

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA BP.M
DENGAN GASTRITIS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BANGETAYU SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

INDAH NUR HIDAYAH

NIM. 40902000037

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

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA BP.M
DENGAN GASTRITIS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BANGETAYU SEMARANG**

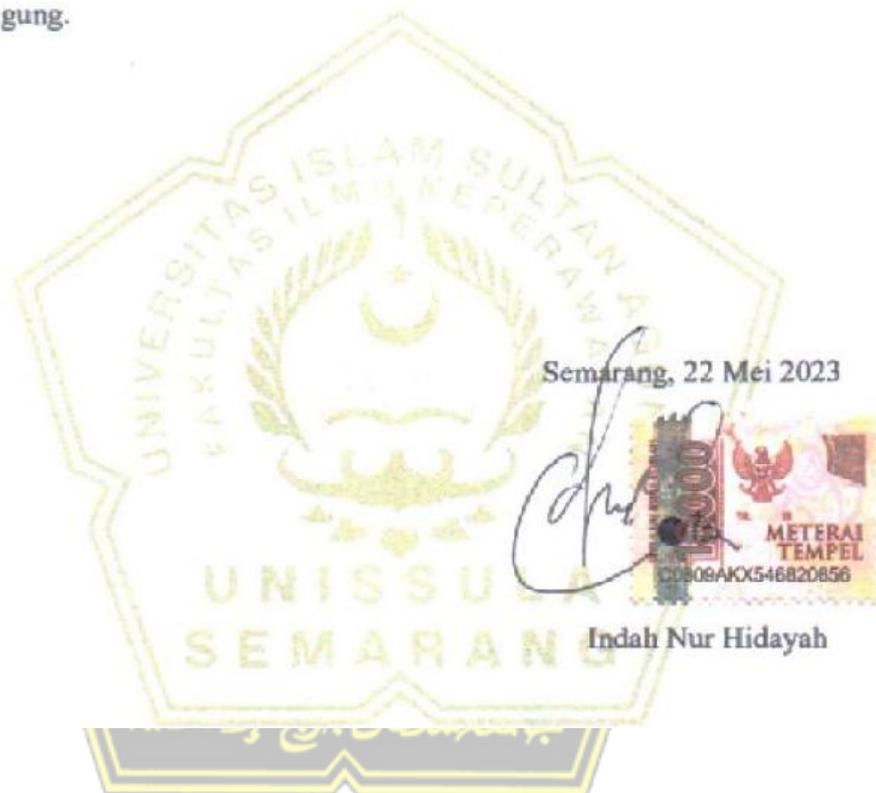
Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarisme, saya bertanggung jawab dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA BP.M DENGAN
GASTRITIS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANGETAYU
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Indah Nur Hidayah

NIM : 40902000037

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung pada:

Hari : Jum'at

Tanggal : 19 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Moch. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom
NIDN. 06-1305-7602

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung pada hari Senin tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 11 Juli 2023

Penguji I

Ns. Iskim Luthfa, M.Kep

NIDN. 06-2006-8402



Penguji II

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

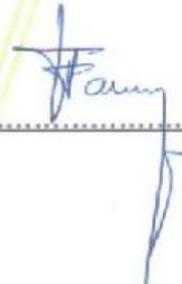
NIDN. 06-0901-8004



Penguji III

Ns. Moch. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIDN. 06-1305-7602



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN. 06-2208-7403

MOTTO

“Sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap” Q.S Al-Insyirah 6-8

“Jangan terlalu mencemaskan sesuatu, karena hidup ini hanya antara sabar tanpa tepi dan bersyukur tanpa tapi”

“Tidak ada mimpi yang terlalu tinggi. Tak ada mimpi yang patut untuk diremehkan. Lambungkan setinggi yang kau inginkan. Dan gapailah dengan selayaknya yang kau harapkan.”-Maudy Ayunda.

“Aku lebih baik kehilangan satu cinta dari orang baru, daripada kehilangan dua cinta dari orang yang tidak pernah menuntutku apa-apa” -Indah Nur Hidayah

“Orang hebat adalah yang sederhana dalam berucap, akan tetapi mahal dalam bertindak” -Indah Nur Hidayah

“Pada dasarnya, hidup itu bukan bagaimana kita menang tapi bagaimana caranya agar kita tidak kalah tanpa merugikan orang” -Indah Nur Hidayah

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Bp.M dengan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Bangetayu Semarang”.

Adapun penyusunan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi persyaratan dan menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan. Selama menyusun laporan ini, penulis tidak dapat berjalan sendiri tanpa bantuan dari berbagai pihak baik itu berupa pengarahan, pemberian informasi, saran-saran, serta bimbingan yang sangat berarti bagi penulis.

Untuk itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang mendalam atas bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis selama menyusun laporan akhir, kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. H. Gunarto selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep selaku kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Moch. Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom selaku dosen pembimbing dan yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai selesainya karya tulis ini.
5. Ns. Iskim Luthfa, M.Kep selaku penguji I dalam ujian karya tulis ilmiah.
6. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep selaku penguji II dalam ujian karya tulis ilmiah.
7. Seluruh Bapak dan Ibu dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
8. Kepala Puskesmas Bangetayu Semarang dan segenap perawat, terimakasih atas ilmu dan kesempatan yang telah diberikan.

9. Kedua orang tuaku, Ibu Sukiswati dan Bapak Kaeron serta kakak tercinta Davitri Yulia Syaroh yang setiap hari selalu memberikan dukungan jasmani maupun rohani selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Teruntuk kakak ipar Farih Mashadi dan keponakan tersayang Dian Amira Nurul Izati yang selalu membawa keceriaan dan menunjukkan rasa sayang kepada saya dengan segala perlakuan manis.
11. Segenap keluarga besar, dari keluarga Ibu maupun Bapak terimakasih atas hal-hal baik yang telah diberikan selama penulis berada di rumah dan di perantauan.
12. Teman dekat saya Nita, Sena, Anggi, Angga, Yoga dan Diwalinca yang selalu menjadi support selama saya menyusun karya tulis ilmiah ini. Terimakasih atas pelukan dan dukungan yang sangat berarti untuk saya.
13. Teristimewa Rio Ma'arif yang dengan senang hati meminjamkan laptop kepada saya untuk menyusun karya tulis ilmiah ini. Semoga Allah SWT membalas kebaikanmu dengan sejuta kebaikan lain di masa depan. Aamiin.
14. Teman termuda, Aphrodita Andira Syafa Yustisia yang telah menampung saya di kos ternyamannya agar saya tidak sendiri menghadapi lelah mental selama penyusunan karya tulis ini.
15. Teman-teman DIII FIK Unissula angkatan 2020, terimakasih atas indahnya kebersamaan dan persahabatan yang terajut selama 3 tahun pembelajaran.
16. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan, saya mengucapkan banyak terimakasih. Semoga mendapatkan ridho dan balasan dari Allah SWT dan semoga karya tulis ini dapat bermanfaat.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Manfaat Penelitian	4
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Keluarga	5
1. Pengertian	5
2. Tipe Keluarga	5
3. Fungsi Keluarga	8
4. Tugas Keluarga Bidang Kesehatan	9
5. Tahap Perkembangan Keluarga	10
B. Konsep Dasar Penyakit	11
1. Pengertian	11
2. Etiologi	12
3. Manifestasi Klinis	13
4. Patofisiologi	14
5. Pemeriksaan Diagnostik	15
6. Faktor Kerentanan Lansia Menderita Gastritis	15
7. Penatalaksanaan	16
8. Komplikasi	17
C. Konsep Asuhan Keperawatan	17
1. Pengkajian	17

2. Diagnosa.....	21
3. Intervensi.....	21
4. Implementasi	26
5. Evaluasi	26
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	28
A. Pengkajian Keperawatan	28
B. Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, serta Prioritas Masalah	32
C. Intervensi	34
D. Implementasi.....	35
E. Evaluasi	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	40
A. Pengkajian.....	40
B. Diagnosa	41
C. Intervensi	43
D. Implementasi.....	45
E. Evaluasi	47
BAB V PENUTUP.....	49
A. Kesimpulan	49
B. Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA.....	51
LAMPIRAN	56

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang ada di Indonesia menghadapi dua persoalan utama. Pertama, gangguan kesehatan menular yang terus berlanjut dan menjadi isu yang belum ditangani secara memadai. Kedua, berjalan kenaikan penyakit tidak menular (PTM) yang seringkali sulit terdiagnosis karena tidak menimbulkan gejala pada tahap awal sehingga mengakibatkan kesulitan dalam pengobatan dan berpotensi menyebabkan kecacatan atau kematian (Diniarti, 2022). Penyakit tidak menular dipicu dari segala elemen, seperti merokok, minim aktivitas jasmani, gaya konsumsi tidak baik, minum minuman keras, gaya hidup, dan sebagainya. Penyakit kronis yang umum ditemukan di Indonesia yakni penyakit gastritis (Widya Pratiwi & Ivan Esmu Aji, 2021).

Gastritis atau penyakit maag dikenal sebagai gangguan pada sistem pencernaan terutama di lambung yang diinduksi oleh bakteri *Hellycobacter pylori* yang masuk lewat pola makan yang kurang baik. Kebiasaan makan yang tidak sehat dapat memicu kambuhnya gastritis. Gastritis dapat dicegah agar tidak kambuh dengan cara mengurangi konsumsi makanan yang terlalu pedas atau asam, pola makan teratur sehari tiga kali dengan makan sedikit tapi sering, dan mengurangi konsumsi makanan yang dapat menyebabkan terbentuknya gas dalam perut (Tussakinah et al., 2018).

Penyakit gastritis termasuk sebuah gangguan yang banyak dialami penduduk. Masyarakat cenderung menganggap remeh dan mengabaikan gejala yang timbul akibat gastritis. Kejadian gastritis umumnya muncul akibat pola makan yang tidak konsisten, menyebabkan sensitivitas lambung meningkat ketika tingkat asam lambung naik. Kebiasaan makan yang tak terjadwal dapat menyebabkan lambung kesulitan menyesuaikan diri. Jika situasi ini terus berlanjut, maka akan timbul kelebihan produksi asam lambung secara

berkelanjutan. Ini bisa mengakibatkan iritasi pada lapisan mukosa lambung dan dapat menyebabkan gastritis. (Bhakti Kencana, 2022).

Organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) memperkirakan pada tahun 2005 angka kematian akibat angka kejadian gastritis di seluruh dunia sebesar 40.376 kasus, naik menjadi 43.817 kasus pada tahun 2010, dan terus bertambah menjadi 47.269 kasus pada tahun 2015 (Maidartati et al., 2021). Tingkat prevalensi gastritis di Indonesia menurut data WHO tahun 2020 mencapai 40,8%. Kejadian gastritis juga menunjukkan angka yang cukup signifikan pada beberapa wilayah di Indonesia, dengan jumlah kasus mencapai 274.396 dari total populasi penduduk sebanyak 238.452.952 jiwa di Indonesia. Di Jawa Tengah, insiden epidemi gastritis cukup tinggi dengan persentase mencapai 79,6% (Prihashinta & Putriana, 2022). Menurut Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2021, penyakit gastritis berada pada peringkat 5 dari 10 penyakit besar di Puskesmas Semarang yaitu sebanyak 113.987 kasus (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2021).

Kejadian gastritis dapat bervariasi antara gastritis akut dan gastritis kronis. Berdasarkan hasil riset yang dilakukan oleh Abdul Muhith dan Sandu Siyoto dengan judul “Dampak gaya makan dan kebiasaan merokok terhadap prevalensi gastritis pada usia lanjut”, menghasilkan data bahwa kasus pada gastritis akut mencakup 20% sedangkan pada gastritis kronis mencakup sekitar 80% kasus (Muhith A & Siyoto S, 2016). Dikutip dari penelitian tersebut, gastritis kronis yang terjadi pada 39 dari 49 individu disebabkan oleh berbagai faktor. Gastritis pada lansia terjadi akibat lansia mengalami penurunan kinerja pada sistem pencernaannya. Kejadian gastritis pada lansia dapat dicegah atau dikurangi dengan memperhatikan pola makan, mengurangi makanan pedas atau makanan tinggi protein, serta membatasi konsumsi kopi (Gintulangi et al., 2023).

