bentuk *guiding*, *coaching* dan konseling terkait pengaturan jadwal melakukan teknik relaksasi progresif secara rutin 2 kali sehari selama 2 minggu serta memfasilitasi pemberian dukungan informasi dan dukungan emosional antara keluarga dan lansia dalam bentuk keluarga menyediakan waktu bercerita dan berkumpul bersama lansia untuk mendengarkan pendapat dan keluhannya; melakukan komunikasi atau mengunjungi anggota keluarga yang lain; memotivasi dan menemani lansia mengikuti kegiatan kelompok yang ada di lingkungan seperti kelompok pengajian, senam lansia, kelompok swabantu (*self-help group*), dan *peer group*; serta memotivasi dan menemani lansia dalam melakukan aktivitas fisik olah raga secara teratur dimulai dengan berjalan pagi selama 15-30 menit setiap hari hingga menemani mengikuti senam lansia yang rutin dilakukan 1 kali seminggu. Tindakan tersebut ditujukan untuk mencegah stres pada lansia dan mendapatkan dukungan dari keluarga dan kelompok pendukung di masyarakat.

Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan keluarga yang telah dilakukan menunjukkan bahwa dalam 2 minggu intervensi telah terjadi penurunan tingkat stres pada lansia (pengukuran menggunakan angket penilaian tingkat stres berisi 22 pertanyaan terkait tanda dan gejala stres yang dirasakan), perubahan mekanisme koping dari maladaptif menjadi adaptif (pengukuran menggunakan angket berisi 22 pertanyaan tentang mekanisme koping), dan tidak terjadi kekambuhan penyakit gastritis pada lansia (lihat lampiran). Dengan demikian maka penatalaksanaan stres yang adekuat dapat diberikan kepada lansia dengan gastritis sehingga dapat mencegah terjadinya kekambuhan gastritis pada lansia. Keberhasilan tersebut merupakan hasil dari partisipasi aktif keluarga dan lansia dalam melakukan manajemen stres untuk menurunkan stres sehingga dapat mencegah kekambuhan gastritis pada lansia.

Keberhasilan keluarga dan lansia dengan gastritis dalam mencegah risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan dan mencegah risiko pola pemeliharaan kesehatan inefektif merupakan bentuk adaptasi keluarga dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan keluarga. Menurut Friedman (1998) fungsi keluarga tersebut akan dicapai dengan penampilan peran-peran keluarga. Berfungsinya peran secara adekuat menentukan keberhasilan fungsi keluarga.

Lebih lanjut Friedman, Bowden dan Jones (2003) menjelaskan bahwa keluarga harus berespon terhadap perubahan di sepanjang siklus kehidupan, baik terhadap perubahan tumbuh kembang normal maupun terhadap stresor situasional yang dihadapi keluarga. Perubahan kondisi kesehatan lansia merupakan stresor yang harus dihadapi oleh lansia dan keluarga. Stresor tersebut membutuhkan strategi adaptasi atau koping. Jika lansia dan keluarga memiliki pengetahuan, kesiapan emosional dan kemampuan untuk menghadapi stres dan beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi, maka

tidak akan timbul perubahan peran atau komplikasi terhadap kondisi kesehatan yang dialami.

Uraian di atas menunjukkan bahwa teori *Family Centered Nursing* dapat menjelaskan perubahan peran dan fungsi keluarga dalam merawat lansia dengan gastritis. Teori ini dapat memberikan dasar tentang hal-hal yang harus menjadi perhatian perawat dalam melakukan proses keperawatan pada keluarga yang merawat lansia dengan gastritis. Dengan kata lain teori *Family Centered Nursing* sangat tepat untuk diaplikasikan dalam melakukan asuhan keperawatan pada keluarga yang merawat lansia dengan gastritis.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada keluarga yang merawat lansia dengan gastritis dapat disimpulkan bahwa pengaturan pola makan teratur minimal 3 kali sehari selama 2 minggu efektif dapat menurunkan nyeri dan menurunkan frekuensi kekambuhan nyeri gastritis. Jika dilanjutkan dengan intervensi latihan teknik relaksasi progresif secara rutin 2 kali sehari selama 2 minggu, maka dapat mencegah kekambuhan nyeri gastritis. Dengan demikian maka terapi modifikasi perilaku pengaturan pola makan dan manajemen stres antara lain latihan relaksasi progresif pada lansia dengan gastritis merupakan intervensi yang paling efektif dalam menurunkan nyeri, menurunkan stres dan mencegah kekambuhan gastritis pada lansia.

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maulidiyah (2006) yang menyatakan bahwa hampir semua penderita gastritis mengalami kekambuhan, dan faktor utama yang menyebabkan kekambuhan penyakit gastritis adalah pola makan dan stres psikologis. Dengan demikian maka pengaturan pola makan dan intervensi teknik relaksasi progresif untuk menurunkan stres adalah cara yang sangat efektif untuk mencegah kekambuhan gastritis pada lansia.

5.2.2 Asuhan Keperawatan Komunitas

Asuhan keperawatan komunitas pada agregat lansia dengan gastritis di Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok difokuskan untuk mengatasi dua diagnosis keperawatan utama yaitu : 1) Risiko peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perdarahan saluran cerna pada lansia dengan gastritis berhubungan dengan kurang kemampuan terkait pencegahan dan perawatan penyakit gastritis dan 2) Manajemen stres tidak efektif pada lansia dengan gastritis berhubungan dengan kurang kemampuan menghadapi stres dan teknik reduksi stres. Strategi intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah gastritis di Kelurahan Ratujaya, perawat komunitas melakukan strategi intervensi keperawatan komunitas yaitu proses kelompok dengan tetap memasukan teknik pendidikan kesehatan, memperhatikan prinsip kemitraan (*partnership*) dan pemberdayaan (*empowering*).

Proses kelompok ini ditempuh dengan membentuk kelompok usia lanjut yang memiliki permasalahan yang sama yaitu memiliki penyakit gastritis (*self-help group*) dan *peer group* dengan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan, Puskesmas, Pokjakes serta menerapkan prinsip pemberdayaan kader Posbindu dalam memberikan pelayanan kesehatan pada lansia melalui proses kelompok. Hal ini dilakukan dengan harapan adanya kelompok dari-oleh-untuk masyarakat yang memperhatikan populasi usia lanjut di wilayahnya sehingga dapat secara mandiri mengatasi masalah yang muncul pada populasi tersebut. Menggunakan kelompok sebagai intervensi keperawatan komunitas dapat menjadi *cost efficient treatment* dengan hasil terapeutik yang positif (Snyder & Lindquist, 2002).

Pembentukan kelompok masyarakat mandiri adalah merupakan suatu bentuk pemberdayaan masyarakat. Penelitian yang pernah dilakukan di 28 Kabupaten di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa masyarakat berpotensi untuk

diberdayakan. Pemberdayaan masyarakat diawali dengan memfasilitasi terbentuknya kelompok masyarakat mandiri berupa *self-help group* atau *peer group* di komunitas (Murtiwi dkk., 2008).

Kegiatan proses kelompok masyarakat mandiri meliputi kegiatan peningkatan pengetahuan dan keterampilan tentang perawatan kesehatan pada lansia dengan gastritis khususnya manajemen stres untuk mencegah kekambuhan gastritis. Kegiatan diantara anggota kelompok meliputi kegiatan untuk saling berbagi pengalaman tentang perawatan dan pencegahan penyakit gastritis, cara menghadapi stres, saling mengingatkan, membantu dan saling bekerja sama bila ada anggota yang sakit (Murtiwi dkk., 2008). Kegiatan proses kelompok ini dilakukan masing masing sebanyak 4 kali pertemuan dengan melibatkan kader Posbindu pada setiap kali pertemuan.

