

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Hipertensi

2.1.1. Pengertian

Hipertensi menurut WHO adalah keadaan seseorang apabila mempunyai tekanan sistolik sama dengan atau lebih tinggi dari 160 mmHg dan tekanan diastolik sama dengan atau lebih tinggi dari 80 mmHg secara konsisten dalam beberapa waktu.

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg (M. Ardiansyah, 2012)

2.1.2. Etiologi

Hipertensi dapat dikelompokkan dalam dua kategori :

1. Hipertensi esensial (primer)

Tipe ini terjadi pada sebagian besar kasus tekanan darah tinggi-sekitar 95%, penyebab tidak diketahui, walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan.

2. Hipertensi sekunder

Tipe ini lebih jarang terjadi- hanya sekitar 5-10% dari kasus tekanan darah tinggi tipe ini disebabkan oleh kondisi medis lain (misalnya penyakit ginjal) atau luka bakar dan kegemukan, dan lain-lain. (M. Ardiansyah, 2012)

2.1.3. Patofisiologi

Jantung adalah sistim pompa yang berfungsi untuk memompakan darah keseluruh tubuh, tekanan tersebut bergantung pada factor cardiac output dan tekanan perifer. Pada keadaan normal untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan tubuh yang meningkat diperlukan peningkatan cardiac output dan tekanan perifer menurun .

Konsumsi sodium (garam) yang berlebihan akan mengakibatkan meningkatnya volume cairan dan pre load sehingga meningkatkan cardiac aoutput . Dalam sistim Renin - Angiotensien - aldosteron pada patogenesis hipertensi, glandula supra renal juga menjadi factor penyebab oleh karena faktor hormon. Sistim Renin mengubah angiotensin menjadi angiotensin I kemudian angiotensin I menjadi angiotensin II oleh Angiotensin Convection Ensym (ACE).

Angiotensin II mempengaruhi Control Nervus Sistim dan nervus perifer yang mengaktifkan sistim simpatik dan menyebabkan retensi vaskuler perifer meningkat . Disamping itu angiotensin II mempunyai efek langsung terhadap vaskuler smoot untuk vasokonstruksi renalis. Hal tersebut merangsang adrenal untuk mengeluarkan aldosteron yang akan meningkatkan extra Fluid volume melalui retensi air dan natrium. Hal ini semua akan meningkatkan tekanan darah melalui peningkatan cardiac output. (Bangbang Soehadi, 2003)

2.1.4. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi akibat hipertensi seperti , penyakit jantung koroner, gagal jantung ,gagal ginjal ,kerusakan mata, dan kerusakan pembuluh darah otak (Sri Rahayu, 2008).

2.1.4. Penatalaksanaan

Perawatan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

1. Pengaturan diet
2. Berolah raga
3. Obat-obatan penurun tekanan darah
4. Menghilangkan rasa takut
 - a. Diuretik : Hidrochlortiasid, Furosemid dan lain-lain.
 - b. Betabloker : Proparnolol, dan lain-lain.
 - c. Alfabloker : Prazosin dan loain-lain.
 - d. Penghambat ACE : Kaptopril dan lain-lain.
 - e. Antagonis Kalsium : Diltiasem dan lain-lain
5. Nutrisi

Dalam merencanakan menu makanan untuk penderita hipertensi ada beberapa factor yang perlu diperhatikan yaitu keadaan berat badan, derajat hipertensi, aktifitas dan ada tidaknya komplikasi. Sebelum pemberian nutrisi pada penderita hipertensi, diperlukan pengetahuan tentang jumlah kandungan natrium dalam bahan makanan. Makan biasa (untuk orang sehat rata-rata mengandung 2800 – 6000 mg per hari). Sebagian besar natrium berasal dari garam dapur.