Angka kejadian gastritis pada lansia yang tinggi disebabkan oleh penurunan fungsi tubuh terjadi seiring kurangnya pengetahuan keluarga tentang gastritis pada lansia. Hal ini mengakibatkan kurangnya peran dan motivasi keluarga dalam menyediakan makanan yang sesuai bagi lansia. Perawat

memiliki peran penting dalam menangani masalah gastritis pada keluarga dengan memberi asuhan keperawatan yang komprehensif. Perawat menggunakan proses keperawatan yang melibatkan aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Penny Oktoriana & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020).

Peran promosi kesehatan dilakukan oleh perawat dengan memberikan penyuluhan dan edukasi tentang pencegahan gastritis, serta memberikan informasi tentang menjaga gaya hidup sehat. Peran preventif melibatkan kunjungan rumah untuk kelompok berisiko guna mencegah terjadinya gastritis. Peran kuratif mencakup mengajarkan keluarga cara membuat obat tradisional, seperti air rebusan daun cincau, kencur, dan kunyit, serta berkolaborasi dengan tenaga medis dalam pengobatan gastritis. Tugas pemulihan berfokus pada usaha penyembuhan pengidap gastritis melalui pengendalian pola makan, menghindari makanan yang memicu produksi asam lambung, mengurangi stres, dan memastikan istirahat yang memadai (Penny Oktoriana & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020).

Berdasarkan data dan uraian konteks yang telah diuraikan di atas, maka penulis tertarik untuk memaparkan: “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Bp.M dengan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Bangetayu Semarang”.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah mendeskripsikan pelaksanaan “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Bp.M dengan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Bangetayu Semarang”.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

- a. Menganalisis pengkajian keperawatan pada keluarga Bp.M dengan gastritis di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Semarang.
- b. Menganalisis prioritas masalah keperawatan pada keluarga Bp.M dengan gastritis di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Semarang.

- c. Menganalisis intervensi yang tepat pada keluarga Bp.M dengan gastritis di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Semarang.
- d. Menganalisis implementasi keperawatan berdasarkan intervensi yang telah ditentukan pada keluarga Bp.M dengan gastritis di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Semarang.
- e. Menganalisis evaluasi setiap tindakan dalam asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada keluarga Bp.M dengan gastritis di wilayah kerja Puskesmas Bangetayu Semarang.

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dibuat untuk meningkatkan pendidikan asuhan keperawatan keluarga untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan gastritis

2. Bagi Profesi Keperawatan

Mampu memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan gastritis dan meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan.

3. Bagi Lahan Praktik

Dapat menambahkan ilmu pengetahuan tentang gastritis untuk dijadikan sebagai mutu pemberian pelayanan asuhan keperawatan pada gastritis.

4. Bagi Masyarakat/keluarga

Diharapkan karya tulis ilmiah ini mampu memberikan wawasan mengenai penyakit gastritis dan dapat memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sedang sakit di masyarakat.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga dari pandangan Bailon dan Maglaya, merupakan kelompok dua orang atau lebih yang tinggal dalam satu tempat tinggal karena hubungan kekerabatan, ikatan pernikahan, atau melalui proses pengangkatan. Individu-individu ini berinteraksi dan memiliki peran yang berbeda-beda dalam keluarga, serta bersama-sama menciptakan dan menjaga suatu tradisi atau lingkungan kehidupan yang khas. (Susanto, 2021c).

Keluarga menurut Friedman & Bowden didefinisikan sebagai dua orang atau lebih individu yang tinggal bersama dan memiliki hubungan emosional yang erat, baik yang terikat atau tidak terikat dari relasi kekerabatan, pernikahan, atau proses pengangkatan tanpa batasan famili (Songupnuan, 2021).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia mendefinisikan keluarga sebagai satuan terkecil dalam penduduk tersusun atas seorang kepala keluarga dan beberapa individu yang tinggal bersama di satu tempat dan saling bergantung satu sama lain (Salamung et al., n.d.-a).

Keluarga dapat dinyatakan sebagai entitas dasar masyarakat yang mengandung dua individu atau lebih yang dihubungkan oleh tali pernikahan, hubungan darah, adopsi, hidup dalam satu rumah, berinteraksi satu sama lain, memiliki peran masing-masing, menciptakan dan menjaga adat, serta memajukan pertumbuhan fisik, kecerdasan, emosi, dan interaksi sosial setiap individu keluarga untuk meraih target bersama.

2. Tipe Keluarga

Variasi keluarga dideferiensi berlandaskan keluarga tradisional dan modern.

a. Keluarga Tradisional

- 1) *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (kandung atau angkat).
- 2) *The dyad family*, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri (tanpa anak) yang hidup dalam satu rumah.
- 3) *The extended family* (keluarga besar), yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang tinggal bersama dalam satu rumah seperti keluarga inti, yang juga melibatkan nenek, kakek, paman, tante, keponakan.
- 4) *The single-parents family* (keluarga duda atau janda), yaitu keluarga dengan orang tua tunggal, baik itu ayah atau ibu yang hidup bersama anak-anaknya, terjadi karena perpisahan, kehilangan, atau akibat orang tersebut meninggalkan pasangan (menyalahi hukum pernikahan).
- 5) *The single adult living alone*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang individu dewasa yang tinggal sendiri karena cerai atau kematian.
- 6) *Blended family*, yaitu keluarga yang terbentuk ketika seorang janda atau duda menikah kembali dan bersama-sama mengasuh anak-anak dari pernikahan sebelumnya.
- 7) *Keluarga lansia*, yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah tua atau usia lanjut, dengan anak-anak yang telah meninggalkan rumah dan hidup secara mandiri.
- 8) *The childless family*, yaitu keluarga yang tidak memiliki anak, baik karena menikah pada usia yang lebih lanjut atau karena fokus pada karir dan pendidikan, terutama yang banyak dialami oleh wanita.
- 9) *Commuter family*, yaitu keluarga dimana kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, namun salah satu kota tersebut menjadi tempat tinggal utama keluarga. Orang tua yang berdomisili di tempat lain dapat bertemu dengan keluarga pada momen tertentu
- 10) *Multigenerational family*, yaitu keluarga yang terdiri dari berbagai angkatan atau kelompok umur yang bersama dalam satu rumah

11) *Kit-network family*, yaitu beberapa keluarga inti yang bersama atau berdekatan, dan memanfaatkan fasilitas atau layanan yang sama seperti dapur, kamar mandi, dan sebagainya.

b. Keluarga Non Tradisional

- 1) *Commune family*, yaitu beberapa pasangan keluarga dengan anaknya, tanpa hubungan darah tinggal bersama
- 2) *The unmarried teenage mother*, yaitu keluarga yang tersusun dari seorang ibu muda yang belum menikah, bersama anak yang dilahirkan dari ikatan tanpa perkawinan
- 3) *The stepparent family*, yaitu keluarga yang dengan orang tua serta anak-anak dari pernikahan atau hubungan sebelumnya.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, yaitu keluarga yang tinggal dengan partner yang berubah-ubah tanpa melibatkan perkawinan
- 5) *Gay and lesbian family*, yakni individu-individu dengan orientasi seksual yang sama hidup bersama seperti pasangan suami istri.
- 6) *Cohabiting couple*, yaitu individu dewasa yang tinggal bersama tanpa perkawinan disebabkan alasan khusus
- 7) *Group marriage family*, yaitu beberapa individu yang memanfaatkan peralatan rumah tangga secara bersama, menganggap sudah berumah tangga satu sama lain, berbagi berbagai hal khususnya hubungan seksual dan merawat anak-anak.
- 8) *Group networking family*, yakni grup utama yang hidup berdekatan satu sama lain, membatasi diri dengan aturan tertentu, dan menggunakan fasilitas rumah layanan, serta memiliki kewajiban bersama dalam merawat anak-anak.
- 9) *Foster family*, yaitu keluarga yang menyambut anak-anak yang tidak memiliki hubungan keluarga atau saudara kandung untuk sementara waktu, ketika orang tua mereka membutuhkan bantuan dalam menyatukan kembali keluarga asal mereka.

- 10) *Homeless family*, yakni keluarga yang dibuat tanpa memiliki tempat aman, tempat tinggal yang tetap, sebab mengalami krisis pribadi yang terkait dengan masalah finansial atau kesejahteraan diri
- 11) *Gang*, yakni suatu kelompok destruktif yang terdiri dari individu yang mencari hubungan perasaan dan persekutuan keluarga, namun bermunculan dalam kekejaman atau aktivitas kebrutalan pada kehidupan mereka (Susanto, 2021d).

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman & Bowden, secara umum sebagai berikut:

a. Fungsi afektif

Peran keluarga sebagai basis atau landasan keberdayaan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikososial. Hal ini berhubungan saling mengasuh, mengasihi, saling menerima, saling menyokong, mendampingi, dan menghormati sesama anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Tahap perkembangan hubungan dalam keluarga yang dimulai dari awal kehidupan atau sebelum mereka berhubungan dengan individu di luar komunitas.

c. Fungsi reproduksi

Peran keluarga untuk melangsungkan anak cucu dan menambah populasi manusia

d. Fungsi ekonomi

Peran keluarga untuk menyediakan keperluan semua individu keluarga yaitu kebutuhan pakaian, makanan, dan tempat tinggal.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi keluarga dalam mempertahankan kondisi kesehatan keluarga. Fungsi keluarga dalam melakukan perawatan atau perawatan kesehatan bisa diamati dari pemenuhan lima pekerjaan keluarga di bidang kesehatan (Salamung et al., n.d.-b).

4. Tugas Keluarga Bidang Kesehatan

Friedman & Bowden membagi tugas keluarga dalam bidang kesehatan, yaitu:

a. Kemampuan keluarga mengenal masalah

Keluarga dapat mengidentifikasi transformasi yang terjadi pada member keluarga, tanpa disadari akan berubah fokus terhadap serta kewajiban keluarga. Dengan demikian, keluarga dapat dengan cepat menangkap dan menulis waktu serta tingkat perubahan yang terjadi.

b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Keluarga mampu memilih langkah yang sesuai dalam menangani problem kesehatan. Jika keluarga menghadapi keterbatasan dalam menangani masalah tersebut, keluarga bisa mengajukan pertolongan kepada individu lain disekitarnya.

c. Kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit

Keluarga bisa menyediakan bantuan awal jika memiliki keterampilan dalam merawat atau segera membawa anggota keluarga yang tidak sehat ke fasilitas medis terdekat untuk memperoleh perawatan lebih lanjut. Hal ini bertujuan untuk mencegah masalah menjadi lebih parah.

d. Kemampuan keluarga memelihara lingkungan bersih dan sehat

Keluarga mampu menjaga kondisi rumah agar memberikan manfaat bagi kesehatan dan kebugaran anggota keluarga, serta untuk mendorong peningkatan kesehatan mereka.

e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

Keluarga mampu menggunakan atau memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia ketika ada anggota keluarga yang sakit (Salamung et al., n.d.-b).

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Friedman berpendapat kendati tiap runag tangga mengalami perkembangan secara khas tetapi pada skala luas semua keluarga mengikuti tren yang serupa. Tahap perkembangan keluarga terdiri dari 8 tahap, yaitu;

a. Tahap I : pasangan baru (keluarga baru)

Tahap ini berawal ketika seseorang, baik laki-laki maupun perempuan, membuat keluarga melalui pernikahan dan masing-masing keluarga mereka meninggalkan dengan baik secara fisik maupun mental

b. Tahap II : keluarga kelahiran anak pertama

Tahap ketika keluarga menanti dari periode pembuahan hingga kelahiran anak pertama berlangsung hingga bayi berusia 30 bulan, atau 2,5 tahun.

c. Tahap III : keluarga dengan anak pra-sekolah

Dimulai sejak usia 2,5 tahun dan berlangsung hingga usia 5 tahun, periode ini melibatkan anak pertama.

d. Tahap IV: keluarga dengan anak sekolah

Dimulai saat anak pertama masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun.

e. Tahap V : keluarga dengan anak remaja

Dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir 6-7 tahun kemudian yaitu pada saat anak meninggalkan rumah.

f. Tahap VI : keluarga dengan anak dewasa (pelepasan)

Baik anak pertama maupun terakhir yang meninggalkan rumah menandai awal dan akhir periode

g. Tahap VII : keluarga usia pertengahan

Saat anak terakhir pindah dan salah satu pasangan meninggal atau pasangan pensiun.

h. Tahap VIII : keluarga usia lanjut

Diawali dengan pasangan yang berhenti bekerja sampai salah satu atau keduanya mati.