Kegiatan kelompok masyarakat mandiri juga harus ditunjang menerapkan prinsip kemitraan (*partnership*) dengan institusi atau lembaga masyarakat setempat. Dukungan dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan instansi terkait lainnya sangat penting dalam menjamin keberlangsungan kegiatan kelompok, meningkatkan motivasi masyarakat dan mempengaruhi kepatuhan penderita dalam menjalani proses pengobatan (Murtiwi dkk., 2008).

Hasil akhir pelaksanaan kegiatan kelompok menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan dan sikap lansia dan keluarga dalam mendukung perawatan lansia dengan gastritis dan terjadi perubahan perilaku positif pada lansia dengan gastritis antara lain pola makan menjadi teratur, kebiasaan makan makanan asam atau pedas serta OAINS berkurang. Selain itu juga terjadi penurunan tingkat stres, mekanisme koping maladaptif, tingkat nyeri dan frekuensi kekambuhan gastritis pada lansia.

Hasil evaluasi tersebut menunjukkan bahwa manajemen stres dalam kegiatan kelompok merupakan intervensi yang efektif dalam menyelesaikan masalah keperawatan komunitas risiko peningkatan kasus komplikasi : perdarahan saluran cerna dan manajemen stres tidak efektif pada lansia dengan gastritis di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok.

Model Adaptasi Roy memandang efek positif dari intervensi yang dilakukan merupakan respon terhadap stimulus yang dihadapi sepanjang proses adaptasi. Respon positif yang ditunjukkan oleh lansia setelah mendapatkan intervensi kelompok dapat dikategorikan sebagai suatu respon yang adaptif yaitu respon yang meningkatkan integritas sistem manusia (Roy & Andrew, 1991). Dengan kata lain lansia gastritis yang tidak mengalami komplikasi saluran cerna berupa perdarahan saluran cerna merupakan bentuk respon yang adaptif.

Respon adaptif yang ditampilkan oleh lansia dengan gastritis setelah intervensi yang dilakukan merupakan mekanisme atau perilaku adaptasi yang muncul dari 4 bentuk adaptasi, yaitu bentuk adaptasi fisiologis (peningkatan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari sebagai dampak dari penurunan intensitas nyeri yang dirasakan), bentuk adaptasi konsep diri (penurunan tingkat stres dan peningkatan mekanisme koping yang adaptif), bentuk adaptasi fungsi peran (Peningkatan peran dan fungsi perawatan keluarga yang ditunjukkan dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam melakukan perawatan pada lansia dengan gastritis), dan bentuk adaptasi interdependensi (peningkatan kemandirian lansia dalam melakukan perawatan diri yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan lansia dalam manajemen nyeri serta peningkatan pengetahuan dan keterampilan melakukan teknik reduksi stres).

Berdasarkan Model Adaptasi Roy, perilaku adaptif yang ditampilkan sebagai hasil intervensi merupakan suatu perilaku yang ditujukan untuk mencapai

tujuan kesehatan yang positif. Bila proses adaptasi tidak dapat berjalan dengan baik, maka perilaku dalam bentuk-bentuk adaptasi tersebut akan menjadi stimulus di kemudian hari (Roy & Andrew, 1991). Dengan demikian bila suatu saat terjadi peningkatan intensitas nyeri, peningkatan tingkat stres, perubahan peran atau konflik peran, atau penurunan tingkat kemandirian dalam melakukan perawatan maka kondisi ini dapat menjadi stimulus fokal bagi lansia dengan gastritis.

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa Model Adaptasi Roy dapat menjadi dasar dalam merancang intervensi untuk meningkatkan respon adaptif keluarga dan lansia dengan gastritis. Model Adaptasi Roy sendiri telah banyak digunakan dalam berbagai penelitian terkait populasi dengan masalah kesehatan tertentu. Salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Asniar (2008) yang bertujuan untuk mengeksplorasi penerapan integrasi Model Adaptasi Roy dengan *Health Promotion Model* dalam mencegah *caregiver role strain* pada caregiver pasca stroke. Dalam penelitian tersebut Model Adaptasi Roy memberikan kerangka kerja konseptual yang sangat mendukung formulasi dalam mengarahkan proses pengumpulan data dan intervensi penyelesaian masalah.

Faktor-faktor yang mendukung pelaksanaan praktik residensi keperawatan komunitas di RW 03 dan RW 04 Kelurahan Ratujaya Kecamatan Cipayung Kota Depok adalah : 1) Dukungan Pokjakes, RW dan RT setempat dalam pelaksanaan kegiatan; 2) Dukungan kader posbindu yang cukup aktif menghadiri kegiatan kelompok yang dilaksanakan; 3) Motivasi yang tinggi dari lansia dengan gastritis untuk mengikuti kegiatan kelompok; 4) Kegiatan Posbindu dapat menjadi pusat penyebaran informasi bagi masyarakat.

Faktor-faktor penghambat upaya penyelesaian masalah komunitas yang ditemukan residen adalah : 1) Kesadaran masyarakat terhadap

penanggulangan gastritis masih kurang karena menganggap bahwa gastritis belum merupakan prioritas masalah kesehatan yang harus diselesaikan dibandingkan dengan hipertensi dan rematik; 2) Letak atau jarak rumah yang cukup jauh dari tempat pelaksanaan kegiatan kelompok dapat menurunkan motivasi lansia mengikuti kegiatan kelompok; 3) Belum adanya pendampingan dari Dinas Kesehatan, Puskesmas atau institusi lain yang dapat melakukan pendampingan pada kegiatan kelompok; 4) Tidak semua lansia dengan gastritis hadir mengikuti kegiatan kelompok dan kegiatan senam lansia.

5.3 Implikasi hasil analisis pencapaian dan kesenjangan

Hasil analisis pencapaian dan kesenjangan yang diuraikan terkait pengelolaan pelayanan kesehatan pada agregat lansia gastritis memiliki beberapa implikasi bagi lansia, keluarga, kader kesehatan, pemerintah khususnya Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai pembuat kebijakan terkait pengelolaan pelayanan kesehatan pada lansia, serta bagi penelitian keperawatan selanjutnya.

Implikasi pada level individu lansia gastritis, kombinasi terapi modifikasi perilaku terkait pengaturan pola makan dan manajemen stres merupakan intervensi yang efektif dalam mencegah kekambuhan gastritis pada lansia. Dengan demikian maka intervensi penanggulangan faktor risiko utama gastritis yaitu pola makan dan stres psikologis adalah kebutuhan bagi lansia dan merupakan intervensi keperawatan utama yang diberikan pada lansia gastritis. Selain itu intervensi yang diberikan selama praktik residensi terhadap lansia dapat meningkatkan motivasi dan kesadaran lansia dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri.

Implikasi pada level keluarga yang merawat lansia dengan gastritis adalah perubahan sikap yang menunjukkan kepedulian dan perhatian pada perawatan kesehatan lansia serta pemenuhan kebutuhan baik kebutuhan fisik terkait pola makan teratur; kebutuhan psikologis yaitu menciptakan suasana keakraban dan keterbukaan dengan lansia serta menemani lansia melakukan kegiatan yang menyenangkan bagi lansia antara lain makan bersama, nonton bersama, dan berkomunikasi atau berkunjung kerumah anggota keluarga yang lain; kebutuhan sosial spiritual adalah memotivasi dan menemani lansia mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat antara lain kegiatan senam lansia, kelompok pengajian atau kelompok lain yang bermanfaat bagi peningkatan hubungan sosial lansia dengan lingkungannya.

Dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada lansia dapat dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga tentang pencegahan dan perawatan kesehatan pada lansia, dengan demikian maka pendampingan dari masyarakat khususnya kader kesehatan sangat diperlukan dalam membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Kader kesehatan juga dapat melakukan evaluasi terkait tingkat kemandirian keluarga dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan pada anggota keluarga, sehingga kader dapat menentukan keluarga yang masih perlu mendapatkan pendampingan secara berkala oleh kader sampai mencapai tingkat kemandirian yang optimal.

