BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Pengertian

Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah sistolik lebih dari 150mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. (Prof.Dr.dr.Budhi Setianto, 2007)

Hipertensi adalah tekanan darah persisten atau terus menerus sehingga melebihi batas normal dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg.(Smeltzer & Bare, 2002 :896) Nilai normal tekanan darah seseorang secara umum adalah 120/80mmHg. ((Purnomo,2009)

2.1.2 Etiologi

Hipertensi dikelompokkan menjadi 2 kelompok :

1. Hipertensi primer

Merupakan hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Penyebab hipertensi primer ini masih belum di ketahui secara pasti (terdapat 90% dari seluruh pasien hipertensi). Hipertensi ini kemungkinan memiliki banyak penyebab, beberapa perubahan pada pembuluh jantung dan pembuluh darah kemungkinan bersama sama menyebabkan meningkatnya tekanan darah.

2. Hipertensi sekunder

Merupakan hipertensi yang penyebabnya sudah diketahui. disebabkan dari penyakit lain seperti kerusakan ginjal, diabetes.(Purnomo,2009)

2.1.3 Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla oblongata di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatik yang berlanjut ke bawah korda spinalis dan keluar dari kolomna medulla ke ganglia simpatis di torax dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system syaraf simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang merangsang serabut saraf paska ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya noreprinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai factor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Vasokonstriksi ini yang menyebabkan pembuluh darah akibat aliran darah yang ke ginjal menjadi berkurang atau menurun dan berakibat diproduksinya rennin, rennin akan merangsang pembentukan angiotensi I yang kemudian diubah menjadi angiotensi II yang merupakan vasokonstriktor yang kuat yang merangsang sekresi aldosteron oleh kortex adrenal. Hormone aldosteron ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal dan menyebabkan peningkatan volume cairan intra vaskuler yang menyebabkan hipertensi.

2.1.4 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit hipertensi diantaranya penyakit pembuluh darah otak seperti stroke, perdarahan otak, transient ischemic attack (TIA). Penyakit jantung seperti gagal jantung, angina pectoris, infark miokard akut (IMA). Penyakit ginjal seperti gagal ginjal. Penyakit mata seperti perdarahan retina, penebalan retina.

2.1.5 Penatalaksanaan

Terdapat 2 cara penanggulangan hipertensi menurut FKUI (2000 : 214-219) yaitu dengan nonfarmakologis dan dengan farmakologis. Cara non farmakologis dengan menurunkan berat badan pada penderita yang gemuk. diet rendah garam dan rendah lemak, mengubah kebiasaan hidup, olahraga secara teratur dan mengontrol tekanan darah secara teratur. Sedangkan dengan cara farmakologis yaitu dengan cara memberikan obat-obatan anti hipertensi seperti diuretic seperti HCT, Lasix. Beta blocker seperti propranolol. Alfa blocker seperti phentolamin, prozazine, nitroprusside captopril. Antagonis kalsium seperti nefedipine(adalat). Tujuan pengobatan dari hipertensi adalah menurunkan angka mortalitas sehingga upaya harapan dalam menemukan obat anti hipertensi terus dikembangkan.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.2.1 Pengertian Keperawatan Komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan pelayanan keperawatan profesional yang ditunjukkan kepada masyarakat dengan pendekatan pada kelompok resiko tinggi, dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan. (Fallen & Dwi Budi,2010)

Perawatan kesehatan komunitas merupakan kegiatan promosi, pemeliharaan dan pendidikan kesehatan serta manajemen, koordinasi dan kontinuitas asuhan dalam layanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok atau komunitas (ANA dalam Stanhope & Lancaster,2004)

Menurut WHO keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan ketrampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan social, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempurnaan, kondisi social, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditunjukkan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan keterpaduan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan dengan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif, secara menyeluruh dan terpadu ditujukan kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal.

2.2.2 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan. Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

1. Individu Sebagai Klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Peran perawatan pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan biologi, sosial, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurangnya kemauan menuju kemandirian pasien/ klien.

2. Keluarga Sebagai Klien

Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat atau masyarakat secara keseluruhan. Keluarga dalam fungsinya mempengaruhi dan lingkup kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri.

3. Masyarakat Sebagai Klien

Masyarakat memiliki ciri-ciri adanya interaksi antar warga, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga. Kesehatan dalam keperawatan kesehatan komunitas didefinisikan sebagai kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan afektif. Kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. Menurut Hendrik L. Blum ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik yaitu lingkungan yang berkaitan dengan fisik seperti: air, udara, sampah, tanah, iklim, dan perumahan. Contoh di suatu daerah mengalami wabah diare dan penyakit kulit akibat kesulitan air bersih. Keturunan merupakan faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawanya sejak lahir, misalnya penyakit asma.

Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan saling menunjang satu dengan yang lainnya dalam menentukan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.2.3 Tujuan Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan sebagai upaya dalam pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan keperawatan langsung (direction) terhadap individu, keluarga dan kelompok didalam konteks komunitas serta perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan masalah atau isu kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi individu, keluarga serta masyarakat.

1. Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri.

2. Tujuan khusus

- a. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
- b. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.

- c. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
- d. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
- e. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindaklanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
- f. Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di Puskesmas.
- g. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat optimal. (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.2.4 Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang beresiko tinggi seperti keluarga penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil.

Menurut Anderson (1988) sasaran keperawatan komunitas terdiri dari tiga tingkat yaitu :

1. Tingkat Individu

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu yang mempunyai masalah kesehatan tertentu (misalnya TBC, ibu hamil dll)

yang dijumpai di poliklinik, Puskesmas dengan sasaran dan pusat perhatian pada masalah kesehatan dan pemecahan masalah kesehatan individu.

2. Tingkat Keluarga

Sasaran kegiatan adalah keluarga dimana anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dirawat sebagai bagian dari keluarga dengan mengukur sejauh mana terpenuhinya tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, memberikan perawatan kepada anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang sehat dan memanfaatkan sumber daya dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

3. Tingkat Komunitas

Dilihat sebagai suatu kesatuan dalam komunitas sebagai klien.

- a. Pembinaan kelompok khusus
- b. Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah

2.2.5 Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

Ruang lingkup praktek keperawatan masyarakat meliputi: upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, maupun resosialitatif. Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan,

pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, dan rekreasi. Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat melalui pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas, dan kunjungan rumah. Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari puskesmas atau RS. Upaya rehabilitatif merupakan pemulihan terhadap pasien yang dirawat dirumah atau kelompok kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta, dan kegiatan fisioterapi pada penderita stroke. Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita ke masyarakat. (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.3 Konsep Lanjut Usia Dengan Hipertensi

2.3.1 Pengertian Lansia

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Dimasa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental, social secara bertahap. Lansia bukanlah suatu penyakit, namun merupakan suatu tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dijalani semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Surini & Utomo,2003).

Batasan umur lansia menurut WHO :

Usia pertengahan (middle age) : 45-59 tahun

Lanjut usia (elderly) : 60-74 tahun

Lanjut usia tua (old)	: 75-90 tahun
Usia sangat tua	: diatas 90 tahun

2.3.2 Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, akan terjadi penuaan yang akan berdampak pada perubahan perubahan diri manusia. Perubahan perubahan yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut :

1. Perubahan Fisik

a. Sistem penglihatan

Perubahan system penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Ketajaman dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat akan berkurang, kekeruhan pada lensa mata, penggunaan kacamata untuk membantu penglihatan.

b. Sistem pendengaran

Adanya gangguan pendengaran karena hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata kata. Hal ini 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

c. System integument

Pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga tipis dan berbecak. Perubahan kulit banyak dipengaruhi oleh factor lingkungan antara lain angin dan matahari.

d. System kardiovaskuler

Katub jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding aorta menurun, kemampuan jantung memompa menurun 1% setiap tahun sesudah umur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.

e. System respirasi

Elastisitas paru-paru menurun, Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan menjadi kaku, ukuran alveoli melebar dari normal dan jumlahnya berkurang, oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.

f. System gastrointestinal

Menurunnya sensitifitas pada indra pengecap karena iritasi yang kronis dari selaput lendir, banyaknya gigi yang tanggal, Pada lambung rasa lapar akan menurun, asam lambung menurun, peristaltic melemah dan biasa timbul konstipasi,

g. System perkemihan

Pada system ini lansia banyak mengalami kemunduran seperti laju filtrasi, eksresi dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini akan berdampak dalam pemberian obat pada lansia. Ia akan kehilangan kemampuan untuk mengeksresi obat atau produk metabolisme obat.

h. System syaraf

Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat. Perubahan tersebut mengakibatkan peunuruna fungsi kognitif.

i. System reproduksi

Perubahan reproduksi pada lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara, selaput lendir vagina menurun, dan sekresi menjadi berkurang (Watson, 2003). Pada laki laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asalkan kondisi sehat).