Fase penuaan atau sering disebut proses menua dan pensiun merupakan kenyataan tidak bisa dielakkan bagi keluarga, sebab mereka menghadapi bermacam tekanan dan kerugian. Stressor tersebut meliputi penurunan pemasukan, hilangnya interaksi sosial, pemutusan hubungan kerja, serta penurunan fungsi kesehatan dan produktivitas.

Orang tua diharapkan menguasai adaptasi terhadap tekanan itu dengan memenuhi tugas pertumbuhan fase tersebut;

- 1) Menjaga atmosfer rumah yang nyaman dan menyegarkan
- 2) Beradaptasi dalam transformasi yang melibatkan kepergian pendamping, rekan, kehilangan daya fisik, serta pemasukan.
- 3) Menjaga kedekatan dan saling peduli antar suami dan istri
- 4) Menjaga ikatan kepada anak-anak dan kehidupan sosial dalam penduduk
- 5) Melaksanakan tinjauan ulang kehidupan yang telah dijalani (*life review*).

Tugas utama keluarga dalam fase lanjut usia yaitu memelihara kehidupan yang menggembirakan. Pada umumnya, lansia lebih mampu menyesuaikan diri dengan menetap di rumah mereka sendiri daripada menetap bersama anak-anak mereka. Orang tua perlu melakukan tinjauan ulang kehidupan atau peninjauan hidup dengan merefleksikan pengalaman dan pencapaian masa lalu agar merasa bahwa hidup mereka memiliki kualitas dan makna yang berarti (Susanto, 2021a).

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Gastritis berasal dari kata “*gaster*” yang berarti lambung dan “*itis*” yang artinya peradangan atau inflamasi. Gastritis atau yang sering dikenal dengan istilah penyakit maag merupakan peradangan pada mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal (Songupnuan, 2021).

Gastritis dibedakan menjadi akut atau kronis berdasarkan pada berapa lamanya tanda gejala. Gastritis akut yakni inflamasi pada mukosa lambung yang muncul secara mendadak dan berlangsung selama satu atau dua hari atau bahkan kurang dari 6 bulan dengan kerusakan erosi pada bagian superficial. Sedangkan gastritis kronis ialah inflamasi pada lapisan mukosa lambung yang berkembang secara perlahan dan meluas lebih dari periode tertentu, 6 bulan bahkan dapat bersifat menahun (Yessi Angelica & Ernawaty Siagian, 2022).

2. Etiologi

Beberapa faktor penyebab gastritis antara lain mengonsumsi obat-obatan anti inflamasi seperti aspirin dalam waktu lama dan dosis yang tinggi, Kebiasaan makan yang tidak konsisten, sering kali meminum alkohol, mengonsumsi kafein, serta luka perut yang berasal dari oleh bakteri *Helicobacter Pylori* (Dadu, 2020).

Elemen penyebab gastritis menurut Smeltzer, diantaranya:

a. Pola Makan

Orang dengan pola makan tidak teratur akan mudah terserang penyakit gastritis. Saat perut memerlukan makanan tetapi dibiarkan tidak berisi atau penambahan makanan ditunda, asam lambung akan menghadapinya dengan mencerna lapisan mukosa lambung, yang menyebabkan munculnya luka pada lapisan mukosa lambung.

b. Infeksi *Helicobakter Pylori*

Bakteri *Helicobakter Pylori* adalah suatu bakteri yang menyebabkan peradangan pada lapisan lambung manusia. Bakteri ini merupakan salah satu faktor risiko yang menyebabkan gastritis dan penyakit lainnya seperti ulkus peptikum dan kanker lambung.

c. Terlambat Makan

Secara natural, lambung terus menghasilkan asam lambung setiap saat dalam jumlah yang minim. Setelah berlalu 4-6 jam dari makan, umumnya tingkat glukosa pada darah banyak diabsorpsi dan

dimanfaatkan, akibatnya tubuh mulai merasa lapar. Produksi asam lambung meningkat pada saat itu. Mukosa lambung dapat mengalami iritasi jika melewati waktu makan selama 2-3 jam. Hal ini disebabkan karena lebih banyak asam lambung yang dihasilkan.

d. Makanan Pedas

Mengonsumsi makanan pedas terlalu banyak akan memicu unit pencernaan khususnya lambung. Dampaknya adalah terjadinya sensasi panas dan ketidaknyamanan pada bagian atas perut yang diikuti oleh perasaan mual dan keinginan untuk muntah. Gejala ini juga mengakibatkan berkurangnya selera makan pada penderita. Apabila kebiasaan mengonsumsi makanan pedas dilakukan lebih dari sekali dalam seminggu selama setidaknya 6 bulan tanpa henti, ini bisa menghasilkan iritasi pada lambung yang dikenal sebagai gastritis. (Asriani, 2018).

3. Manifestasi Klinis

a. Gastritis Akut

Tanda-tanda klinis gastritis akut berkisar mulai dari terinfeksi tanpa gejala hingga ketidaknyamanan perut, sakit kepala, rasa mual, hilangnya nafsu makan, dan muntah.

b. Gastritis Kronis

Tanda gejala pada gastritis kronis hampir sama dengan tanda gejala pada gastritis akut. Akan tetapi tanda gejala gastritis pada gastritis kronis bertahan hingga lebih dari 6 bulan.

Tanda dan gejala gastritis kronis bisa bervariasi dari ringan hingga parah. Beberapa tanda dan gejala yang umum diantaranya nyeri pada ulu hati, mual, muntah, perut kembung, cepat kenyang saat makan, gejala defisiensi B12, dan juga anoreksia atau penurunan nafsu makan (Penny Oktoriana & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020).

4. Patofisiologi

Tidak mengikuti pola makan yang tepat, konsumsi alkohol, konsumsi garam berlebihan, penyalahgunaan obat-obatan, serta paparan zat iritan lainnya dapat menyebabkan kerusakan pada mukosa lambung (gastritis erosif). Mukosa lambung memiliki peran penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh asam klorida (HCl) dan pepsin. Jika mukosa lambung mengalami kerusakan, maka terjadi difusi HCl ke dalam mukosa dan HCl tersebut akan merusak mukosa.

Kehadiran asam klorida (HCl) di dalam mukosa lambung merangsang perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin kemudian merangsang pelepasan histamin dari sel mast. Histamin akan meningkatkan permeabilitas kapiler, menyebabkan perpindahan cairan dari intrasel ke ekstrasel, dan menyebabkan edema serta kerusakan pada kapiler. Hal ini dapat mengakibatkan perdarahan pada lambung. Umumnya lambung memiliki kemampuan untuk meregenerasi mukosa secara alami, sehingga gangguan tersebut biasanya sembuh dengan sendirinya. Namun, jika lambung terus menerus terpapar zat iritan, maka peradangan akan terjadi secara berkelanjutan.

Peradangan dalam jaringan akan menghasilkan penumpukan jaringan fibrin, yang dapat menyebabkan hilangnya lapisan mukosa lambung dan mengakibatkan atropi pada sel-sel mukosa. Produksi faktor intrinsik oleh sel-sel mukosa lambung akan menurun atau hilang, sehingga penyerapan *cobalamin* (vitamin B12) dalam usus halus menjadi terganggu. Vitamin B12 ini penting untuk pertumbuhan dan kematangan sel darah merah. Akibatnya, penderita gastritis dapat mengalami anemia. Selain itu, dinding lambung yang mengalami penipisan menjadi lebih rentan terhadap perforasi dan perdarahan (Mardalena, 2018). Gastritis dapat diatasi dan dicegah kekambuhannya dengan mengatur produksi asam lambung agar terkontrol kembali, yaitu dengan menjaga keteraturan pola makan atau dengan memperhatikan frekuensi makan yaitu makan sedikit tapi sering, minum air putih untuk menetralkan asam lambung yang tinggi, dan

mengonsumsi makan-makanan yang tinggi serat seperti buah dan sayur untuk memperlancar saluran pencernaan (Eka Novitayanti, 2020).

5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan darah. Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibody *H.pylori* dalam darah. Selain itu, pemeriksaan darah juga digunakan untuk mengetahui apakah terjadi anemia akibat dari perdarahan lambung.
- b. Pemeriksaan rontgen saluran cerna bagian atas. Hasil dari rontgen untuk melihat tanda gastritis atau kemungkinan adanya penyakit pencernaan lainnya.
- c. Pemeriksaan endoskopi pada bagian atas saluran cerna. Ini memungkinkan untuk mengamati adanya kelainan pada bagian atas saluran cerna yang mungkin tidak terdeteksi melalui sinar X.
- d. Pemeriksaan feses. Melakukan pemeriksaan untuk menentukan keberadaan *H.pylori* dalam tinja. (Penny Oktoriana & Lucia Firsty Puspita Krishna, 2020).

6. Faktor Kerentanan Lansia Menderita Gastritis

Lansia mengalami penurunan otensi mental dan fisik yang dimulai dengan perubahan pada kehidupan. Penting bagi lansia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi untuk mencegah isu defisiensi dan kelebihan nutrisi, serta penyakit yang berhubungan. Salah satu cara untuk mencapainya adalah dengan mengatur pola makan yang mencakup jumlah yang memadai dari semua komponen nutrisi, termasuk zat-zat seperti karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin, air, dan serat sesuai dengan kebutuhan individu lansia dan menjaga keseimbangan komposisi gizi tersebut.

Secara biologis, lanjut usia adalah periode dimana terjadi proses penuaan yang berlangsung secara terus-menerus. Pada masa ini, terdapat penurunan daya tahan fisik yang membuat individu lebih rentan terhadap penyakit yang berpotensi mengakibatkan kematian.

Beberapa penyakit yang umum berlangsung pada orang tua meliputi hiperkolesterol, penyakit jantung, hipertensi, sembelit, osteoporosis, dan gastritis. Kebiasaan makan orang tua sering kali tak pada jamnya karena terbatasnya kapasitas memori terkait periode makan. Mereka mungkin sering mengalami perasaan terlalu lapar atau tidak selera. Akibatnya, situasi perut dan sistem pencernaan dapat terganggu. (Suprpto, 2020).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis merupakan usaha yang direncanakan untuk mendampingi klien dalam mengalihkan diri dari kondisi kesehatan sekarang menuju fase yang diharapkan dengan mencapai hasil yang diharapkan menggunakan obat. Penatalaksanaan terapi pengobatan gastritis menggunakan berbagai jenis obat dari golongan obat tergantung efek terapi yang diinginkan.

Golongan obat yang digunakan pada pengobatan gastritis, yaitu antasida untuk bantuan dalam mengurangi tanda-tanda gastritis melalui penetrasi asam lambung. H₂ blockers seperti cimetidine diberikan dengan dosis 200 mg setiap 12 jam mengurangi produksi asam lambung, volume lambung, dan konsentrasi hidrogen dengan mencegah histamin dilepaskan oleh sel parietal lambung., PPI (Proton Pump Inhibitors) bekerja menghambat sekresi asam lambung, dan Triple Therapy untuk infeksi *Helicobacter pylori* dengan penggunaan PPI selama 7-14 hari dan amoxicillin 500 mg 2 kali sehari selama 7-14 hari.

PPI (Proton Pump Inhibitors) memberikan efek penekanan pada sekresi asam lambung dan memiliki efek samping lebih minimal karena penggunaan untuk jangka panjang dianggap aman. Contoh obat golongan PPI adalah omeprazole, lansoprazole, dan esomeprazole. Omeprazole dapat digunakan dalam dosis 20-40 mg per oral per hari, lansoprazole dapat digunakan dalam dosis 15-30 mg per oral per hari, dan esomeprazole dapat digunakan dalam dosis 20 mg per oral per hari (La Sakka, 2021).

8. Komplikasi

Jika gastritis tidak ditangani dengan baik dan berlangsung terus-menerus, bisa mengganggu kinerja lambung dan meningkatkan kemungkinan menderita kanker lambung serta berpotensi berujung pada kehilangan nyawa. (Yulius Tiranda, 2021).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Maglaya, pengkajian merupakan langkah yang dilakukan oleh perawat untuk secara terus-menerus mendapatkan informasi mengenai anggota keluarga yang sedang dibina. Tujuan dari pengkajian adalah untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang ada. Pengkajian keperawatan merupakan proses yang bergerak, berinteraksi, dan bisa beradaptasi. Informasi terkumpul dengan terstruktur dan berkelanjutan menggunakan pendekatan pengamatan, dialog, dan evaluasi fisik. (Riasmini et al., 2017a).