Implikasi pada level masyarakat khususnya kader kesehatan adalah lebih aktif dalam memperhatikan masalah kesehatan pada lansia. Kepedulian kader kesehatan dapat dilakukan melalui kunjungan rumah minimal 1 kali sebulan pada keluarga yang mengalami masalah kesehatan tertentu termasuk lansia dengan gastritis, penyelenggaraan kegiatan Posbindu di masing-masing RW, serta pembentukan dan penyelenggaraan kegiatan kelompok pendukung yang memperhatikan dan mengelola masalah kesehatan tertentu pada lansia di tingkat masyarakat.

Program pencegahan faktor risiko penyakit tidak menular dan promosi kesehatan melalui proses kelompok perlu dikembangkan sebagai strategi intervensi bagi lansia. Kegiatan kelompok yang dapat diselenggarakan adalah kelompok lansia dengan masalah yang sama (*self-help group*), kelompok lansia sebaya dengan berbagai masalah kesehatan (*peer group*), dan kelompok pendukung (*support group*). Bentuk intervensi manajemen stres melalui proses kelompok merupakan kebutuhan bagi lansia dan merupakan salah satu bentuk intervensi yang efektif dalam mencegah kekambuhan masalah kesehatan pada lansia termasuk gastritis.

Memperhatikan tingkat pendidikan kader kesehatan yang menengah ke bawah maka kapasitas kader juga merupakan hal yang harus menjadi perhatian pemerintah khususnya Dinas Kesehatan dan Puskesmas agar terus menerus mengupayakan peningkatan kemampuan kader kesehatan dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan lansia di masyarakat. Dengan demikian maka adalah kegiatan Pelatihan dan penyegaran kader secara berkala minimal 1 kali setahun dan pendampingan kegiatan kelompok peduli lansia di masing-masing wilayah RW merupakan isu penting yang perlu diperhatikan dan dikembangkan dalam peningkatan cakupan pelayanan kesehatan lansia serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada lansia. Kader Posbindu dan kelompok pendukung (*support group*) merupakan sumber daya masyarakat yang dapat diberdayakan dengan harapan adanya kelompok dari-oleh-untuk masyarakat yang memperhatikan populasi usia lanjut di wilayahnya sehingga dapat secara mandiri mengatasi masalah yang muncul pada populasi tersebut.

Peran Perawat keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga lansia gastritis antara lain melakukan pendidikan kesehatan, *guiding*, *coaching*, dan konseling terkait peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam mencegah dan merawat anggota keluarga dengan gastritis. Perawat komunitas dapat membantu keluarga dalam mengidentifikasi sumber stres, tingkat stres, dan mekanisme coping yang dilakukan dalam menghadapi masalah kesehatan yang

ada pada anggota keluarga. Selanjutnya bersama-sama keluarga melakukan upaya mengatasi masalah sesuai dengan sumber daya yang ada sehingga keluarga dapat mencapai tingkat kemandirian keluarga secara optimal.

Implikasi pada penelitian keperawatan adalah perlu dikembangkan instrumen untuk mengukur tingkat stres, mekanisme koping yang sederhana pada lansia sehingga dapat diaplikasikan pada tingkat Posbindu dan Puskesmas. Instrumen terkait pengukuran tingkat stress dan mekanisme koping yang dikembangkan oleh penulis dimodifikasi dari Lazarus & Folkman, dengan mengurangi beberapa pertanyaan yang dianggap memiliki arti yang sama dengan tetap memperhatikan kelengkapan komponen yang harus ada dalam instrument tersebut. Meskipun demikian, alat ukur yang dimodifikasi oleh penulis masih dianggap terlalu banyak bagi lansia sehingga penulis mengalami hambatan dalam pengumpulan data. Penulis harus melakukan pengisian angket secara langsung kepada lansia sehingga waktu pengumpulan data menjadi lebih lama. Dengan demikian maka alat ukur untuk mengukur tingkat stres dan mekanisme koping pada lansia perlu disederhanakan lagi dengan jumlah pertanyaan yang lebih sedikit yaitu kurang dari 20 pertanyaan. Alat ukur yang sesuai dapat mengidentifikasi masalah secara lebih baik sehingga intervensi yang tepat dapat diupayakan penanganannya sebelum stres memberikan efek yang negatif pada lansia dan keluarga.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dipaparkan beberapa simpulan dan saran-saran terkait proses analisis dan intervensi keperawatan yang telah dilakukan pada aspek pengelolaan pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas.

A. SIMPULAN

1. Pengetahuan dan sikap keluarga terkait pencegahan dan perawatan lansia dengan gastritis sebelum dilakukan manajemen stres adalah rata-rata cukup baik, namun masih terdapat perilaku yang kurang mendukung pencegahan kekambuhan gastritis antara lain pola makan yang tidak teratur, kebiasaan makan yang asam atau pedas, dan mengonsumsi OAINS.
2. Terapi modifikasi perilaku terkait pengaturan pola makan teratur 3 kali sehari selama 2 minggu, efektif dalam menurunkan nyeri dan kekambuhan gastritis.
3. Manajemen stres yang dilakukan secara teratur meliputi mengikuti kegiatan kelompok (*self-help group* dan *peer group*) 1 x seminggu, senam lansia 1 x seminggu, dan latihan relaksasi progresif 1-2 x sehari selama 2 minggu efektif dalam menurunkan stres dan mengembangkan mekanisme koping yang adaptif sehingga dapat mencegah kekambuhan gastritis
4. Intervensi keperawatan keluarga melalui modifikasi perilaku berupa pengaturan pola makan teratur minimal 3 kali sehari selama 2 minggu dapat menurunkan nyeri dan menurunkan frekuensi kekambuhan nyeri gastritis. Jika dilanjutkan dengan manajemen stres secara rutin selama 2 minggu dapat mencegah kekambuhan nyeri gastritis.
5. Manajemen stres melalui proses kelompok merupakan strategi intervensi yang efektif dalam mencegah kekambuhan penyakit gastritis pada agregat lansia

dengan gastritis. Kegiatan kelompok seperti kelompok swabantu (*self-help group*) dan *peer group* sudah merupakan kebutuhan bagi lansia dan merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang efektif dalam menyelesaikan masalah kesehatan pada lansia. Melalui kegiatan kelompok lansia dapat melakukan sosialisasi, mendapatkan dukungan informasional dan dukungan emosional dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.