2. Perubahan Mental

Faktor faktor yang mempengaruhi perubahan mental meliputi :

- a. Pertama tama perubahan fisik.
- b. Kesehatan umum
- c. tingkat pendidikan
- d. Keturunan
- e. Lingkungan
- f. memory (daya ingatan) dibagi menjadi dua meliputi :
 - Memory jangka panjang : kurang mengalami perubahan pada ingatan jangka panjang

- Memory jangka pendek : mengalami perubahan pada ingatan jangka pendek yang terjadi 0-10 menit.

- g. Tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika dan perkataan verbal, adanya penurunan pada persepsi dan daya membayangkan.

3. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun.

- a. Kehilangan sumber financial (besarnya penghasilan semula)
- b. Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi dengan segala aktifitasnya.
- c. Kehilangan teman atau kenalan
- d. Kehilangan kegiatan atau pekerjaan

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas

2.4.1 Pengkajian

Dalam mengkaji / mengumpulkan data data masyarakat ada beberapa komponen yang diperlukan untuk dijadikan sasaran pengkajian diantaranya: penduduk (data demografi), geografi, fasilitas fisik (baik fasilitas kesehatan maupun fasilitas lainnya), system pemerintahan, perekonomian dan system social. Dari beberapa teori yang membahas komponen atau aspek yang akan dikaji dalam masyarakat salah satunya

yaitu model Community assessment wheel. Dalam model ini ada beberapa elemen / komponen yang harus dikaji dalam suatu masyarakat dengan ditambah data inti dari masyarakat itu sendiri yang berupa Community core. Komponen –komponen tersebut terdiri dari :

- a. Core atau inti: data demografi kelompok atau komunitas yang terdiri: umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, agama, nilai-nilai, keyakinan serta riwayat timbulnya kelompok atau komunitas.
- b. Delapan subsistem yang mempengaruhi komunitas (Betty Neuman):
 - 1) Perumahan: rumah yang dihuni oleh penduduk, penerangan, sirkulasi dan kepadatan.
 - 2) Pendidikan: apakah ada sarana pendidikan yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan.
 - 3) Keamanan dan keselamatan di lingkungan tempat tinggal: apakah tidak menimbulkan stress.
 - 4) Politik dan kebijakan pemerintah terkait dengan kesehatan: apakah cukup menunjang sehingga memudahkan komunitas mendapat pelayanan di berbagai bidang termasuk kesehatan.
 - 5) Pelayanan kesehatan yang tersedia untuk melakukan deteksi dini gangguan atau merawat atau memantau apabila gangguan sudah terjadi.

- 6) System komunikasi: Sarana komunikasi apa saja yang dapat dimanfaatkan di komunitas tersebut untuk meningkatkan pengetahuan terkait dengan gangguan nutrisi misalnya televisi, radio, koran atau leaflet yang diberikan kepada komunitas.
- 7) Ekonomi: Tingkat sosial ekonomi komunitas secara keseluruhan apakah sesuai dengan UMR (Upah Minimum Regional), dibawah UMR atau diatas UMR sehingga upaya pelayanan kesehatan yang diberikan dapat terjangkau, misalnya anjuran untuk konsumsi jenis makanan sesuai status ekonomi tersebut.
- 8) Rekreasi: Ada tidak tersedia sarananya, kapan saja dibuka, dan apakah biayanya terjangkau oleh komunitas. Rekreasi ini hendaknya dapat digunakan komunitas untuk mengurangi stress.

Setelah dilakukan pengkajian kemudian dikelompokkan dan dianalisa seberapa besar stressor yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul pada masyarakat tersebut. Berdasarkan data tersebut dapat dapat disusun diagnosa keperawatan komunitas dimana terdiri dari: Masalah Kesehatan, Karakteristik populasi, Karakteristik Lingkungan (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Menyimpulkan masalah keperawatan di komunitas berdasarkan klasifikasi kepemilikan masalah menurut OMAHA
2. Formulasi penulisan diagnosa keperawatan :

- a. Problem
 - b. Etiologi
 - c. Data yang mendukung
3. Tipe diagnosa keperawatan komunitas dibagi menjadi 3 yaitu:
- a. Diagnose actual, dimana karakteristiknya adalah adanya data mayor (utama). Sehingga cukup valid untuk diangkat.
 - b. Diagnose resiko dan resiko tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya faktor faktor di komunitas yang beresiko. Data yang menunjang untuk diagnosa resiko adalah data yang memvalidasi faktor-faktor resiko.
 - c. Diagnosa Sehat/ Sejahtera/ Wellnes, dimana diagnosa ini adalah menggambarkan keadaan sehat dikomunitas. Diagnosa ini perlu diangkat dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi di komunitas yang sudah sehat dengan kegiatan Promotif dan Preventif (Imam Subekti, 2005).