Model Friedman menguraikan bahwa pengkajian yang dilakukan penting bagi keluarga yang dibina untuk menilai secara menyeluruh baik keluarga secara keseluruhan maupun anggota keluarganya. Beberapa elemen yang diobservasi mencakup informasi budaya dan sosial, informasi lingkungan, serta bagaimana struktur dan fungsi keluarga tersebut. Sementara itu, penilaian terhadap anggota keluarga diutamakan untuk aspek fisik, kejiwaan, perasaan, interaksi sosial, dan keagamaan. (Susanto, 2021b).

a. Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi nama kepala keluarga, usia kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, pekerjaan kepala keluarga, alamat, komposisi keluarga, tipe keluarga, suku dan bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, dan aktivitas rekreasi keluarga. Komposisi keluarga meliputi daftar anggota keluarga, status imunisasi serta genogram.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini, merujuk pada tahap perkembangan keluarga yang ditentukan oleh umur anak tertua dalam keluarga utama
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. Sesi ini menguraikan tentang fase pematangan keluarga yang belum terealisasi dan hambatan yang dialami oleh anggota keluarga.
- 3) Riwayat keluarga inti, menerangkan latar belakang kesehatan individu di dalam kelompok keluarga.
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya, merujuk pada sejarah kesehatan di pihak keluarga pasangan suami dan istri sebelumnya.

c. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Dikenali melalui pengamatan tentang ukuran rumah, model rumah, jumlah ruang, jumlah jendela, sumber air minum yang dimanfaatkan, dan rencana tata letak rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menguraikan atribut tetangga dan komunitas di sekitarnya, mencakup rutinitas, lingkungan fisik, peraturan atau persetujuan warga setempat, dan adat istiadat lokal yang berdampak pada kesejahteraan.

3) Mobilitas geografis keluarga

Dapat diidentifikasi dengan mengamati apakah keluarga memiliki kecenderungan untuk berpindah tempat tinggal atau apakah ada anggota keluarga yang sering mengunjungi keluarga yang sedang dibina.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menguraikan mengenai durasi keluarga dalam berinteraksi serta tingkat interaksi keluarga dengan lingkungan sekitar.

5) Sistem pendukung keluarga

Diidentifikasi dengan jumlah individu dalam keluarga yang berada dalam keadaan sehat, dan fasilitas yang tersedia dalam keluarga untuk mendukung kesejahteraan.

d. Struktur keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana interaksi berlangsung, dan siapa yang memiliki peran dominan dalam pengambilan keputusan.
- 2) Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan skill keluarga untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga.
- 3) Struktur peran, yang diemban oleh setiap individu dalam keluarga, baik dalam skema resmi maupun tidak resmi, baik di lingkungan rumah maupun di tengah masyarakat.
- 4) Nilai atau norma keluarga, menggambarkan prinsip dan norma yang dianut oleh anggota keluarga yang berhubungan dengan hal-hal kesehatan.

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Menjelaskan penilaian identitas individu dalam keluarga, perasaan kepemilikan dan keterikatan di antara anggota keluarga, dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada anggota-anggota lainnya, cara keluarga menciptakan rasa kedekatan antaranggota, dan bagaimana keluarga memupuk sikap penghargaan satu sama lain.

2) Fungsi sosialisasi

Dikaji cara anggota keluarga berinteraksi atau menjalin hubungan dalam lingkungan keluarga, serta tingkat di mana individu-individu belajar mengenai ketertiban, aturan, adat istiadat, dan tindakan.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Dikaji bagaimana skil keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga dalam hal kesehatan.

4) Kebutuhan nutrisi keluarga

Menjelaskan mengenai pola atau kebiasaan makan serta hubungannya dengan sakit yang dialami oleh individu dalam keluarga.

5) Kebiasaan tidur, istirahat, dan latihan

Dikaji pola tidur, kebiasaan tidur, dan aktivitas anggota keluarga.

6) Fungsi reproduksi

Aspek yang memerlukan penilaian mengenai fungsi reproduksi keluarga meliputi jumlah keturunan, strategi perencanaan keluarga yang terkait dengan jumlah serta teknik yang digunakan oleh keluarga dalam mengatur jumlah anggota keluarga.

7) Fungsi ekonomi

Menguraikan tingkat keterpenuhan keluarga terhadap kebutuhan pangan, pakaian, dan tempat tinggal.

f. Stress dan koping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan panjang

a) Stressor jangka pendek, merujuk pada situasi stres yang dihadapi keluarga yang perlu diselesaikan dalam waktu kurang dari enam bulan.

b) Stressor jangka panjang, merujuk pada kondisi stres yang dihadapi keluarga yang membutuhkan penyelesaian dalam periode lebih dari enam bulan.

2) Kemampuan keluarga dalam berespon terhadap situasi dan stressor

Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.

3) Strategi koping yang digunakan

Dianalisis metode penanganan yang diterapkan keluarga saat menghadapi masalah atau stres.

4) Strategi adaptasi disfungsional

Tentang cara penyesuaian yang tidak efektif yang diterapkan keluarga ketika menghadapi masalah atau stres.

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik sama dengan pemeriksaan fisik di klinik.

h. Harapan keluarga

Penting untuk mengevaluasi harapan yang dimiliki oleh keluarga terhadap peran perawat dalam mengatasi situasi kesehatan yang timbul.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis yang dibuat berdasarkan data yang dikumpulkan dan dianalisis secara teliti dan sistematis, untuk menentukan tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Hal ini berlaku untuk individu, keluarga, maupun masyarakat (Riasmini et al., 2017b).

Diagnosa keperawatan yang didapatkan sesuai dengan hasil pengkajian penulis berdasarkan SDKI dalam PPNI (2017) adalah sebagai berikut;

- a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit. (D.0115)
- b. Defisit pengetahuan tentang gastritis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. (D.0111)

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan melibatkan pembuatan rencana atau langkah-langkah yang diperlukan untuk isu kesehatan yang telah teridentifikasi dan diverifikasi dalam proses merumuskan diagnosis perawatan. Proses perencanaan ditekankan pada kolaborasi antara klien, keluarga, dan kolaborasi dengan anggota tim medis lainnya. Pada fase perencanaan melibatkan identifikasi masalah yang paling kritis, sasaran yang ingin dicapai, dan perancangan langkah-langkah, serta rencana tindakan yang akan diambil.

- a. Menetapkan prioritas masalah keperawatan

Menyusun urutan pentingnya masalah keperawatan atau memberi skor diaplikasikan ketika ada lebih dari satu diagnosis keperawatan. Skema penilaian memakai skala. menyusun prioritas dari Bailon dan Maglaya.

-
- 1) Kriteria : Sifat masalah dengan bobot 1
 - a) Aktual : skor 3
 - b) Risiko : skor 2
 - c) Wellnes : skor 1
 - 2) Kriteria : Kemungkinan masalah dapat diubah dengan bobot 2
 - a) Mudah : skor 2
 - b) Sebagian : skor 1
 - c) Tidak dapat diubah : skor 0
 - 3) Kriteria : Potensi masalah untuk dicegah dengan bobot 1
 - a) Tinggi : skor 3
 - b) Cukup : skor 2
 - c) Rendah : skor 1
 - 4) Kriteria : Menonjolnya masalah dengan bobot 1
 - a) Masalah dirasakan dan harus segera ditangani : skor 2
 - b) Masalah dirasakan tetapi tidak harus ditangani : skor 1
 - c) Masalah tidak dirasakan : skor 0

Skoring:

- 1) Menentukan skor untuk masing-masing kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

-
- 3) Jumlahkan skor pada semua kriteria untuk mendapatkan hasil skoring.

b. Kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan masalah

- 1) Sifat masalah
 - a) Aktual (tidak/kurang sehat)

Terkait dengan kegagalan dalam mencapai kesehatan yang optimal

b) Risiko

Terkait dengan kondisi yang dapat menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah kesehatan

c) Wellness

Terkait dengan masa yang menyebabkan individu atau keluarga melakukan banyak penyesuaian

2) Kemungkinan masalah dapat diubah

Potensi keberhasilan dalam mengurangi atau mencegah masalah jika ada tindakan yang dilakukan (intervensi). Terdapat faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan tingkat potensi masalah yang dapat dicegah;

a) Pengetahuan, teknologi, dan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan

b) Sumber daya yang dimiliki oleh keluarga, seperti aset fisik, keuangan, dan tenaga

c) Sumber daya dari bidang perawatan kesehatan, termasuk fasilitas medis, organisasi masyarakat, dan dukungan sosial dari masyarakat.

3) Potensi masalah dapat dicegah

Kemampuan untuk mengurangi atau mencegah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul. Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan, yaitu;

a) Beratnya masalah

Kaitannya dengan tingkat keparahan penyakit atau masalah, prospek penyakit, atau potensi untuk mengubah masalah tersebut.

b) Lamanya masalah

Keterkaitan dengan durasi terjadinya masalah tersebut. Lamanya masalah berlangsung memiliki hubungan langsung dengan potensi masalah yang dapat dicegah.

- c) Adanya kelompok *high risk* atau kelompok yang berisiko tinggi. Kehadiran individu atau kelompok tersebut dalam keluarga dapat meningkatkan potensi masalah jika dicegah.

4) Menonjolnya masalah

Penonjolan masalah mencerminkan cara keluarga mengevaluasi dan menilai keparahan serta urgensi masalah yang harus ditangani. Aspek yang perlu dipertimbangkan dalam memberikan skor pada kriteria ini adalah evaluasi persepsi keluarga terhadap masalah. Jika keluarga menyadari masalah dan merasa penting untuk segera ditangani, maka skor yang tinggi harus diberikan.

c. Menetapkan tujuan keperawatan

Sasaran perawatan mewakili kondisi yang diinginkan yang bisa direalisasikan atau dipertahankan melalui langkah-langkah perawatan yang diterapkan. Tujuan adalah pernyataan khusus tentang hasil yang diinginkan dari tindakan perawatan yang mencakup rencana jangka panjang dan pendek.

Sasaran dalam jangka waktu yang lebih lama adalah hasil yang ingin dicapai melalui serangkaian langkah dalam penanganan satu diagnosis atau masalah, Umumnya terkait dengan perubahan perilaku seperti pengetahuan, sikap, dan kemampuan. Sementara tujuan dalam jangka pendek adalah hasil yang diinginkan setiap akhir dari langkah tertentu yang dilakukan pada waktu tertentu, yang sesuai dengan deskripsi dari tujuan jangka panjang.

d. Menetapkan rencana tindakan keperawatan keluarga

Intervensi atau rencana keperawatan keluarga ialah proses dalam menggagas pilihan lain dan mengenali sumber kekuatan yang ada dalam

keluarga (seperti skill pengasuhan sendiri, sumber dukungan, atau bantuan yang dapat diakses) yang dimanfaatkan untuk mengatasi kesulitan keluarga. Dalam tiap rencana perawatan, perawat keluarga menetapkan aktivitas untuk tiap sasaran. Perawat keluarga menyusun aktivitas yang akan dijalankan, waktu pelaksanaannya, teknik pelaksanaan, pelaksanaannya, serta frekuensi pelaksanaan.

Fokus intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dalam PPNI (2018), sebagai berikut;

- a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit. (D.0115)

Intervensi keperawatan: Dukungan keluarga merencanakan perawatan

- 1) Observasi : identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga.
- 2) Terapeutik : motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan.
- 3) Edukasi : anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.
- 4) Edukasi : ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.
- 5)

- b. Defisit pengetahuan tentang gastritis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. (D.0111)

Intervensi keperawatan: Edukasi kesehatan

- 1) Observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Terapeutik : sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- 3) Terapeutik : jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- 4) Edukasi : ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. (Riasmini et al., 2017c).

4. Implementasi

Tahap implementasi melibatkan penerapan tindakan perawatan yang bertujuan menyokong anggota mencapai sasaran yang telah diidentifikasi. (Songupnuan, 2021). Implementasi dalam asuhan keperawatan keluarga dapat melibatkan penerapan intervensi pada individu yang menjadi fokus perhatian dan juga anggota keluarga lainnya.

Implementasi pada individu dalam asuhan keperawatan keluarga melibatkan pelaksanaan tindakan keperawatan langsung, tindakan kolaborasi dalam perawatan dan perawatan dasar, pemantauan, dan penyuluhan kesehatan. Sedangkan pelaksanaan perawatan yang bisa diarahkan kepada keluarga yakni membantu pemenuhan 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan (Riasmini et al., 2017d).