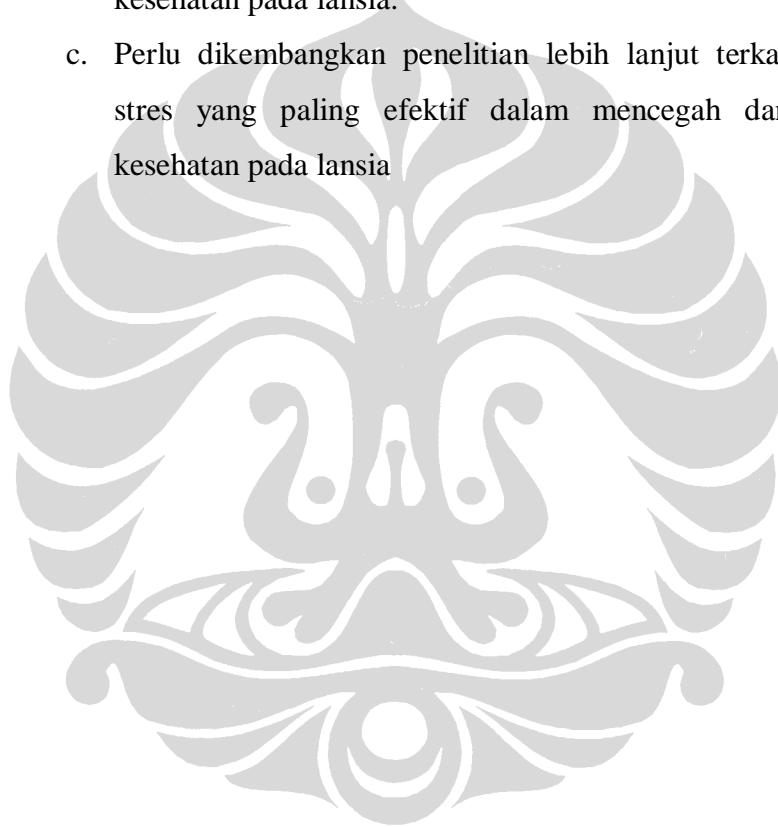
6. Pembentukan dan penyelenggaraan Posbindu di masing-masing wilayah RW merupakan strategi yang efektif dalam meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan pada lansia.
7. Peningkatan kualitas pelayanan Posbindu sangat ditentukan oleh kinerja kader Posbindu sehingga program pelatihan dan penyegaran kader secara berkala minimal 1 x setahun merupakan strategi yang efektif dalam meningkatkan motivasi kader Posbindu dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi lansia sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia.
8. Pemberdayaan kader melalui pembentukan dan pelaksanaan kegiatan kelompok pendukung (*support group*) merupakan strategi intervensi yang efektif dalam meningkatkan kualitas pembinaan kesehatan kelompok lansia dan meningkatkan derajat kesehatan lansia.
9. Pengetahuan dan sikap keluarga terkait pencegahan dan perawatan lansia gastritis setelah dilakukan intervensi manajemen stres mengalami peningkatan dari kategori cukup baik menjadi baik; Selain itu juga terjadi perubahan perilaku positif pada lansia dengan gastritis yaitu penurunan jumlah lansia yang memiliki pola makan yang tidak teratur, kebiasaan makan makanan asam dan pedas, dan konsumsi OAINS.
10. Manajemen stres efektif dalam menurunkan tingkat stres pada lansia dengan gastritis dan menurunkan jumlah lansia yang memiliki coping maladaptif; selain itu juga meningkatkan jumlah lansia yang melakukan kegiatan olah raga secara teratur untuk mencegah stres.
11. Manajemen stres juga efektif dalam menurunkan tingkat nyeri lansia dengan gastritis (Nilai rerata sebelum intervensi berada dalam kategori sedang,

setelah intervensi berada dalam rerata nyeri ringan; serta menurunkan frekuensi kekambuhan gastritis pada lansia.

B. SARAN-SARAN

1. Bagi pengelola pelayanan kesehatan
 - a. Menetapkan kebijakan untuk membentuk dan mengembangkan kegiatan kelompok masyarakat mandiri (*self-help group*, *peer group* dan *support group*) sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan pada lansia dibawah koordinasi petugas Puskesmas. Kriteria pembentukan kelompok antara lain minimal 10 lansia terbentuk 1 kelompok *peer group*, dan minimal 10 keluarga dengan masalah yang sama terbentuk 1 kelompok *self-help group* dan *support group*.
 - b. Protap manajemen stres yang diterapkan dapat dibuat secara sederhana dengan menitikberatkan pada pelaksanaan teknik reduksi stres antara lain pelaksanaan latihan relaksasi progresif dalam kegiatan kelompok (*self-help group*, *peer group*, maupun *support group*) untuk menurunkan stres sehingga dapat mencegah kekambuhan penyakit tidak menular dan penyakit kronik pada lansia termasuk gastritis sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup lansia.
2. Bagi institusi pendidikan
 - a. Memasukan terapi modifikasi perilaku dan manajemen stres sebagai salah satu kompetensi yang harus dicapai peserta didik dalam praktik laboratorium komunitas dimulai dari tingkat pendidikan D3 keperawatan.
 - b. Memasukan terapi kelompok sebagai salah satu kompetensi yang harus dicapai peserta didik dalam praktik laboratorium komunitas pada level S1 keperawatan.
 - c. Memasukan materi manajemen stres dan terapi kelompok (*self-help group*, *peer group*, dan *support group*) dalam silabus pembelajaran keperawatan komunitas.

3. Bagi penelitian keperawatan
 - a. Perlu dilakukan penelitian untuk menemukan format pengkajian tingkat stres dan mekanisme koping yang dengan mudah dapat digunakan oleh kader Posbindu dan petugas Puskesmas dalam mengidentifikasi tingkat stres dan mekanisme koping pada lansia dan keluarga.
 - b. Perlu dikembangkan penelitian lebih lanjut tentang efektifitas modifikasi perilaku dan proses kelompok dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan pada lansia.
 - c. Perlu dikembangkan penelitian lebih lanjut terkait strategi manajemen stres yang paling efektif dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan pada lansia



DAFTAR PUSTAKA

- Abel M.H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Journal of stress management*. Vol 15 no.4 pg (365-381). Walter de Gruyter Company. Diambil dari <http://www.proquest.pqgauto.com>. Diambil pada tanggal 20 Januari 2009.
- Ahmadi, K.S. (2007). What is a self help group. Diambil dari <http://psychcentral.com/lib/2007>. Diperoleh pada tanggal 24 Juni 2009.
- Allender, J.A., & Spreadley, B.W. (2001). *Community health nursing: concepts and practice*. (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Anderson, E.T., & Mc Farlane, J. (2004). *Community as partner: theory and practice in nursing* (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Brunner & Suddarth (2004). *Medical surgical nursing*. (8th Ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Clemen-Stone, Mc Guire, Eigisti. (2002). *Comprehensive community health nursing : family, aggregate & community practice*. (6th Ed.). St. Louis: Mosby Inc.
- Dinas Kesehatan kota Depok. (2007). *Profil kesehatan kota Depok tahun 2007*. Depok: Dinas Kesehatan Kota Depok.
- Depkes. (2007). Distribusi penyakit sistem cerna pasien rawat inap menurut golongan sakit Indonesia tahun 2006. Diambil dari http://www.yanmedik-depkes.net/statistik_rs_2007/seri3/narasi/11.doc. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Depkes. (2006). Distribusi penyakit sistem cerna pasien rawat inap menurut golongan sakit di Indonesia tahun 2004. Diambil dari <http://bankdata.depkes.go.id>. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Depkes RI. (2003). *Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta.
- Ervin, N.F. (2002). *Advanced community health nursing practice: population-focused care*. USA: Prentice Hall.
- Ezine, A (2010). Stress management for the elderly. Diambil dari <http://www.proquest.com>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2010

- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing : research, theory and practice*. (4th Ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Friedman, M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing : research, theory and practice*. (5th Ed.). New Jersey: Pearson.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). *Family nursing : research, theory and practice*. (5th Ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Freeman & Heinrich. (1981). *Community health nursing practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Greenberg, J.S. (2002). *Comprehensive stress management*. (7th Ed.). United States: Mc Graw Hill Company Inc.
- Harnawati (2008). Nyeri. Diambil dari <http://www.painspecialist.com.sg/ink/index.htm>. Diperoleh pada tanggal 12 Juni 2009
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced practice nursing in the community*. London: Sage Publication.
- Hill, S.A. (2004). *Stress and Coping Among Elderly African Americans*. Dissertation Doctor of Nursing Science, www.proquest.com/pqdauto, diakses tanggal 9 Februari 2009
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., & Thomas, S.A. (2004). *Community health nursing : caring in action*. Albany: Delmar Publisher.
- Huber, D. (2000). *Leadership and nursing care management*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jackson, S. (2006). Gastritis. Diambil dari <http://www.gicare.com/pated/ecd9546.htm>. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Kozier e. al. (2004). *Fundamentals of nursing : concepts, process and practice*. (7th Ed.). Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- Linden, Ong, and Young (2004). Descriptions, rationales, and outcomes of stress management interventions. Diambil dari <http://www.proquest.com>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2010
- Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontologic nursing*. (2th Ed.). St. Louis Missouri: Mosby Inc.