Untuk mengatasi tekanan darah tinggi harus selalu memonitor keadaan tekanan darah serta cara pengaturan makanan sehari-hari. Secara garis besar ada 4 (empat) macam diet untuk menanggulangi atau minimal mempertahankan tekanan darah yaitu :

1. Diet rendah garam

Diet rendah garam pada hakekatnya merupakan diet dengan mengkonsumsi makanan tanpa garam. Garam dapur mempunyai kandungan 40% Natrium. Sumber sodium lainnya antara lain makanan yang mengandung soda kue, baking powder, MSG (Mono Sodium Glutamat), Pengawet makanan atau natrium benzoat biasanya terdapat dalam saos, kecap, selai, jelli, makanan yang terbuat dari mentega. Penderita tekanan darah tinggi yang sedang menjalankan diet pantang garam memperhatikan hal sebagai berikut :

- a. Hindari makanan awetan seperti kecap, margarine, mentega, keju, trasi, petis, biscuit, ikan asin, sardensis, sosis dan lain-lain.
- b. Hindari bahan makanan yang diolah dengan menggunakan bahan makanan tambahan atau penyedap rasa seperti saos.
- c. Hindari penggunaan beking soda atau obat-obatan yang mengandung sodium.
- d. Batasi minuman yang bersoda seperti cocacola, fanta, sprite.

2. Diet rendah kolesterol / lemak.

Didalam tubuh terdapat tiga bagian lemak yaitu kolesterol, trigliserida, dan pospolipid. Sekitar 25 – 50 % kolesterol berasal dari makanan dapat diarsorbsi oleh tubuh sisanya akan dibuang lewat faeces. Beberapa makanan yang mengandung kolestero tinggi yaitu daging, jeroan, keju keras, susu,

kuning telur, ginjal, kepiting, dan hati. Tujuan diet rendah kolesterol adalah menurunkan kadar kolesterol serta menurunkan berat badan bila gemuk. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam mengatur nutrisi pada hipertensi adalah :

- a. Hindari penggunaan minyak kelapa, lemak, margarine dan mentega.
 - b. Batasi konsumsi daging, hati, limpa dan jenis jeroan.
 - c. Gunakan susu full cream.
 - d. Batasi konsumsi kuning telur, paling banyak tiga butir per minggu.
 - e. Lebih sering mengkonsumsi tahu, tempe, dan jenis kacang-kacang lainnya.
 - f. Batasi penggunaan gula dan makanan yang manis-manis seperti sirup, dodol.
 - g. Lebih banyak mengkonsumsi sayur-sayuran dan buah – buahan.
3. Diet kalori bila kelebihan berat badan

Hipertensi tidak mengenal usia dan bentuk tubuh seseorang. Meski demikian orang yang kelebihan berat badan akan beresiko tinggi terkena hipertensi. Salah satu cara untuk menanggulangnya dengan melakukan diet rendah kalori, agar berat badannya menurun hingga normal. Dalam pengaturan nutrisi perlu diperhatikan hal berikut :

- a. Asupan kalori dikurangi sekitar 25 % dari kebutuhan energi atau 500 kalori untuk penurunan 0,5 kg berat badan per minggu.
- b. Menu makanan harus seimbang dan memenuhi kebutuhan zat gizi.
- c. Perlu dilakukan aktifitas olah raga ringan.

Contoh menu untuk penderita hipertensi :

1 piring nasi (100 gram), 1 potong daging (50 gram), 1 mangkok sup (130 gram), 1 potong tempe (50 gram), 1 potong pepaya (100 gram).
(Sri Rahayu, 2000)

2.2. Konsep Lansia dengan Hipertensi

2.2.1 Pengertian lanjut Usia

Pengertian lansia beragam tergantung pada kerangka pandang individu. Orang tua yang berusia 35 tahun dapat dianggap tua bagi anaknya dan tidak muda lagi. Orang sehat aktif berusia 65 tahun mungkin menganggap usia 75 tahun sebagai permulaan lanjut usia (Brunner dan Suddart, 2001). Menurut Surini dan Utomo (2003), lanjut usia bukan suatu penyakit, merupakan tahap lanjut dari proses kehidupan yang akan dialami semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Lilik Ma'rifatul A, 2011).