5. Evaluasi

Penilaian dan evaluasi diperlukan untuk memastikan keberhasilan rencana tindakan yang telah disusun. Perencanaan keperawatan dikatakan berhasil apabila dapat memenuhi kriteria hasil menurut SLKI PPNI (2019), sebagai berikut;

a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Luaran utama : Manajemen kesehatan keluarga

- 1) Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat. (dari skala 1 menuju 5)
- 2) Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat (dari skala 1 menuju 5)
- 3) Tindakan untuk mengurangi risiko meningkat (dari skala 1 menuju 5)

b. Defisit pengetahuan

Luaran utama : Tingkat pengetahuan

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (dari skala 1 menuju 5)
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (dari skala 1 menuju 5)

- 3) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat. (dari skala 1 menuju 5)
- 4) Peranyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (dari skala 1 menuju 5)
- 5) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (dari skala 1 menuju 5)



BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Evaluasi dilaksanakan pada hari Kamis, 5 Januari 2023 di rumah Bp.M pukul 09.00 WIB di Ds.Karangroto, Kecamatan Genuk, Kabupaten Semarang.

1. Data umum

Identitas keluarga secara umum yaitu Bp.M, umur 67 tahun, pendidikan SMA, sudah tidak bekerja, alamat Ds.Karangroto. Bp.M memiliki 6 anak yang sudah berkeluarga dan membangun rumah masing-masing, istri sudah meninggal, dan klien tinggal di rumah sendiri. Status imunisasi pada keluarga, Bp.M kurang mengetahui status imunisasinya.

Bp.M tercantum tipe keluarga *the single adult living alone*, dimana klien tinggal atau hidup di rumah sendiri karena Pasangannya telah mati dan ana mereka telah berkeluarga dan memiliki tempat tinggal sendiri. Bp.M dari etnis Jawa dan berkebangsaan Indonesia. Bahasa yang selalu dipakai menggunakan Bahasa Jawa.

Klien memegang kepercayaan Islam dan selalu melaksanakan sholat di masjid. Klien sudah pengangguran dan tidak bisa mencukupi kebutuhan primer, klien mengandalkan uang dari anak-anaknya. Bp.M sudah lama tidak melakukan kegiatan rekreasi bersama keluarga, terakhir saat Covid-19. Klien melakukan kegiatan rekreasi mandiri dengan cara bersepeda keliling komplek tiap pagi.

2. Riwayat serta tahapan perkembangan keluarga

Tahapan evolusi grup tersebut yakni tahap perkembangan keluarga umur tua (*aging family*). Tahap kemajuan keluarga yang telah tercapai meliputi kemampuan beradaptasi hidup di rumah sendiri alih-alih bersama orang lain anak, mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat, Menjaga lingkungan rumah yang mengge,birakan dan

menyesuaikan diri dengan perubahan seperti kehilangan pasangan, kawan, kemampuan fisik, dan sumber penghasilan

Hasil wawancara menunjukkan bahwa tahap perkembangan keluarga sudah terpenuhi tapi klien mengalami keterbatasan komunikasi dengan anak-anaknya karena 5 dari 6 anaknya membangun rumah tangga di luar kota, di luar Jawa, dan ada yang di luar negeri.

Riwayat kesehatan keluarga inti yaitu untuk riwayat kesehatan KK Bp.M mengatakan memiliki riwayat gastritis yang sudah dialami sejak 10 tahun lalu, sedangkan riwayat kesehatan istri Bp.M mengatakan istrinya memiliki riwayat penyakit jantung semasa hidupnya.

Untuk catatan medis keluarha sebelumnya, catatan medis keluarga asal KK Bp.M menjelaskan ayah klien memiliki riwayat penyakit hipertensi sedangkan ibu klien tidak memiliki riwayat penyakit. Riwayat kesehatan keluarga asal istri, Bp.M mengatakan ayah dan ibu dari istri klien tidak memiliki riwayat penyakit tetapi ibu dari istri klien sempat mengalami sesak nafas sebelum tutup usia.

3. Pengkajian lingkungan

Rumah Bp.M memiliki luas 5x10 meter meliputi ruang duduk, kamar tidur, area keluarga, fasilitas mandi, gudang, ruang laundry, dan dapur. Rumah tertata rapi dan bersih dengan jendela di setiap ruang. Lingkungan rumah klien bersih, rumah berteras minimalis dihiasi pot bunga, lantai keramik, dinding tembok, dan terdapat tempat pembuangan sampah di depan rumah. Klien minum air galon.

Ciri-ciri warga tetangga dan masyarakat lingkungan RW: mayoritas tetangga klien merupakan pribumii Ds.Karangroto. penduduk klien sangat ramah, setiap sebulan sekali diadakan acara kebersihan kompleks. Mobilitas geografis keluarga, Bp.M pindah dari Kaligawe ke Karangroto pada tahun 1997 dikarenakan banjir.

Berkumpulnya anggota keluarga dan hubungannya dengan lingkungan rakyat: klien bisa berkumpul dengan seluruh anggota keluarganya saat lebaran. Anak ke-5 beserta keluarganya sesekali datang

kerumah klien untuk mengantar makanan atau menginap ketika klien sakit. Hubungan klien dengan masyarakat terjalin dengan baik. Sistem pendukung keluarga Bp.M mengatakan pergi ke Puskesmas Bangetayu untuk keperluan kontrol atau berobat menggunakan sepeda motor.

4. Struktur keluarga

Model interaksi dalam keluarga: interaksi klien dengan anggota keluarganya sangat terbuka dan bebas menyampaikan pendapat. Klien berkomunikasi dengan anggota keluarga yang tinggal jauh dari klien melalui ponsel

Organisasi sumber daya keluarga: pengatur. dan pengambil Ketetapan terkini diberlakukan oleh klien yang juga menjabat sebagai ketua. Bp.M ialah seirang ketua. Keyakinan dan standar yang diyakini pelanggan selaras dengan pedoman kepercayaan Islam.

5. Fungsi keluarga

Fungsi afektif: Bp.M mengatakan meski tidak hidup serumah, klien dan anggota keluarga saling menghormati, menyayangi, mengasihi, dan saling memberi dukungan. Fungsi sosial: Bp.M berinteraksi dengan baik tanpa ada masalah dengan tetangganya.

Fungsi perawatan keluarga adalah tanggung jawab grup dalam aspek kesehatan.. Kemampuan keluarga terkait problem: klien dan member famili mengenal masalah kesehatan yang dialami klien yaitu gastritis, akan tetapi klien dan keluarga tidak begitu paham mengenai gastritis. Klien hanya tau kalau gastritis adalah penyakit maag karena makanan pedas dan asam. Klien patuh minum obat.

Kemampuan keluarga mengambil keputusan: saat kambuh, klien akan minum obat yang diberi oleh dokter saat kontrol ke layanan kesehatan. Kecakapan keluarga dalam menjaga member yang tidak sehat.: anak klien akan mengantar klien berobat ke Puskesmas jika tidak sedang bekerja dan menginap untuk merawat klien.

Skil famili dalam ,emjaga eksoistem yang bugar: klien selalu menyapu rumah setiap pagi dan sore terkadang dibantu oleh anggota

keluarga mencuci pakaian kotor dan menguras kamar mandi. Kemahiran keluarga dalam memanfaatkan layanan kesehatan: pasien memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas untuk pemeriksaan atau pengobatan.

Kebutuhan nutrisi keluarga: pola makan klien tidak sesuai anjuran makan 3 kali sehari, klien makan saat merasa lapar. Klien sering makan di warteg terdekat atau terkadang makan 1 menu dengan anaknya. Klien mengatakan tahu mengenai pantangan makannya tapi belum menghindari pantangan tersebut. Makanan pantangan yang sudah klien hindari adalah makanan pedas. Klien suka minum kopi dan makan ubi.

Kebiasaan tidur, istirahat, dan latihan: klien tidur pukul 10 malam dan bangun saat waktu subuh. Klien tidak memiliki keluhan atau kesulitan saat tidur. Setelah bersepeda pagi, klien mengantar cucunya pergi ke sekolah. Klien jarang tidur siang karena tidak terbiasa.

Fungsi reproduksi: klien memiliki 6 anak dan istri klien sudah meninggal. Fungsi ekonomi: finansial klien berasal dari anak-anaknya yang dikirim tiap bulan karena klien sudah tidak bekerja.

6. Stres dan coping keluarga

Tantangan sementara dan berkelanjutan. Stressor jangka pendek: Bp.M ingin gastritisnya tidak kambuh lagi. Stressor jangka panjang: Bp.M ingin sembuh total tanpa harus mengonsumsi obat lagi.

Kecakapan famili dalam menanggapi kondisi dan faktor pemicu stres.: keluarga klien mengupayakan pengobatan dan perawatan terhadap kesehatan Bp.M. Strategi coping yang digunakan: jika ada masalah, Bp.M akan bermusyawarah dengan anggota keluarga. Strategi adaptasi fungsional: klien selalu berdoa dan berusaha dengan tetap berserah diri kepada Allah SWT dalam berhadapan dengan problem

7. Pemeriksaan fisik

Pengecekan dilaksanakn pada Bp.M dengan hasil: pengecekan tekanan darah pada menunjukkan hasil 145/90 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit, BB 70 kg dan TB 160 cm. Kepala tidak ada lesi atau benjolan dengan rambut lurus sedikit beruban. Kulit sudah keriput,

berwarna sawo matang, tidak ada luka. Mata simetris kanan kiri, penglihatan harus dibantu dengan kaca mata. Hidung bersih, tidak ada secret, fungsi penghidu baik.

Pemeriksaan mulut dan tenggorokan Bp.M tak ada kelaianan menguntal dan bercakap, non sariawan. Telinga bersih, tidak ada gangguan pendengaran. Leher non pembengkakan kejejanjr tiroid. Dada yang pas, tidak ada keluhan sesak dan sakit. Tidak ada kerusakan di dalam perut. atau benjolan, tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan eliminasi Klien buang air besar sekali sehari dan berkemih 4-5 kali sehari, bau khas urin, warna kuning, tidak disertai darah. Pemeriksaan ekstremitas Tidak terdapat abnormalitas pada anggota tubuh atas dan bawah.

8. Harapan keluarga

Harapan yang diinginkan Bp.M yakni selalu bahagia dan penyakit gastritisnya segera sembuh.

B. Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, serta Prioritas Masalah

Dari evaluasi data pengamatan yang awal didapatkan informasi subjekkwid (DS): klien menjelaskan pola makan tidak teratur sesuai anjuran 3 kali sehari dan makan saat merasa lapar, klien sering makan di warteg, klien mengatakan terkadang makan 1 menu dengan anaknya yang dibuat oleh menantunya, klien masih suka minum kopi, keluarga dan klien tidak memahami mengapa masih sering kambuh padahal rajin minum obat. Sedangkan data obyektif (DO): klien tampak Tidak berhasil melaksanakan langkah-langkah untuk mengatasi elemen berisiko, kegiatan keluarga yaitu menyediakan menu makan seadanya tidak tepat untuk mengatasi problem kesehatan penerima layanan, keluarga dan klien tampak tidak memahami problemkesehatan individu yang terbantu

Dari analisa data diatas dapat ditarik Identifikasi problem administrasi keluarga kurang efektif terkait keterbatasan keluarga dalam memberikan perawtan terhadap member family yang tidak sehat.

Analisa data yang kedua yaitu data subyektif (DS): klien bertanya mengenai penyakit gastritisnya, klien mengatakan setiap kontrol diingatkan untuk menghindari makanan pedas, asam, dan kopi tapi klien belum melakukannya, klien mengatakan hanya tau makanan yang harus dihindari adalah makanan pedas, asam, kopi. Sedangkan data obyektif (DO): klien tampak tentang persoalan yang sedang dihadapi, klien memperlihatkan tindakan yang tidak mengikuti petunjuk, klien menunjukkan pandangan yang tidak tepat terhadap situasi problem.

Dari analisa informasi tersebut dapat ditarik identifikasi kondisi pasien kurang pemahaman tentang gastritis terkait dengan kesulitan keluarga dalam mengidentifikasi permasalahan.