- Luskin, F; Reitz, M; Newell, K; Quinn, G.T; & Haskell, W. (2002). A controlled pilot study of stress management training of elderly patients with congestive heart failure. Diambil dari <http://www.proquest.com>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2010
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2006). Leadership role and management function in nursing : theory and application. Philadelphia: Lippincott.
- Maulidiyah. (2006). Hubungan antara stres dan kebiasaan makan dengan terjadinya kekambuhan penyakit gastritis. Diambil dari <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?Id=gdlhub-gdl-s1-2006-maulidiyah>. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Miller, C.A. (1995). *Nursing care of older adults : Theory and Practice*. (2th Ed.). Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults : Theory and Practice*. (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mimura, C. & Griffiths, P. (2002). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. Diambil dari <http://www.proquest.com>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2010
- Murtiwi, Handiyani, H., & Purbaningsih, S. (2008). Modul self help group. Jakarta: Direktorat Pengembangan Akademik Universitas Indonesia.
- Nies & McEwen. (2007). *Community/public health nursing : promoting the health of populations*. (4th Ed.). Philadelphia: Saunders.
- Pangestu, A. (2003). Paradigma baru pengobatan gastritis dan tukak peptic. Diambil dari <http://www.pgh.or.id/lambung-per.htm>. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th Edition. New Jersey: Prentice-Hall
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of nursing*. (6th Ed.). USA : Mosby Year Book
- Price, S., & Wilson. (2003). *Patofisiologi : konsep klinis proses proses penyakit*. (6th Ed.). Jakarta: EGC.

- Riyanto. (2002). Analisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku sehat siswa SLTP Negeri wilayah Jaktim dalam konteks keperawatan komunitas. *Tesis*. Program Magister Keperawatan. FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Roy & Andrews. (1991). *The Roy adaptation model : the definitive statement*. East Norwalk: Appleton & Lange.
- Sahar, J. (2002). *Supporting family carers in caring for older people in the community in Indonesia*. Queensland University of Technology, School of Nursing, Centre for Nursing Research. Tidak dipublikasikan.
- Sarath, M. (2009). What is a self-help group?. Diambil dari <http://www.cambodianvision.com/self-help1.html>. Diperoleh pada tanggal 24 Juni 2009.
- Severance, D.A. (2001). Gastritis. Diambil dari <http://healthlink.mcw.edu/article/923884638.html>. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Siswanto, H.B. (2009). *Pengantar Manajemen*. Jakarta. PT. Bumi Aksara.
- Smith, C.M., & Maurer, F.A. (1995). *Community health nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Smeltzer & Bare (1996). *Brunner & Suddarth textbook of medical surgical nursing*. (8th Ed.). Philadelphia: Lippincott – raven publisher.
- Snyder & Lindquist. (2002). *Complementary/alternative therapy in nursing*. (4th Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and public health nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Swanburg, R.C. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Jakarta: EGC
- Wibowo, Y.A. (2007). Gastritis. Diambil dari http://fkuii.org/tiki-download_wiki_attachment.php?attld=1078&page=Yoga%20Agua%20Wibowo. Diakses tanggal 27 Mei 2008.
- Wilkinson, J.M. (2002). *Buku saku diagnosis keperawatan : dengan intervensi NIC dan kriteria NOC*. (7th Ed.) Jakarta: EGC

ANGKET PENGKAJIAN PADA USIA LANJUT DENGAN PENYAKIT GASTRITIS

Petunjuk Pengisian:

- ❖ Angket ini hanya diisi bila anda atau nenek anda yang tinggal dalam satu rumah yang berusia 55 tahun keatas mengalami sakit maag/ nyeri pada ulu hati /sakit pada perut bagian atas dalam 2 bulan terakhir
- ❖ Jawablah semua pertanyaan pilihan dengan cara memberikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang paling benar
- ❖ Isilah secara singkat pada pertanyaan yang tidak mempunyai pilihan

I. DATA DASAR KELUARGA

1. Identitas Keluarga

Nama Kepala Keluarga :-----
 Umur :-----
 Pendidikan :-----
 Agama :-----
 Suku :-----
 Alamat : RT ----- / RW-----
 Rata rata pendapatan keluarga :-----/bulan

2. Komposisi Anggota Keluarga

No	Nama	Umur	Jenis kelamin	Hubungan dg KK	Pendidikan	Pekerjaan	Ket
1.							
2.							
3.							
4.							

II. RIWAYAT KESEHATAN

1. Sudah berapa lama nenek mengalami sakit maag :

2. Apakah keluarga memiliki kartu Jamkesmas : Ya Tidak

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Keterangan
1.	Apakah penyakit maag nenek pernah kambuh			Jika ya, sudah berapa kali kambuh dalam 1 bulan terakhir: kali
2.	Apakah nenek sering terlambat makan atau jam makan tidak teratur setiap hari?			
3.	Apakah nenek sering merasa mual/nyeri pada ulu hati/perut bagian atas?			Jika Ya, kapan : <input type="checkbox"/> sebelum makan <input type="checkbox"/> sesudah makan
4.	Apakah nenek suka makan makanan yang asam/pedas ?			
5.	Apakah nenek punya kebiasaan merokok?			

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Keterangan
6.	Apakah nenek minum obat sakit sendi seperti piroxicam, aspirin, ibuprofen			Jika Ya, sebutkan:
7.	Apakah nenek memiliki kebiasaan minum minuman keras/mengandung alkohol			
8.	Apakah nenek memiliki kebiasaan berolah raga seperti jalan pagi/ senam jantung sehat/senam lansia			Jika Ya, berapa kali seminggu : kali
9.	Apakah nenek sering membeli obat warung jika sakit maagnya kambuh?			Sebutkan :
10.	Apakah nenek juga minum obat tradisional untuk mengobati sakit maag			Sebutkan :
11.	Apakah nenek pernah mengalami berak darah/ berak kehitaman			
12.	Apakah nenek pernah dirawat di rumah sakit karena sakit maag/berak darah			Jika Ya, berapa kali dirawat : Kali Lama dirawat : Hari

III. PENGUKURAN TINGKAT NYERI

Jika nyeri ulu hati nenek kambuh, apa yang dirasakan :

- Nyeri Ringan : nyeri dirasakan namun tidak mengganggu kegiatan sehari hari
- Nyeri Sedang : nyeri menyebabkan kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan
- Nyeri Berat : nyeri menyebabkan tidak dapat melakukan kegiatan sehari hari

IV. STRES DAN MEKANISME KOPING

A. SUMBER STRES

Berikan tanda silang (X) pada pernyataan yang menunjukkan hal hal yang mengganggu pikiran nenek selama 2 bulan terakhir (boleh menjawab lebih dari satu atau sebanyak-banyaknya sesuai yang dialami)

- Rumah tempat tinggal masih ngontrak
- Tidak memiliki penghasilan sendiri
- Bantuan keuangan dari anggota keluarga kurang mencukupi
- Berkurangnya kekuatan dan kemampuan fisik
- Penyakit yang diderita
- Ketergantungan fisik pada anggota keluarga
- Ketergantungan keuangan pada anggota keluarga
- Tinggal berjauhan dengan anak
- Jarang bisa berkumpul dengan anak dan cucu
- Sulit tidur
- Ada masalah dengan anggota keluarga (anak/menantu/adik/kakak)
- Kehilangan pasangan akibat perceraian atau kematian
- Adanya masalah dengan tetangga atau orang lain
- Tidak diikuti atau diajak mengikuti kegiatan senam lansia/pengajian
- Lingkungan tempat tinggal tidak aman (pencurian, perampokan)
- Lingkungan tempat tinggal ribut
- Jarak dengan Pobindu/Puskesmas/Rumah sakit jauh
- Tidak punya biaya untuk berobat