Berikut ini adalah daftar Diagnosa Keperawatan Komunitas berdasarkan Klasifikasi Kepemilikan Masalah OMAHA. Diagnosa keperawatan OMAHA ini terdiri dari 4 klasifikasi masalah, yaitu Lingkungan, Psikososial, Fisiologis, dan Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan terdiri dari 40 macam masalah.

DAFTAR			
KLASIFIKASI MASALAH MENURUT OMAHA			
I.Pemilikan Lingkungan	II.Pemilikan Psikososial	III.Pemilik Fisiologis	IV.Pemilik Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan
<ul style="list-style-type: none"> - Pendapatan -Sanitasi -Pemukiman -Keamanan pemukiman/tempat kerja -Yang lain 	<ul style="list-style-type: none"> -Komunikasi dengan sumber masyarakat -Kontak sosial -Perubahan peranan -Hubungan antar anak -Kegelisahan agama -Kesedihan -Stabilitas emosi -Seksualitas manusiawi -Memelihara keorang tuaan -Anak/dewasa ditelantarkan -Perlakuan salah terhadap anak/orang dewasa 	<ul style="list-style-type: none"> -Pendengaran -Penglihatan -Berbicara dan bahasa -Geligi -Pengamatan -Nyeri -Kesadaran -Bungkus/kulit -Fungsi neuromuskuluskeletal -Respirasi -Sirkulasi -Digesti – hidrasi -Fungsi perut -Fungsi genitourinaria -Ante partum/ post partum 	<ul style="list-style-type: none"> -Nutrisi -Pola istirahat dan tidur -Aktifitas fisik -Kebersihan perorangan -Penyalahgunaan obat -Keluarga berencana -Penyedia pelayanan kesehatan -Peraturan penulisan resep -Tekhnis prosedur

	-Pertumbuhan dan perkembangan -Lain – lain	-Lain - lain	-Lain - lain
--	---	--------------	--------------

2.4.3 Menyusun Rencana Asuhan Keperawatan

Komponen dalam menyusun asuhan keperawatan komunitas :

1. Prioritas masalah, menggunakan skoring
2. Merumuskan tujuan
 - a. Berorientasi pada masyarakat
 - b. Berorientasi pada masalah dan faktor – faktor penyebabnya
 - c. Jangka waktu pencapaian (jangka panjang – jangka pendek)
3. Merumuskan kriteria hasil

Menuliskan ukuran / standar pencapaian hasil yang diharapkan sesuai tujuan.

4. Menyusun aktifitas / intervensi
 - a. Pendekatan 3 tingkat pencegahan
 - b. Kerjasama lintas program dan sector

5. Menetapkan :
 - a. Penanggung jawab
 - b. Menetapkan waktu pelaksanaan
 - c. Menetapkan tempat pelaksanaan
 - d. Menetapkan metode dan media yang digunakan.

2.4.4 Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
 - a. Pelatihan kader kesehatan
 - b. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - c. Standarisasi nutrisi yang baik
 - d. Penyediaan perumahan
 - e. Tempat – tempat rekreasi
 - f. Konseling perkawinan

- g. Pendidikan seks dan masalah – masalah genetika
 - h. Pemeriksaan kesehatan secara periodik
2. Preventif :
- a. Keselamatan dan kesehatan kerja
 - b. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
 - c. Pemberian nutrisi khusus
 - d. Pengamatan / penyimpanan barang, bahan yang berbahaya
 - e. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - f. Imunisasi khusus pada kelompok khusus
 - g. Personal hygiene dan kesehatan lingkungan
 - h. Perlindungan kecelakaan keja dan keselamatan kerja
 - i. Menghindari dari sumber alergi
3. Pelayanan kesehatan langsung :
- a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Balita dan Lansia
 - b. Home Care
 - c. Rujukan
 - d. Pembinaan pada kelompok – kelompok di masyarakat

Pada kegiatan praktik komunitas lebih berfokus pada tingkat pencegahan yaitu :

1. Pencegahan Primer

Pencegahan sebelum sakit dan di fokuskan pada populasi sehat, mencakup pada kegiatan kesehatan secara umum serta perlindungan khusus terhadap penyakit.

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan ini lebih menekankan pada diagnosa dini dan tindakan untuk menghambat terjadinya proses penyakit.