Penilaian skoring pemahaman identifikasi kondisian pasien kesehatan keluarga kurang efektif terkait dengan kesulitan keluarga dalam mengidentifikasi permasalahan. Elemen problem: resiko, skor: $2/3 \times 1 = 2/3$, pembenarannya: pola makan Bp.M tidak sesuai anjuran 3 kali sehari, makan ketika merasa lapar. Kemungkinan masalah diubah: mudah, skor: $2/2 \times 2 = 2$, pembenarannya: Bp.M mengatakan masih mengonsumsi ubi dan minum kopi. Potensi masalah dicegah: cukup, skor: $2/3 \times 1 = 2/3$, pembenarannya: Bp.M mengatakan sering makan di warteg atau terkadang 1 menu dengan anaknya. Masalah yang mencolok: permasalahan yang kritis segera diatasi, nilai: $2/2 \times 1 = 1$, pembenarannya: Bp.M dan keluarga tidak memahami mengapa masih sering kambuh padahal rajin minum obat. Total skor pada pemahaman identifikasi kondisian pasien kesehatan keluarga kurang efektif terkait dengan kesulitan keluarga dalam mengidentifikasi permasalahan adalah 4,3.

Penilaian skoring diagnosa keperawatan defisit pengetahuan tentang gastritis Terhubung dengan ketidakmampuan keluarga untuk mengidentifikasi masalah. Karakteristik dari permasalahan.: aktual, skor: $3/3 \times 1 = 1$, pembenarannya: klien bertanya mengenai penyakit gastritisnya. Kemungkinan masalah: mudah, skor: $2/2 \times 2 = 2$, pembenarannya: Bp.M mengatakan hanya tau makanan yang harus dihindari adalah makanan pedas, asam, dan kopi. Potensi masalah dicegah: tinggi, skor: $3/3 \times 1 = 1$, pembenarannya: Bp.M

mengatakan setiap kontrol diingatkan untuk menghindari makanan pedas, asam, dan kopi tapi tidak dilakukan. Masalah yang mencolok: permasalahan yang kritis segera diatasi, skor.: $2/2 \times 1 = 1$, pembenarannya: Bp.M menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran. Total skor pada pemahaman identifikasi kondisian pasien kesehatan keluarga kurang efektif terkait dengan kesulitan keluarga dalam mengidentifikasi permasalahan adalah 5.

Berdasarkan nilai masalah diatas, daftar penilaian diutamakan adalah sebagai berikut; defisit pengetahuan tentang gastritis Terhubung dengan kesulitan keluarga dalam mengidentifikasi permasalahan. sebagai diagnosa pertama dan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dikarenakan keluarga tidak mampu menangani member yang tdk sehat. sebagai diagnosa kedua.

C. Intervensi

Intervensi Karena keluarga tidak mengetahui masalah ini, diagnosis keperawatan pertama adalah ketidaktahuan tentang gastritis. Tujuan umum: Diharapkan keluarga dapat lebih memahami tentang gastritis setelah dilakukan intervensi keperawatan selama tiga hari kunjungan rumah. Sasaran khusus: Setelah mengikuti intervensi keperawatan selama 1x60 menit setiap hari, famili bisa mendefinisikan gastritis, mengidentifikasi penyebabnya, mengidentifikasi gejalanya, dan memahami komplikasi yang mungkin terjadi. Kriteria: verbal. Standar: keluarga menggambarkan definisi penyakit gastritis, mengidentifikasi penyebab serta petunjuk indikasi gastritis, dan menjelaskan komplikasi gastritis meliputi: 1. Lapisan lambung meradang karena gastritis, yang memiliki dua penyebab: 2. Kebiasaan makan kurang seimbang, makan makanan yang pedas dan asam, merokok, minum alkohol, kopi, dan stres. 3. Nyeri ulu hati, mual, muntah, sakit kepala, dan penurunan nafsu makan adalah tanda dan gejala gastritis. 4. Jika tidak diobati, gastritis dapat mengganggu fungsi lambung dan meningkatkan kemungkinan kematian akibat kanker lambung. Intervensi berikut ini dilakukan (Pendidikan Kesehatan SIKI I.12383 halaman 65): Pendidikan kesehatan diberikan melalui observasi, intervensi

terapeutik, penyediaan sumber daya dan media, penjadwalan sesuai dengan kesepakatan, dan peluang untuk mengajukan pertanyaan. f. Mempromosikan gaya hidup yang higienis dan sehat melalui pendidikan.

Intervensi diagnosa yang berikutnya adalah pengelolaan kesehatan keluarga yang tidak optimal terkait dengan ketidakmampuan family menjaga individu yang tidak sehat. Tujuan keseluruhan: setelah pelaksanaan intervensi keperawatan selama 3 hari, diharapkan manajemen kesehatan keluarga membaik. Tujuan spesifik: setelah intervensi medis diambil 1x60 menit sehari, diharapkan keluarga mampu menjelaskan diet gastritis, keluarga mampu membantu klien dalam pengaturan pola makan dengan diet gastritis, keluarga mampu membantu mengawasi klien agar teratur minum obat, family sanggup menggunakan sarana perawatan medis. Kriteria: verbal. Standar: 1. Keluarga menjelaskan diet gastritis berupa makanan pantangan dan makanan anjuran, 2. Keluarga menyediakan menu makan sesuai dengan diet gastritis dibantu lembar susunan menu sebagai petunjuk, 3. Obat yang diresepkan dokter saat kontrol adalah omeprazole 20 mg diminum setiap hari saat malam hari, 4. Fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan adalah Puskesmas Bangetayu Semarang. Dilakukan intervensi (SIKI Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan I.13477 halaman 26) sebagai berikut: a. Observasi: penentuan langkah-langkah yang dapat diambil oleh keluarga, b. Upaya pengobatan: pendorong untuk mengembangkan perasaan dan sikap yang mendorong kesehatan. c. Edukasi: sarankan memanfaatkan sarana layanan kesehatan yang tersedia, d. Berikan pengajaran mengenai metode merawat yang dapat dilakukan oleh anggota keluarga.

D. Implementasi

Implementasi kunjungan pertama pada hari Kamis, 5 Januari 2023 pukul 11.15-11.35 melakukan implementasi diagnosa pertama kekurangan edukasi mengenai gastritis mengacu pada ketidakberdayaan famili dalam mengidentifikasi permasalahan, ini melibatkan mengamati fase kematangan dan kapasitas famili dalam mengakomodasi data. Respon keluarga S: keluarga

mengatakan siap menerima informasi yang akan diberikan, O: keluarga tampak bingung dan tampak belum mampu menerima informasi yang disampaikan. Selanjutnya implementasi kedua pukul 11.35-11.45 dilakukan implementasi merencanakan penyuluhan kesehatan sesuai perjanjian. Tanggapan keluarga S: family menjelaskan setuju mengenai jadwal yang telah disepakati, O: keluarga tampak antusias dan semangat dalam menyepakati jadwal pendidikan kesehatan.

Implementasi hari pertama diagnosa kedua kemampuan keluarga dalam mengelola kesehatan tidak efektif karena keluarga tidak mampu merawat anggota yang sedang sakit. pukul 11.50-12.15 dilakukan implementasi mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga. Respon keluarga S: klien mengatakan terkadang makan 1 menu dengan anaknya yang dibuat oleh menantunya, keluarga dan klien tidak memahami mengapa masih sering kambuh padahal rajin minum obat. O: aktivitas keluarga dalam menyediakan menu makan seadanya tidak sesuai untuk menyelesaikan problem kesehatan klien, tindakan yang perlu dilakukan keluarga adalah pengaturan pola makan sesuai diet gastritis klien.

Implementasi hari kedua pada hari Jumat, 6 Januari 2023 pukul 10.00-10.20 WIB melakukan implementasi diagnosa pertama kekurangan edukasi mengenai gastritis berkaitan dengan ketidakberdayaan family menyelesaikan problem yaitu menyiapkan konten dan tempat edukasi kesejatan. Tanggapan keluarga S: keluarga mengatakan bersedia mendapatkan materi pendidikan kesehatan yang disampaikan, O: keluarga tampak mendengarkan dan memahami informasi yang diberikan. Selanjutnya implementasi kedua pukul 10.20-10.30 dilakukan implementasi memberi ruang untuk tanya jawab. Tanggapan keluarga S: keluarga bertanya “apakah dengan menghindari penyebab gastritis, penyakit dapat sembuh?”, O: keluarga tampak memahami bahwa gastritis membutuhkan waktu hampir berbulan-bulan untuk sembuh asal penyebab gastritis tidak dilakukan.

Implementasi hari kedua diagnosa kedua pengelolaan Kesehatan family yang kurang pas berkaitan dengan ketidakberdayaan family menjaga member

yang tidak sehat pukul 10.35-10.55 yaitu mengajarkan metode penanganan yang dapat dilaksanakan keluarga. Respon keluarga S: keluarga mengatakan siap dan bersedia menyediakan menu makan sesuai diet gastritis klien seperti yang diajarkan, O: keluarga tampak memahami informasi yang diberikan. Selanjutnya implementasi kedua pukul 10.55-11.05 yaitu menginspirasi evolusi pola pikir dan perasaan yang mensupport usaha kesehatan, Respon keluarga S: keluarga mengatakan Bp.M teratur minum obat dan akan terus mengawasi agar klien selalu teratur minum obat, O: keluarga tampak bersedia.

Implementasi hari ketiga pada hari Sabtu, 7 Januari 2023 pukul 10.00-10.20 melakukan implementasi diagnosa pertama kekurangan edukasi mengenai gastritis berkaitan mengenai ketidakberdayaan famili mengetahui problem masalah yaitu mendidik tentang gaya perilaku yang higienis dan sehat. Respon keluarga S: keluarga menjelaskan sudah menerapkan gaya perilaku yang higienis dan sehat dengan melaksanakan praktik kebersihan rumah klien, O: rumah klien tampak selalu rapi, bersih, dan sehat.

Implementasi hari ketiga diagnosa kedua operasional Kesehatan family yang kurang pas berkaitan dengan ketidakberdayaan family menjaga member yang tidak sehat pukul 10.20-10/30 yaitu memotivasi pengembangan sikan dan suasana mental yang mendukung usaha Kesehatan. Respon keluarga S: keluarga mengatakan Bp.M teratur minum obat dan akan terus mengawasi agar klien selalu teratur minum obat, O: keluarga tampak bersedia dan klien teratur minum obat. Selanjutnya implementasi kedua pukul 10.30-10.50 yaitu mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. Respon keluarga S: keluarga mengatakan sudah menyediakan menu makan sesuai diet gastritis klien seperti yang diajarkan, O: menu makan klien sesuai diet. Selanjutnya implementasi ketiga pukul 10.50-11.00 yaitu menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada. Respon keluarga S: keluarga mengatakan klien selalu kontrol dan berobat ke Puskesmas Bangetayu Semarang, O: keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yaitu puskesmas.

E. Evaluasi

Evaluasi hari pertama tanggal 7 Januari 2023 pukul 13.00-13.15 WIB, diagnosa yang pertama yaitu defisit pengetahuan tentang gastritis berkaitan dengan ketidakberdayaan keluarga menghadapi problem. Penilaian, S: keluarga mengatakan siap menerima informasi yang akan diberikan dan keluarga mengatakan setuju mengenai jadwal yang telah disepakati. O: keluarga tampak bingung dan tampak belum mampu menerima informasi yang disampaikan, keluarga tampak antusias dan semangat dalam menyepakati jadwal pendidikan kesehatan. A: tujuan terlaksana sepruh, problem belum terpecahkan. P: sambungkan upaya 2 dan 4 yaitu, persiapkan konten dan sarana edukatif kesehatan, beri peluang untuk sesi tanya jawab. Pukul 13.15-13.30 WIB, diagnosa yang kedua pengelolaan Kesehatan family yang tidak berhasil terkait dengan kesulitan family dalam menjaga member yang tidak sehat. Evaluasi, S: klien mengatakan terkadang makan 1 menu dengan anaknya yang dibuat oleh menantunya, keluarga dan klien tidak memahami mengapa masih sering kambuh padahal rajin minum obat. O: aktivitas keluarga dalam menyediakan menu makan seadanya tidak cocok untuk menyelesaikan problem kesehatan klien, tindakan yang perlu dilakukan keluarga adalah pengaturan pola makan sesuai diet gastritis klien. A: tujuan terlaksana sepruh, problem belum terpecahkan. P: sambungkan upaya 2 dan 4 yaitu dorongan untuk mengembangkan perilaku dan mental yang positif terkait dengan kesehatan, ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

Evaluasi hari kedua tanggal 7 Januari 2023 pukul 13.00-13.15 WIB, diagnosa yang pertama yaitu defisit pengetahuan tentang gastritis berkaitan mengenai ketidakberdayaan family dalam menghadapi problem. Evaluasi, S: keluarga mengatakan bersedia menerima materi pendidikan kesehatan yang disampaikan, keluarga bertanya “apakah dengan menghindari penyebab gastritis, penyakit bisa mmebaik?”. O: keluarga tampak menguping serta memahami informasi yang diberikan, keluarga tampak memahami bahwa gastritis membutuhkan waktu berbulan-bulan untuk sembuh asal penyebab gastritis tidak dilakukan. A: tujuan tercapai, problem terselesaikan asi sebagian.