B. PENGUKURAN TINGKAT STRES

No	Pernyataan	Jawaban			
		Sering	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah
1	Perasaan sakit kepala atau pusing				
2	Jantung berdebar-debar				
3	Merasa sakit pada otot daerah leher				
4	Perasaan dingin, lembab dan basah di tangan				
5	Perut merasa tidak enak atau mulas				
6	Sulit tidur				
7	Mudah marah/tersinggung tanpa sebab				
8	Merasa letih dan lesu atau tidak berdaya				
9	Merasa gugup atau tertekan				
10	Merasa tidak berdaya				
11	Menarik diri dari pergaulan akibat kehilangan percaya diri				
12	Kehilangan semangat untuk mengerjakan sesuatu				
13	Perubahan kebiasaan makan (tambah banyak atau sedikit)				
14	Sulit berkonsentrasi atau memusatkan perhatian pada suatu masalah				
15	Sulit membuat atau mengambil keputusan terhadap suatu masalah				
16	Sulit untuk mengingat sesuatu dan suka lupa				
17	Suka melamun				
18	Merasa masalah yang dihadapi tidak mampu diatasi				
19	Sulit mempercayai orang lain				
20	Sulit memenuhi janji pada orang lain				
21	Merasa suka menyalahkan orang lain				
22	Merasa diri dibenci oleh orang lain				

C. MEKANISME KOPING

Apakah Bapak/Ibu melakukan/merasakan hal-hal seperti dibawah ini selama 2 bulan terakhir ini ketika menghadapi masalah:

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah
1	Saya meminta maaf pada orang yang bermasalah dengan saya karena saya menyadari saya juga punya salah				
2	Saya menganggap masalah ini menjadi pelajaran dan pengalaman bagi saya				
3	Saya berjanji kedepan akan berubah dengan berkelakuan lebih baik				
4	Saya menceritakan masalah saya dan meminta nasehat dari teman atau keluarga yang saya anggap dekat atau lebih bijaksana				
5	Saya menghubungi orang yang lebih berpengalaman atau dituakan untuk mencari solusi penyelesaian masalah yang saya hadapi				
6	Saya tidur lebih banyak dari biasanya ketika sedang ada masalah agar pikiran saya tenang kemudian mencari penyelesaiannya				
7	Saya mencoba membuat perasaan saya menjadi lebih baik dengan makan atau menonton tv				
8	Saya tidak menghindari bertemu orang lain				
9	Saya tidak melampiaskan atau melepaskan kemarahan pada orang lain				
10	Saya merencanakan tindakan yang baik untuk menyelesaikan masalah				
11	Saya menyadari masalah yang menimpa dan segera mengupayakan penyelesaian				
12	Saya berusaha menjadi lebih bijaksana				
13	Saya berfikir masih banyak hal-hal lebih penting yang dapat dilakukan daripada terus menerus memikirkan masalah.				
14	Saya mencoba melakukan instropeksi diri				
15	Saya berusaha untuk tidak mengedepankan emosi dan melakukan tindakan yang membahayakan				
16	Saya mencoba tidak mencampur adukkan masalah yang saya hadapi dengan hal lain				
17	Saya berusaha tidak akan marah pada orang yang membuat masalah dengan saya				
18	Saya berusaha tidak melakukan sesuatu yang berisiko/berbahaya/tidak terfikirkan sebelumnya				
19	Saya akan lakukan apa yang dianggap baik dan benar dalam permasalahan saya				
20	Saya menganggap seolah tidak terjadi apa-apa sehingga tidak menjadi beban pikiran				

No	Pernyataan	Selalu	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah
21	Saya berusaha tabah dan sabar menghadapi berbagai masalah yang saya hadapi karena saya yakin Allah akan berikan kemudahan				
22	Saya mengalihkan perhatian dengan melakukan pengajian-pengajian baik dirumah atau di tempat pengajian atau kegiatan keagamaan lainnya				

V. PERSEPSI LANSIA DAN KELUARGA

A. PENGETAHUAN LANSIA TENTANG PENYAKIT GASTRITIS

Petunjuk :

Untuk jawaban yang ibu pilih, berikan tanda (X) pada kolom yang sesuai

B= Bila anda menyatakan **benar** terhadap pernyataan

S= Bila anda menyatakan **salah** terhadap pernyataan

No	Pernyataan	B	S
1	Sakit maag adalah sakit atau luka pada kantong makanan (lambung)/ulu hati/perut bagian atas		
2	Sakit maag disebabkan oleh keturunan atau bawaan sejak lahir		
3	Sakit maag dapat disebabkan karena adanya kuman dalam perut		
4	Sering terlambat makan atau tidak teraturnya jadwal makan setiap hari dapat menyebabkan sakit maag		
5	Merokok atau minum alkohol tidak akan menyebabkan sakit maag		
6	Sakit maag dapat disebabkan karena stres atau memendam masalah		
7	Minum obat sakit sendi dalam waktu lama bisa sebabkan sakit maag		
8	Tanda utama menderita sakit maag adalah sakit atau nyeri pada perut bagian atas (ulu hati), kembung, terasa penuh pada perut bagian atas, mual, dan kehilangan selera makan setelah makan beberapa suap.		
9	Sakit maag hanya dapat diatasi dengan minum obat sakit maag		
10	Makanan yang asam dan pedas, kol, nangka dan ubi kayu adalah makanan pantangan bagi penderita sakit maag		
11	Jika sakit maag tidak diobati maka akan menyebabkan perdarahan pada saluran makanan dan nyeri sekali sehingga mengganggu kegiatan sehari hari		
12	Sakit maag yang lama dapat menyebabkan sakit kanker pada kantong makanan (lambung)		
13	Sakit maag dapat diobati dengan tanaman obat tradisional		
14	Makan secara teratur dapat mencegah kambuhnya sakit maag		
15	Jika sudah mengalami penyakit maag harus menghindari makanan dan minuman pantangan seperti asam/pedas/alkohol/kopi dan bergas		
16	Stres harus diatasi agar penyakit maag tidak kambuh		

B. SIKAP KELUARGA TERHADAP PENYAKIT GASTRITIS

Petunjuk :

Untuk jawaban yang ibu pilih, berikan tanda (X) pada kolom yang sesuai

Keterangan :

SS = Bila anda menyatakan **sangat setuju** terhadap pernyataan

S = Bila anda menyatakan **setuju** terhadap pernyataan

TS = Bila anda menyatakan **tidak setuju** terhadap pernyataan

STS = Bila anda menyatakan **sangat tidak setuju** terhadap pernyataan

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Pola makan yang baik untuk nenek adalah makan teratur dan tidak terlambat makan				
2	Sayur kol dan nangka tidak boleh diberikan pada nenek yang sakit maag karena akan menimbulkan kembung				
3	Semua orang yang sudah tua pasti mengalami sakit maag				
4	Bila nenek tidak mau makan maka dibiarkan saja				
5	Jika sakit maag nenek kambuh maka cukup minum obat warung, tidak perlu ke puskesmas karena akan sembuh sendiri				
6	Apabila nenek sehat tidak perlu ke posbindu				
7	Sebaiknya di posbindu diadakan penyuluhan mengenai penyakit maag pada usia tua/nenek-nenek				
8	Sakit maag adalah penyakit yang biasa saja tidak perlu dibesar-besarkan karena hampir setiap orang mengalaminya				
9	Sakit maag harus segera diatasi karena nyeri yang dirasakan sangat mengganggu kegiatan sehari-hari				
10	Orang yang sudah terkena sakit maag tidak perlu berhenti merokok karena tidak ada pengaruhnya				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Asminarsih Zainal Prio

Tempat/Tanggal Lahir : Kendari/ 4 Agustus 1979

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat Rumah : Jl. Prof. Dr. Abd Rauf Tarimana No. G 201
RT 01/RW 07 Kel. Kambu Kec. Kambu Kota
Kendari

Alamat Institusi : Poltekkes Depkes Kendari Jl/ A.H Nasution
No. G 14 Kel. Anduonohu Kota Kendari

Riwayat Pendidikan : Magister Keperawatan FIK UI (2007-2009)
Sarjana Keperawatan FIK UI (1997-2001)
SMUN 4 Kendari (1994-1997)
SMPN 1 Raha (1991-1994)
SDN Laiworu (1985-1991)

Riwayat Pekerjaan : Staf Pengajar Poltekkes Depkes kendari Jurusan
Keperawatan (2004-sekarang)
Staf Pengajar PSIK UNAIR (2001-2003)
Staf Pengajar Akper Berkala Widya Husada
Jakarta Selatan (2001)