3. Pencegahan Tersier

Kegiatan yang menekankan pengembalian individu pada tingkat berfungsinya secara optimal dari ketidakmampuan keluarga (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.4.5 Tahap Evaluasi

Merupakan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi rencana berikutnya (R. Fallen & R. Budi, 2010).

2.5 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Kelompok Lansia Dengan Hipertensi

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian didapatkan dari data hasil wawancara dan pengamatan melalui windshield survey.

Komponen komponen windshield survey antara lain :

- a. Perumahan dan lingkungan : bentuk bangunan rumah, status kepemilikan rumah, jenis lantai, system pencahayaan rumah pada siang hari, jarak rumah satu dengan rumah yang lain, apakah ada halaman rumah untuk mengisi waktu luang, apakah ada pemanfaatan pekarangan rumah yang bisa digunakan oleh sekelompok lansia,
- b. Lingkungan terbuka : luas sempitnya lahan disekitar, dan pemanfaatan lahan yang kosong,
- c. Batas : kondisi lingkungan bersih atau kotor, apakah berbatasan dengan sungai, selokan atau jalan. Berbatasan dengan apakah batas wilayah barat, timur, utara, selatan
- d. Kebiasaan : kegiatan yang sering dilakukan pada sekelompok lansia.
Misal : sering memkonsumsi makanan yang asin, kebiasaan merokok, kebiasaan minum alcohol, kebiasaan minum kopi. apakah sering mengikuti posyandu lansia,

- e. Transportasi : jenis dan alat transportasi yang digunakan sekelompok lansia untuk mobilisasi sehari-hari, jarak antara tempat sekelompok lansia dengan sarana kesehatan.
- f. Fasilitas umum : pusat pelayanan yang ada di sekitar lingkungan sekelompok lansia seperti puskesmas, klinik, rumah sakit, dan apotek
Pusat perbelanjaan di sekitar kelompok lansia yang mudah dijangkau seperti toko/warung tempat sembako, pedagang keliling.
Tempat beribadah di sekitar seperti masjid, atau musola.
- g. Suku bangsa: sebagian besar bahwa ras tekanan darah pada masyarakat kulit hitam lebih tinggi daripada golongan suku lain. Seperti orang Amerika berketurunan Afrika mempunyai tekanan darah lebih tinggi daripada orang Afrika hitam.
- h. Kesehatan dan angka kesakitan : penyakit terbanyak yang terjadi pada sekelompok lansia selama 3 bulan terakhir seperti hipertensi, asam urat, diabetes mellitus, stroke, dll
- i. Media : alat komunikasi yang digunakan sekelompok lansia untuk mendapatkan informasi. Misal televisi, radio, papan pengumuman.

2.5.2 Prioritas Masalah & Diagnosa Keperawatan

A. Menentukan Diagnosa Keperawatan

1. Resiko terjadinya komplikasi hipertensi pada kelompok lansia berhubungan dengan ketidakpatuhan lansia melakukan pemeriksaan hipertensi secara rutin

2. Kurangnya kesadaran kelompok lansia dalam menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat.
3. Kurangnya pengetahuan lansia tentang diet hipertensi berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet hipertensi.

B. Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel Penepisan masalah :

No	Diagnose keperawatan	Criteria												jumlah	keterangan	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			
1																
2																
3																
4																

Keterangan :

- A. Sesuai dengan peran perawat komunitas
- B. Jumlah yang beresiko
- C. Besarnya resiko
- D. Potensi untuk pendidikan kesehatan
- E. Minat masyarakat
- F. Kemungkinan untuk diatasi
- G. Sesuai dengan program pemerintah

- H. Tersedianya tempat
- I. Tersedianya waktu
- J. Tersedianya dana
- K. Tersedianya peralatan
- L. Tersedianya Sumber daya orang

Keterangan pembobotan :

- 1. Sangat rendah
- 2. Rendah
- 3. Cukup
- 4. Tinggi
- 5. Sangat tinggi

2.5.3 Rencana Keperawatan/Intervensi

- 1. Diagnosa pertama : Resiko terjadinya komplikasi hipertensi pada lansia berhubungan dengan ketidakpatuhan lansia melakukan pemeriksaan hipertensi secara rutin
 - a. Tujuan
 - 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW x Kelurahan x rutin untuk memeriksakan kesehatannya pada Puskesmas, Posyandu Lansia atau Pustu setempat.
 - 2) Tujuan jangka pendek
 - Kelompok Lansia RW x Kelurahan x mampu:

- a) Mengetahui tentang manfaat, jadwal dan kegiatan posyandu lansia.
- b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia.

b. Kriteria Hasil

- 1) Kegiatan pelayanan posyandu lansia dapat berjalan secara efektif serta kunjungan posyandu meningkat sampai dengan 100 % dalam kurun waktu 1 tahun.
- 2) Lansia mampu menyebutkan manfaat posyandu lansia dengan benar, jadwal posyandu lansia di RW x Kelurahan x dan kegiatan posyandu lansia. Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

c. Intervensi

1. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.
2. Beri penyuluhan tentang Hipertensi serta dampak jika tidak periksa atau ditindaklanjuti.
3. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan posyandu lansia.

- d. Penanggung Jawab
 - a. Penanggung Jawab : Petugas Kesehatan Setempat
 - b. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan Juli 2013
 - c. Tempat Pelaksanaan : Balai RW x Kelurahan x
 - d. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
 - e. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2. Diagnosa kedua : Kurangnya kesadaran kelompok lansia dalam menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat.
 - a. Tujuan
 - 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW x Kelurahan x mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang disediakan secara efektif.
 - 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia RW x Kelurahan x mampu:
 - a) Mengetahui manfaat berobat ke fasilitas kesehatan yang ada.
 - b) Mampu meningkatkan kesadaran untuk mengikuti kegiatan posyandu lansia.

b. Kriteria Hasil

1. Kegiatan pelayanan posyandu lansia dapat berjalan secara efektif.
2. Meningkatkan derajat kesehatan lansia. Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

c. Intervensi

1. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.
2. Beri penyuluhan tentang Hipertensi serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.
3. Kerjasama dengan lintas sektor : Kader dan Tokoh Masyarakat untuk rutin menghadiri Posyandu Lansia agar jadi contoh kepada Lansia setempat.

d. Penanggung Jawab

- a. Waktu Pelaksanaan : Tanggal x Bulan Juli 2013
- b. Tempat Pelaksanaan : Balai RW x Kelurahan x
- c. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
- d. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3 Diagnosa ketiga : Kurangnya pengetahuan lansia tentang diet hipertensi berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet hipertensi.

a. Tujuan

1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW x Kelurahan x mengerti tentang diet hipertensi dan menerapkan dalam kehidupan sehari – hari.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW x Kelurahan x mampu:

- a) Mengetahui komposisi menu untuk hipertensi.
- b) Mampu menyebutkan apa saja pantangan makanan untuk penderita hipertensi.

b. Kriteria Hasil

1) Lansia mengerti dan dapat menerapkan diet hipertensi dalam kehidupan sehari - hari.

2) Mampu memperagakan mengkonsumsi sesuai komposisi menu yang diajarkan. Mampu menyebutkan dengan benar makanan pantangan untuk penderita hipertensi.

c. Intervensi

1. Beri penyuluhan tentang Hipertensi komposisi menu diet untuk penderita hipertensi.
2. Beri contoh menu diet hipertensi.
3. Kerjasama dengan lintas program sektor : Kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita hipertensi setiap kegiatan posyandu lansia.

d. Penanggung Jawab

1. Waktu Pelaksanaan : Tanggal x Bulan Juli 2013
2. Tempat Pelaksanaan : Balai RW x Kelurahan x
3. Metode : Diskusi dan Tanya Jawab
4. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2.5.4 Pelaksanaan

Adalah pelaksanaan kegiatan – kegiatan yang telah direncanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melalui kelompok – kelompok yang ada di masyarakat, tokoh – tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sektor terkait lainnya, yang meliputi kegiatan :

1. Promotif :
 - a. Penyuluhan kesehatan/pendidikan kesehatan
 - b. Standarisasi nutrisi yang baik
 - c. Pemeriksaan kesehatan secara periodik

2. Preventif :
 - a. Pencegahan penyakit dan masalah kesehatan
 - b. Pemberian nutrisi khusus
 - c. Pemeriksaan kesehatan secara berkala
 - d. Imunisasi khusus pada kelompok khusus

3. Pelayanan kesehatan langsung :
 - a. Pelayanan kesehatan di Posyandu Lansia
 - b. Rujukan

2.5.5 Tahap Evaluasi

1. Perkembangan masalah kesehatan yang telah ditemukan
2. Pencapaian tujuan keperawatan (Terutama Tujuan Jangka Pendek)
3. Efektifitas dan efisien tindakan/kegiatan yang telah dilakukan