P: lanjutkan intervensi 5 yaitu ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. Pukul 13.45-14.00 WIB, diagnosa yang kedua pengelolaan Kesehatan family tidak pas berkaitan dengan ketidakberdayaan family manjeaga member yang tidak sakit. Evaluasi, S: keluarga mengatakan siap dan bersedia menyediakan menu makan sesuai diet gastritis klien seperti yang diajarkan, keluarga mengatakan Bp.M teratur minum obat dan akan terus mengawasi agar klien selalu teratur minum obat. O: keluarga tampak memahami informasi yang diberikan dan keluarga tampak bersedia. A: tujuan terlaksana sepruh, problem melum terpecahkan. P: sambungkan upaya 2,3, dan 4 yaitu dorongan untuk mengembangkan perilaku dan mental yang postif terkait dengan kesehatan, ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

Evaluasi hari ketiga tanggal 7 Januari 2023 pukul 14.00-14.15 WIB, diagnosa yang pertama yaitu defisit pengetahuan tentang gastritis berkaitan mengenai ketidakberdayaan family dalam menghadapi problem. Evaluasi, S: keluarga menjelaskan sudah menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan cara menjaga kebersihan rumah klien. O: rumah klien tampak selalu rapi, bersih, dan sehat. A: tujuan tercapai, masalah teratasi. P: hentikan intervensi. Pukul 14.15-14.30 WIB, diagnosa yang kedua pengelolaan Kesehatan family tidak pas berkaitan dengan ketidakberdayaan family manjeaga member yang tidak sehat. Evaluasi, S: keluarga mengatakan Bp.M teratur minum obat dan akan terus mengawasi agar klien selalu teratur minum obat, keluarga mengatakan sudah menyediakan menu makan sesuai diet gastritis klien seperti yang diajarkan, keluarga mengatakan klien selalu kontrol dan berobat ke Puskesmas Bangetayu. O: keluarga tampak bersedia dan klien teratur minum obat, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yaitu Puskesmas, menu makan klien sesuai diet. tujuan terlaksana sepruh, problem melum terpecahkan. P: sambungkan upaya

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan pada BAB IV ini dimulai dari menjelaskan perubahan judul dimana pada askep asli tertulis “Laporan Asuhan Keperawatan pada Tn.M dengan Diagnosa Gastritis di Poli Lansia Bangetayu Semarang” diganti pada judul Karya Tulis Ilmiah ini menjadi “Asuhan Keperawatan pada Keluarga Bp.M dengan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Bangetayu Semarang”. Selanjutnya, perubahan nama Tn yang terdapat askep asli, diganti menjadi nama Bp mengikuti instruksi dan saran yang diberikan oleh pembimbing selama penulisan karya tulis ilmiah

BAB IV ini, peneliti menjabarkan mengenai asuhan keperawatan pada keluarga Bp.M dengan gastritis di Ds.Karangroto yang telah dikelola selama 3 hari dari tanggal 5 Januari 2023 sampai dengan 7 Januari 2023. Pembahasan mencakup aspek-aspek keperawatan, antara lain pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam asuhan keperawatan, dimana data dikumpulkan melakuakn penilaian dan pengenalan dari berbagai referensi kondisi kesehatan (Tampubolon, 2020). Penulis melakukan pengkajian dengan berinteraksi dengan klien untuk mendapatkan informasi akurat dan sesuai dengan kenyataan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan merencanakan tindakan keperawatan. Selama melakukan tahap pengkajian, penulis tidak mengalami hambatan atau kesulitan. Klien beserta keluarga yang terlibat dalam proses wawancara bersikap kooperatif dan terbuka.

Data awal yang didapatkan ketika melakukan pengkajian pada Bp.M bahwa klien mengalami gastritis sejak 10 tahun yang lalu dan sudah kontrol secara teratur di Puskesmas Bangetayu. Catatan medis keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit gastritis seperti yang dialami klien. Gastritis merupakan suatu peradangan yang terjadi pada lapisan lambung (Dadu, 2020).

Dari data awal tersebut, penulis melakukan pengkajian lebih lanjut untuk mengetahui penyebab dari gastritis yang dialami oleh Bp.M dan didapatkan data-data berupa data subyektif dan data obyektif.

Data subyektif: klien mengatakan pola makan tidak sesuai anjuran 3 kali sehari, makan saat merasa lapar, klien sering makan di warteg dan terkadang makan 1 menu dengan anaknya, klien masih suka minum kopi, keluarga dan klien tidak memahami mengapa masih sering kambuh padahal rajin minum obat, klien bertanya mengenai penyakit gastritisnya, klien mengatakan setiap kontrol diingatkan untuk menghindari makanan pedas asam dan kopi tapi klien belum melakukannya, dan klien mengatakan hanya tau makanan yang harus dihindari adalah makanan pedas asam serta kopi.

Data obyektif: klien tampak tidak berhasil menjalankan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, kegiatan keluarga yaitu menyediakan menu makan seadanya tidak tepat untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh klien, keluarga dan klien tampak tidak memahami masalah kesehatan klien, klien mengajukan pertanyaan terkait permasalahan, perilaku klien tidak patuh terhadap anjuran, dan persepsi klien terhadap masalah adalah keliru

B. Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis, ditemukan 2 diagnosis yang muncul, yaitu:

1. Defisit pengetahuan tentang gastritis b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Defisit pengetahuan merupakan ketidakmampuan atau kekurangan pengetahuan kognitif yang berhubungan dengan topik tertentu (PPNI, 2017). Alasan penulis mengangkat diagnosa defisit pengetahuan tentang gastritis karena dalam pengkajian didapatkan data subyektif yaitu: klien bertanya mengenai penyakit gastritisnya, klien mengatakan setiap kontrol diingatkan untuk menghindari makanan pedas, asam, dan kopi tapi klien belum melakukannya, klien mengatakan hanya tahu makanan yang harus dihindari adalah makanan pedas, asam, kopi. Sedangkan pada data obyektif

(DO) ditemukan: klien tampak menanyakan masalah yang dihadapi, klien menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, klien menunjukkan persepsi keliru terhadap masalah.

Data yang ditemukan tersebut sesuai dengan gejala dan tanda mayor maupun minor pada diagnosa defisit pengetahuan di SDKI menurut Tim Pokja SDKI (2017) meliputi: menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai dengan anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Penentuan prioritas masalah pada diagnosa defisit pengetahuan tentang gastritis menjadi prioritas pertama dengan total skor 5. Penentuan skoring ditentukan berdasarkan kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan masalah menurut Maglaya (2009).

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif merupakan upaya penindakan yang digunakan untuk menangani masalah kesehatan dalam keluarga yang tidak berhasil memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga dengan baik (PPNI, 2017).

Alasan penulis mengangkat diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif karena dalam pengkajian didapatkan data subyektif yaitu: klien mengatakan pola makan tidak sesuai anjuran 3 kali sehari, makan saat merasa lapar, klien sering makan di warteg dan terkadang makan 1 menu dengan anaknya, klien masih suka minum kopi, keluarga dan klien tidak memahami mengapa masih sering kambuh padahal rajin minum obat. Sedangkan pada data obyektif ditemukan klien tampak gagal melaksanakan langkah-langkah untuk mengurangi faktor risiko, aktivitas keluarga menyediakan menu makan seadanya tidak tepat untuk mengatasi masalah kesehatan klien, keluarga dan klien tampak tidak memiliki pemahaman tentang kondisi medis klien.

Data yang ditemukan tersebut sesuai dengan gejala dan tanda mayor maupun minor pada diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif di SDKI menurut Tim Pokja SDKI (2017) meliputi: mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita, tanda gejala penyakit anggota keluarga semakin berat, usaha keluarga dalam menangani masalah kesehatan tidak akurat, dan tidak berhasil dalam melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko.

Dalam penentuan prioritas masalah, diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif menjadi prioritas kedua setelah defisit pengetahuan dengan total skor 4,3. Penentuan skoring ditentukan berdasarkan kriteria yang dapat mempengaruhi penentuan masalah menurut Maglaya (2009).

C. Intervensi

1. Defisit pengetahuan tentang gastritis b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Intervensi yang ditetapkan dibuat sesuai dengan masalah yang muncul pada klien. Tujuan dari intervensi ini sendiri yaitu adanya peningkatan pengetahuan klien dan keluarga mengenai gastritis meningkat dengan kriteria hasil sebagai berikut; perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, serta persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (PPNI, 2018).

Intervensi pada diagnosa ini difokuskan pada edukasi kesehatan. Rencana tindakan serta penambahan rasional: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, hal ini dilakukan agar mahasiswa mengetahui kesiapan keluarga dalam menerima pendidikan kesehatan mengenai gastritis. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, dilakukan untuk menyesuaikan waktu senggang klien dan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, dilakukan untuk menunjang penerimaan informasi oleh keluarga

dengan bantuan media leaflet. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, pada tahap ini mahasiswa memberikan penjelasan mengenai hidup dengan menjaga lingkungan selalu dalam kondisi bersih dan pola gaya hidup sehat yang dapat diterapkan klien dan keluarga untuk membantu meningkatkan kesehatan terutama pada klien yang mengalami gastritis.

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit

Rencana tindakan untuk memberikan asuhan keperawatan dalam 3x60 menit, diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit, diharapkan diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat. Indikator keberhasilan yang ingin dicapai yaitu setelah diberi asuhan keperawatan maka diharapkan kemampuan menjelaskan masalah yang dialami meningkat, aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat, tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat, dan gejala penyakit anggota keluarga menurun (PPNI, 2018).

Intervensi pada diagnosa ini ditegaskan berdasarkan luaran utama dukungan keluarga merencanakan perawatan. Tindakan serta penambahan rasional tersebut diantaranya: identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga, dilakukan untuk mengetahui implementasi apa yang tepat untuk diterapkan keluarga dalam membantu merawat anggota klien dengan gastritis. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan, pada hal ini dilakukan mahasiswa untuk memberi dukungan berupa dukungan sikap dan emosi terhadap klien dalam penanganan masalah kesehatannya dengan bantuan anggota keluarga klien. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga, dilakukan untuk membantu klien dan keluarga memutuskan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang digunakan untuk kontrol kesehatan atau berobat klien. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga, dalam hal ini dilakukan untuk membimbing keluarga mengenai cara yang bisa

dilakukan untuk membantu merawat klien dengan gastritis mencapai kondisi sehat yang diinginkan diantaranya adalah mendampingi dan mengawasi klien agar teratur minum obat. Intervensi yang telah disusun oleh mahasiswa sudah diterapkan kepada klien dan keluarga.

D. Implementasi

1. Defisit pengetahuan tentang gastritis b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Tindakan yang telah diterapkan pada klien selaras dengan intervensi yang telah ditetapkan, yaitu menilai kesiapan dan kemampuan penerimaan informasi, menyediakan materi serta media untuk pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, dan memberikan peluang bagi klien untuk mengajukan pertanyaan.

Tindakan keperawatan yang diberikan oleh penulis adalah pendidikan kesehatan terkait penyakit gastritis. Penyuluhan terkait kesehatan yang disampaikan meliputi definisi, penyebab, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin terjadi dari gastritis. Pelaksanaan pendidikan kesehatan tidak terdapat kendala. Selama proses edukasi dengan metode pendidikan kesehatan, keluarga dan klien tampak memahami dan menerima informasi yang sudah dipaparkan oleh penulis dengan baik.

Stuart menyatakan bahwa pendidikan kesehatan merupakan bagian integral dari program kesehatan dan kedokteran yang melibatkan serangkaian langkah yang direncanakan untuk mengubah perilaku individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan. Tujuan dari perubahan ini adalah untuk mendukung pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit, dan mempromosikan gaya hidup sehat. Dalam prosesnya, pendidikan kesehatan berfokus pada perubahan cara berpikir, sikap, dan tindakan yang berhubungan dengan kesehatan (Musakkar & Tanwir Djafar, 2020).