**FORMAT PENILAIAN KEMAMPUAN KADER
MELAKUKAN KUNJUNGAN RUMAH**

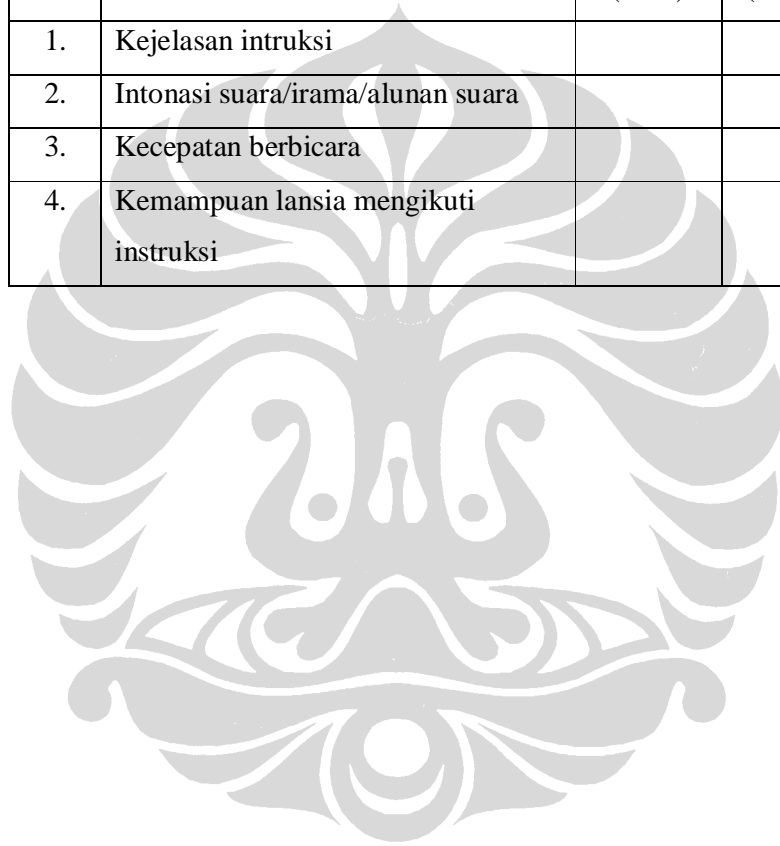
Tahap	Kompetensi	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Persiapan	Menyiapkan alat dan bahan		
	Menyiapkan buku dokumentasi kegiatan		
Orientasi	Mengingatkon kontrak		
	Menjelaskan tujuan		
Kerja	Evaluasi keadaan lansia (here and now)		
	Melakukan pemeriksaan fisik umum : TD, Nadi, Suhu, Pernafasan		
	Mengidentifikasi tanda dan gejala gastritis		
	Mengidentifikasi tanda dan gejala komplikasi gastritis		
	Identifikasi cara penyelesaian masalah oleh keluarga		
	Berikan saran cara mengatasi masalah		
	Lakukan tindakan perawatan		
Komunikasi	Suara jelas		
	Asertif : bahasa sopan, tidak menyakiti		
	Komunikasi dua arah		
Terminasi	Evaluasi respon lansia dan keluarga setelah tindakan yang dilakukan		
	Kontrak yang akan datang		

**FORMAT PENILAIAN KEMAMPUAN KADER
MELAKUKAN PENYULUHAN KESEHATAN**

Tahap	Kompetensi	Dilakukan	
		Ya	Tidak
Pembukaan	Mengucapkan salam pembuka		
	Menyiapkan alat dan bahan		
	Menjelaskan tujuan		
	Kontrak waktu		
Kerja	Suara jelas		
	Intonasi suara		
	Kecepatan berbicara		
	Asertif : bahasa sopan, tidak menyakiti		
	Komunikasi dua arah		
Media	Jelas terlihat sesuai jumlah audience		
	Kreatif dan menarik		
Terminasi	Menyimpulkan materi penyuluhan		
	Evaluasi respon lansia dan keluarga setelah tindakan yang dilakukan		
	Kontrak yang akan datang		

**FORMAT PENILAIAN KEMAMPUAN KADER
MEMIMPIN LATIHAN RELAKSASI PROGRESIF**

No	Aspek Penilaian	Kategori Penilaian		
		3 (Baik)	2 (Cukup)	1 (Kurang)
1.	Kejelasan intruksi			
2.	Intonasi suara/irama/alunan suara			
3.	Kecepatan berbicara			
4.	Kemampuan lansia mengikuti instruksi			



**PENGUKURAN SUMBER STRES, TINGKAT STRES DAN MEKANISME KOPING
PADA LANJUT USIA**

Nama Lansia :
 Alamat : RT/ RW

A. SUMBER STRES

Berikan tanda silang (X) pada kolom (Ya atau Tidak) yang menunjukkan hal hal yang mengganggu pikiran ibu/nenek selama 2 bulan terakhir (boleh menjawab lebih dari satu atau sebanyak-banyaknya sesuai yang dialami)

Kategori	Sumber Stress	Ya	Tidak
Ekonomi	Rumah tempat tinggal masih ngontrak		
	Tidak memiliki penghasilan sendiri		
	Ketergantungan keuangan pada anggota keluarga		
	Bantuan keuangan dari anggota keluarga kurang mencukupi		
	Tidak punya biaya untuk berobat		
Fisik	Berkurangnya kekuatan dan kemampuan fisik		
	Ketergantungan fisik pada anggota keluarga		
	Penyakit yang diderita		
	Sulit tidur		
Psikologis	Tinggal berjauhan dengan anak		
	Jarang bisa berkumpul dengan anak dan cucu		
	Ada masalah dengan anggota keluarga (anak/menantu/adik/kakak)		
	Kehilangan pasangan atau anggota keluarga akibat perceraian atau kematian		
Sosial	Adanya masalah dengan tetangga atau orang lain		
	Tidak diikuti atau diajak mengikuti kegiatan di masyarakat (seperti senam lansia/pengajian)		
Lingkungan	Lingkungan tempat tinggal tidak aman (pencurian, perampokan)		
	Lingkungan tempat tinggal ribut		
	Jarak dengan Pobindu/Puskesmas/Rumah sakit jauh		

B. PENGUKURAN TINGKAT STRES

Apakah Bapak/Ibu melakukan/merasakan hal-hal seperti dibawah ini selama 2 bulan terakhir ini ketika menghadapi masalah:

Gejala	No	Pernyataan	Jawaban			
			Sering	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah
Fisik	1	Perasaan sakit kepala atau pusing				
	2	Jantung berdebar-debar/sesak nafas				
	3	Nyeri/sakit pada bagian tubuh sering kambuh				
	4	Perasaan dingin, lembab dan basah di tangan				
	5	Perut merasa tidak enak/ muals/ mual				
Emosi	6	Mudah marah/cepat tersinggung				
	7	Merasa letih dan lesu atau tidak berdaya				
	8	Merasa kesepian				
	9	Perasaan gelisah dan tidak tenang				
	10	Kehilangan semangat untuk mengerjakan kegiatan sehari hari				
Kognitif	11	Suka lupa				
	12	Sulit berkonsentrasi atau memusatkan perhatian pada suatu topik/masalah				
	13	Merasa tidak mampu menghadapi masalah				
	14	Selalu merasa cemas dan khawatir				
	15	Suka menyalahkan orang lain atau merasa diri dibenci oleh orang lain				
Perilaku	16	Makan (tambah banyak atau lebih sedikit)				
	17	Tidur (tambah banyak atau lebih sedikit)				
	18	Menghindar bertemu dengan orang lain atau menarik diri dari pergaulan dengan tetangga/orang lain				
	19	Tidak mau ikut berperan/membantu dalam kegiatan di masyarakat				
	20	Merokok atau minum alkohol atau minum obat yang banyak untuk menenangkan diri				

C. MEKANISME KOPING

Apakah Bapak/Ibu melakukan/merasakan hal-hal seperti dibawah ini selama 2 bulan terakhir ini ketika menghadapi masalah:

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah
1	Jika ada masalah dengan anggota keluarga/orang lain saya meminta maaf padanya karena saya sadar saya juga punya salah dan berjanji akan berubah dan berkelakuan lebih baik				
2	Saya menceritakan masalah saya dan meminta pendapat atau nasehat dari teman/keluarga/kader untuk mencari cara menyelesaikan masalah yang saya hadapi				
3	Saya tidur lebih banyak dari biasanya dan menghindari untuk bertemu dengan orang lain atau orang yang bermasalah dengan saya				
4	Saya menyusun rencana dan memikirkan cara untuk menyelesaikan masalah yang saya hadapi				
5	Saya menganggap masalah yang saya hadapi sebagai pengalaman dan pelajaran agar saya bias menjadi lebih kuat dan lebih bijaksana				
6	Saya berusaha agar tidak cepat emosi/mudah marah				
7	Saya melakukan tindakan yang saya anggap benar dan terbaik untuk menyelesaikan masalah yang saya hadapi				
8	Saya menganggap seolah tidak terjadi apa apa sehingga tidak menjadi beban pikiran				
9	Saya berusaha sabar menghadapi masalah dan berserah diri pada Tuhan karena saya yakin Tuhan akan memberi kemudahan				
10	Saya menenangkan dan menguatkan diri dengan mengikuti kegiatan keagamaan seperti pengajian.				

PERBANDINGAN NILAI RERATA VARIABEL PADA KELOMPOK PENDUKUNG LANSIA GASTRITIS

No.	Variabel	Indikator			Perubahan		
		Data Awal	Mean+SD	%	Data Akhir	Selisih	%
1.	Pengetahuan Kader tentang pencegahan & perawatan gastritis	37.24	42.04	15	63.30	26.06	69.9
2.	Pengetahuan anggota kelompok pendukung tentang perawatan gastritis dan manajemen stres	65.5	71.9	10	85.15	19.65	30
3.	Keterampilan kader dalam melakukan penyuluhan kesehatan	61	62.8	25	76.62	15.62	42
4.	Keterampilan kader dalam memimpin latihan relaksasi progresif	76.1			79.15	3.05	
5.	Keterampilan kader dalam melakukan kunjungan rumah	52.1			57.14	5.04	

PERBANDINGAN NILAI RERATA VARIABEL PADA KELUARGA DAN AGGREGAT LANSIA GASTRITIS

No.	Variabel	Indikator			Perubahan		
		Data Awal	Mean+SD	%	Data Akhir	Selisih	%
1.	Pengetahuan lansia dan keluarga tentang pencegahan & perawatan gastritis serta manajemen stres	62.1	73	17.5	89.1	27	43.4
2.	Sikap keluarga dalam perawatan lansia gastritis	76.2	93.6	20	97.6	21.4	28
3.	Tingkat stres	Berat 2 orang Sedang 14 orang	Berat 1 orang Sedang 7 orang	50	Berat 0 Sedang 6 orang		100 50
4.	Mekanisme koping maldadaptif	7 orang	4 orang	50	4 orang		50
5.	Tingkat nyeri	1.83	0.83		0.81	1.02	44.2
6.	Frekuensi kekambuhan gastritis : sering	20 orang	17 orang	15 %	16 orang		20
7.	Perubahan Perilaku :						
	Pola makan tidak teratur	29 orang	17 orang	50	7 orang		52.3
	Makanan asam/pedas	22 orang	17 orang	20	13 orang		21.4
	Konsumsi OAINS	33 orang	23 orang	30	13 orang		47.6
	Olah raga teratur	11 orang	22 orang	50	29 orang		56.3

**PRIORITAS MASALAH MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DI KELURAHAN RATUJAYA KECAMATAN CIPAYUNG KOTA DEPOK**

No.	Masalah Manajemen	Tingkat pentingnya masalah untuk diselesaikan : 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Perubahan positif bagi masyarakat jika masalah diselesaikan : 0=tidak ada, 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Peningkatan kualitas hidup jika diselesaikan : 0=tidak ada, 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Prioritas masalah dari 1 sampai 6 : 1=kurang penting, 6=sangat penting	Jml
1.	Belum optimalnya perencanaan tahunan program preventif dan promotif penanggulangan faktor risiko PTM pada lansia gastritis karena tidak adanya perencanaan spesifik jangka pendek dan jangka panjang yang mencakup penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk bagi lansia dengan gastritis	2	2	2	5	11
2.	Belum optimalnya peran kader dalam pelaksanaan program penanggulangan faktor risiko PTM pada lansia gastritis karena belum optimalnya pemberdayaan kader Posbindu, dan belum optimalnya pemanfaatan Posbindu untuk pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit tidak menular termasuk pada lansia dengan gastritis.	3	3	3	6	15
3.	Belum optimalnya kerja sama lintas bidang dan program dan lintas sektoral dalam pengontrolan dan pengembangan Posbindu karena belum optimalnya jalur komunikasi dan koordinasi yang jelas untuk pembinaan pelayanan lansia dengan gastritis	3	3	2	5	13
4.	Belum optimalnya supervisi pelaksanaan program pembinaan kesehatan lansia karena belum adanya pedoman supervisi dan format supervisi, serta jalur komunikasi antar bagian yang belum efektif	2	2	2	5	11

**PRIORITAS MASALAH ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGGREGAT LANSIA GASTRITIS
DI KELURAHAN RATUJAYA KECAMATAN CIPAYUNG KOTA DEPOK**

No.	Masalah Manajemen	Tingkat pentingnya masalah untuk diselesaikan : 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Perubahan positif bagi masyarakat jika masalah diselesaikan : 0=tidak ada, 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Peningkatan kualitas hidup jika diselesaikan : 0=tidak ada, 1=rendah, 2=sedang, 3=tinggi	Prioritas masalah dari 1 sampai 6 : 1=kurang penting, 6=sangat penting	Jml
1.	Koping inefektif pada lansia dengan gastritis berhubungan dengan kurangnya dukungan sosial dalam mengatasi masalah gastritis	2	2	2	5	11
2.	Risiko peningkatan kasus komplikasi gangguan saluran cerna : perdarahan saluran cerna pada lansia dengan gastritis berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang pencegahan dan perawatan penyakit gastritis	3	3	3	5	14
3.	Manajemen stres tidak efektif pada lansia dengan gastritis berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang manajemen stres dan teknik reduksi stres	3	3	3	5	14
4.	Risiko peningkatan kekambuhan gastritis pada lansia gastritis berhubungan dengan perilaku yang kurang mendukung pencegahan kekambuhan gastritis: pola makan tidak teratur dan konsumsi OAINS	2	2	2	5	11

Tabel Tingkat Pencapaian Kemandirian Keluarga

Keluarga	Masalah Ditemukan	Masalah Diatasi		Rujukan	Tk. Kemandirian			
		Tuntas	Sebagian		I	II	III	IV
1.	4	3	1	-				V
2.	3	2	1	-			V	
3.	3	3	-	-				V
4.	3	1	1	-			V	
5.	3	2	-	-				V
6.	4	3	-	-				V
7.	3	3	-	-				V
8.	3	2	1	-			V	
9.	3	2	1	-			V	
10.	3	3	-	-				V

Keterangan:

I : Keluarga menerima kehadiran petugas dan pelayanan kesehatan

II : Keluarga mengungkapkan masalah

III: Keluarga menerima Askep

IV: Keluarga melakukan pencegahan

V : Keluarga melakukan promosi

Kemandirian I : Jika Kriteria I dan II terpenuhi

Kemandirian II : Jika Kriteria I, II dan III terpenuhi

Kemandirian III : Jika Kriteria I,II, III dan IV terpenuhi

Kemandirian IV : Jika kriteria I, II, III, IV dan V terpenuhi