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit

Implementasi yang sudah dilakukan kepada klien sesuai dengan intervensi yang ditetapkan yaitu identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga, motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan, anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, dan ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. Penerapan ini dilakukan melalui masing-masing intervensi antara lain pengaturan pola makan diet gastritis, menjelaskan tentang diet gastritis dengan harapan keluarga mampu menyediakan menu makan sesuai dengan susunan menu diet gastritis yang sudah dibuatkan penulis sebagai petunjuk penerapan, pengawasan keluarga kepada klien agar tetap minum obat secara teratur, dan menggunakan fasilitas kesehatan terdekat berupa puskesmas untuk kontrol atau berobat.

Pengaturan pola makan sangat penting untuk penderita gastritis terutama pada lansia yang hidup sendiri. Ditinjau dari hasil analisis 16 artikel yang dilakukan di tempat yang berbeda yaitu di Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi, Sumatera Selatan, dan Jambi didapatkan 9 faktor penyebab kejadian gastritis. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor jenis makanan, frekuensi makan, porsi makan, stress, konsumsi alkohol, konsumsi kopi, merokok, jenis kelamin dan usia (Yulius Tiranda, 2021).

Penggunaan obat yang tepat dan teratur juga merupakan langkah penting untuk mendapatkan hasil kesehatan yang lebih baik terhadap penderita sehingga kondisi sehat yang diinginkan terwujud. Tercapainya keberhasilan dalam pengaturan pola makan dan keteraturan klien dalam minum obat juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan bagi lansia dalam penatalaksanaan gastritis di rumah, terutama pada lansia yang tinggal sendiri (Putri Wiraini et al., 2021). Hal ini sejalan dengan hasil riset oleh A. Rabiatul & H. Mira Hasti di Kelurahan Perupuk Tabing Kecamatan Koto Tengah Kota Padang dengan hasil riset bahwa bentuk dari dukungan keluarga bagi orang lanjut usia diberikan dalam bentuk dukungan perasaan, apresiasi, pengetahuan, dan bentuk bantuan praktis (Adawia & Hasmira, 2020).

Dukungan keluarga emosional diberikan dalam bentuk rasa kepedulian atau kasih sayang, dukungan informasi dengan selalu mengingatkan atau menasihati anggota keluarga berhubungan dengan penyakitnya, dukungan instrumental meliputi melengkapi fasilitas kebutuhan yang dibutuhkan oleh anggota keluarga, serta dukungan penghargaan, seperti memberikan pujian.

E. Evaluasi

1. Defisit pengetahuan tentang gastritis b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Evaluasi dari implementasi telah dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Hasil dari assessment penilaian yaitu masalah teratasi dibuktikan dengan keluarga sudah mampu menerima dan memahami edukasi mengenai kesehatan yang mencakup definisi, faktor penyebab, tanda gejala, dan komplikasi yang mungkin timbul dari gastritis sehingga persepsi keluarga sudah tepat mengenai gastritis. Hasil assessment juga dibuktikan dengan perilaku sesuai anjuran yaitu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta perilaku sesuai pengetahuan yaitu mengubah pola makan.

2. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit

Evaluasi dari implementasi telah dilakukan berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Hasil dari assessment penilaian yaitu masalah teratasi dibuktikan dengan keluarga sudah mengetahui diet yang baik untuk klien, mulai menyediakan menu makan sesuai diet gastritis klien dan memberi dukungan dengan selalu mengawasi klien agar minum obat teratur.

BAB V

PENUTUP

BAB V ini merupakan langkah terakhir dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, meliputi membuat kesimpulan serta saran yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk pemberi asuhan keperawatan pada penderita gastritis.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian

Pengkajian yang diterapkan oleh penulis pada Bp. M yang memiliki masalah gastritis mencakup data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, pengkajian lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping keluarga, pemeriksaan fisik, dan harapan keluarga. Didapatkan hasil berupa data subyektif dan data obyektif yang dapat membuat penulis menegakkan dua diagnosa keperawatan yaitu defisit pengetahuan tentang gastritis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa utama yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dan skoring prioritas masalah adalah defisit pengetahuan tentang gastritis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah disertai dengan diagnosa pendukung yaitu manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.

3. Intervensi

Intervensi atau rencana keperawatan yang disusun dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan, telah dicapai sesuai dengan ketentuan SLKI dan SIKI meliputi observasi, terapeutik, edukasi, serta kolaborasi

4. Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3x60 menit sesuai dengan jadwal intervensi yang disusun oleh penulis dan tidak terjadi kendala dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

5. Evaluasi

Hasil evaluasi asuhan keperawatan dari kedua diagnosa dilakukan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x60 menit, dan didapatkan bahwa evaluasi kedua masalah teratasi dengan tujuan teratasi dan intervensi dihentikan.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah diharapkan agar institusi pendidikan bisa meningkatkan pengetahuan serta keahlian penulis dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus gastritis.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan.

3. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan mampu mengembangkan pelayanan kesehatan terutama dalam hal pemberian pendidikan kesehatan untuk membantu menangani keluhan atau permasalahan yang terjadi di masyarakat.

4. Bagi Masyarakat/keluarga

Diharapkan agar masyarakat atau keluarga dapat meningkatkan 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang meliputi kemampuan keluarga mengenal masalah, kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat, kemampuan keluarga merawat anggota yang sakit, kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat, dan kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawia, R., & Hasmira, M. H. (2020). Dukungan Keluarga Bagi Orang Lanjut Usia di Kelurahan Parupuk Tabing Kecamatan Koto Tengah Kota Padang. *Jurnal Perspektif*, 3(2), 316.
- Asriani. (2018). *Kementerian kesehatan republik indonesia poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan 2018*. 75.
- Bhakti Kencana, U. (2022). Pola makan dengan kejadian gastritis Diet with the incidence of gastritis Sumbara. *AACENDIKIA: Journal of Nursing*, 01(1), 6–9. <https://doi.org/10.1234/aacendikiajon.v1i2>
- Dadu, F. D. (2020). Penyakit Gastritis. *Who, 1.1. Dadu*(1. Dadu FD. Penyakit Gastritis. 2020;1.1. Dadu.), 1. Dadu FD. Penyakit Gastritis. 2020;1.1. Dadu.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2021). Profil Kesehatan Kota Semarang 2020. Semarang : Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2021, 3 p. *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, 69.
- Diniarti, A. A. T. R. W. W. F. (2022). Analisis Implementasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU PTM) Pada Lansia Di Puskesmas Rawat Inap Muara Pinang Kabupaten Empat Lawang. *Jurnal Vokasi Kesehatan, Vol 1 No 2 (2022)*, 79–88. <https://journal.bengkuluinstitute.com/index.php/juvokes/article/view/138/111>
- Eka Novitayanti. (2020). Identifikasi Kejadian Gastritis Pada Siswa Smu Muhammadiyah 3 Masaran. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 10(1), 18–22. <https://doi.org/10.47701/infokes.v10i1.843>
- Gintulangi, F., Ilham, R., & Lasanuddin, H. V. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Gastritis di Panti Griya Lansia Jannati. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(2), 99–114.
- La Sakka, L. S. (2021). Penggunaan Obat Gastritis Golongan Proton Pump Inhibitor Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Labuang Baji Makassar 2021. *Journal of Pharmaceutical Science and Herbal Technology*, 6(1), 29–33.

<https://doi.org/10.35892/jpsht.v6i1.642>

- Maidartati, M., Ningrum, T. P., & Fauzia, P. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gastritis Pada Remaja Di Bandung. *Jurnal Keperawatan Galuh*, 3(1), 21. <https://doi.org/10.25157/jkg.v3i1.4654>
- Mardalena, I. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan* (A. Savitri (ed.)). Pustaka Baru.
- Muhith A, & Siyoto S. (2016). Pengaruh Pola Makan Dan Merokok Terhadap Kejadian Gastritis Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan*, IX(3), 136–139.
- Musakkar, S. M. H. K., & Tanwir Djafar, S. M. K. (2020). Promosi Kesehatan: Penyebab Terjadinya Hipertensi. *Pendidikan Dan Promosi Kesehatan*, 20. <https://osf.io/34yna/download>
- Penny Oktoriana, & Lucia Firsty Puspita Krishna. (2020). Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Gastritis. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3(2), 197–209. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v3i2.54>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (T. P. S. D. PNI (ed.); Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Tim Pokja PPNI (ed.); Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Tim Pokja PPNI (ed.); Edisi 1). DPP PPNI.
- Prihashinta, A. W., & Putriana, D. (2022). Asupan Vitamin D, Frekuensi Makan Dan Keluhan Gejala Gastritis Pada Mahasiswa. *Journal of Nutrition College*, 11(2), 120–125. <https://doi.org/10.14710/jnc.v11i2.33126>
- Putri Wiraini, T., Zuhra, R. M., & Hasneli, Y. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Pada Masa COVID-19. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 10(1), 44–53. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v10i1.99>
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017a). *PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat* (J. Sahar, Riyanto, & W.

- Wiarsih (eds.)). Penerbit Universitas Indonesia (UI-Pres).
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017b). *PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat* (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih (eds.)). Penerbit Universitas Indonesia (UI-Pres).
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017c). *PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat* (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih (eds.)). Penerbit Universitas Indonesia (UI-Pres).
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017d). *PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN: Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat* (J. Sahar, Riyanto, & W. Wiarsih (eds.)). Penerbit Universitas Indonesia (UI-Pres).
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Suhariyati, Primasari, N. A., Rasiman, N. B., P, M. D., & Rumbo, H. (n.d.-a). *KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)* (Risnawati (ed.)). Duta Media Publishing.
- Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Suhariyati, Primasari, N. A., Rasiman, N. B., P, M. D., & Rumbo, H. (n.d.-b). *KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING)* (Risnawati (ed.)). Duta Media Publishing.
- Songupnuan, M. P. (2021). *Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Ny. M Dengan Diagnosa Medis Gastritis Di Desa Rangkah Kidul Kecamatan Sidoarjo Kabupaten Sidoarjo*. 6.
- Suprpto. (2020). Application of Nursing Care with “Gastritis” Digestive System Disorders. *Gastritis" Digestive System Disorders*, 11(1), 24–29. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.211>
- Susanto, T. (2021a). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada*

- Praktik Asuhan Keperawatan* (A. P. Padaallah, Lutfian, L. A. Luky, O. N. Jelita, I. Rosyida, A. R. Pujiono, A. N. Mahjuroh, & D. S. N. Habibi (eds.); Edisi 2, pp. 81–91). Trans Info Media.
- Susanto, T. (2021b). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan* (A. P. Padaallah, Lutfian, L. A. Luky, O. N. Jelita, I. Rosyida, A. R. Pujiono, A. N. Mahjuroh, & D. S. N. Habibi (eds.); Edisi 2, p. 66). Trans Info Media.
- Susanto, T. (2021c). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga* (A. P. Padaallah, Lutfian, L. A. Luky, O. N. Jelita, I. Rosyida, A. R. Pujiono, A. N. Mahjuroh, & D. S. N. Habibi (eds.); Edisi 2, p. 11). Trans Info Media.
- Susanto, T. (2021d). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga* (A. P. Padaallah, Lutfian, L. A. Luky, O. N. Jelita, I. Rosyida, A. R. Pujiono, A. N. Mahjuroh, & D. S. N. Habibi (eds.); Edisi 2). Trans Info Media.
- Tampubolon, K. N. (2020). Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan. *Tahap Tahap Proses Keperawatan*, 7–8. <https://osf.io/preprints/5pydt/>
- Tussakinah, W., Masrul, M., & Burhan, I. R. (2018). Hubungan Pola Makan dan Tingkat Stres terhadap Kekambuhan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Tarok Kota Payakumbuh Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), 217. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i2.805>
- Widya Pratiwi, & Ivan Esmu Aji. (2021). Pengaruh Health Literacy Melalui Media Brosur Tentang Pengobatan Gastritis Terhadap Pengetahuan Warga Di Desa Muktiharjo Kabupaten Pati . *Cendekia Journal of Pharmacy* , 5(1), 63–69.
- Yessi Angelica, & Ernawaty Siagian. (2022). Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Gastritis pada Mahasiswa Keperawatan Universitas Advent Indonesia. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(1), 43–49. <https://doi.org/10.56338/pjkm.v12i1.2451>
- Yulius Tiranda, W. A. C. N. S. (2021). FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN GASTRITIS DI INDONESIA : LITERATURE REVIEW Mahasiswa IKesT

Muhammadiyah Palembang , Sumatera Selatan , Indonesia IKesT
Muhammadiyah Palembang , Sumatera Selatan , Indonesia. *Jurnal
Keperawatan Merdeka (JKM)*, 1(November), 209–223.