2.2.2 Batasan Lansia

2.1.1.1 Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO,2012), ada empat tahapan yaitu :

- 1) Usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun,
- 2) Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun,
- 3) Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun,
- 4) Usia sangat tua (very old) usia >90 tahun.

2.2.3 Klasifikasi Lanjut Usia

Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia :

- 1) Pralansian (prasenilis)

Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun

- 2) Lansia

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih

3) Lansia resiko tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003)

4) Lansia potensial

Lansia yang masi mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa. (Depkes RI, 2003)

5) Lansia tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain. (Depkes RI, 2003)

2.2.4 Karakteristik Lanjut Usia

Menurut Budi Anna Keliat (2005), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan.
- 2) Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga maladaptif.
- 3) Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.2.5 Beberapa permasalahan kesehatan lansia ditinjau dari aspek kesehatan

2.1.1.2 Permasalahan secara umum kesehatan lanjut usia :

- 1) Besarnya jumlah penduduk lanjut usia
- 2) Jumlah lanjut usia miskin makin lanjut
- 3) Nilai kekerabatan melemah dan tatanan masyarakat makin banyak
- 4) Rendahnya kualitas dan kuantitas tenaga profesional yang melayani lanjut usia
- 5) Terbatasnya sarana dan fasilitas pelayanan bagi lanjut usia
- 6) Adanya urbanisasi dan populasi

2.1.5.2 Permasalahan secara khusus kesehatan lanjut usia

- 1) Terjadinya perubahan normal pada fisik lanjut usia, kulit menjadi keriput, rambut berubah dan rontok, tinggi badan menyusut karena proses osteoporosis yang berakibat badan bongkok, elastisitas jaringan paru-paru berkurang sehingga nafas menjadi pendek, dinding pembuluh darah menebal dan menjadi tekanan darah tinggi, terjadi penurunan organ reproduksi
- 2) Terjadinya perubahan abnormal pada fisik lanjut usia, misalnya katarak, kelainan sendi, kelainan prostat, inkontinensia dan lain-lain
- 3) Permasalahan pada kemampuan lansia dengan penurunan *ADL* pada *personal hygiene*. Tingkat yang digunakan dalam pengukuran oleh *Assesment Scale Rating Functional Ability* adalah :
Level 0 : Mandiri
Level 1 : Ketergantungan bila mandi
Level 2 : Ketergantungan bila mandi dan berpakaian
Level 3 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian dan di toilet
Level 4 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian, di toilet dan berpindah tempat
Level 5 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian, di toilet, berpindah tempat dan BAB/BAK
Level 6 : Ketergantungan bila mandi, berpakaian, di toilet, berpindah tempat, BAB/BAK dan makan

2.2.6 Teori Proses Menua

Teori-Teori Biologi

- 1) Teori Genetik dan Mutasi (*Somatic Mutatie Theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram

oleh molekul-molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin. (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel).

2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuaan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketuaan adalah (Nugroho, 2006):

- 1) Hereditas = ketuaan genetik
- 2) Nutrisi = makanan
- 3) Status kesehatan
- 4) Pengalaman hidup
- 5) Lingkungan

2.2.8 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

2.1.1.3 Perubahan-perubahan Fisik

Meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh diantaranya sistem pernafasan, pendengaran, penglihatan, kardio vaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, muskuloskeletal, gastrointestinal, genitourinaria, endokrin dan integument.

2.1.1.4 Perubahan-perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental

- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Keturunan (*Hereditas*)
- 5) Lingkungan
- 5) Gangguan saraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian

- 6) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan
- 7) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan *family*
- 8) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik : perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

2.1.1.5 Perkembangan Spiritual

- 1) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya
(Maslow, 2005).
- 2) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari.

(Murray dan Zentner, 2007).

2.3 Konsep Dasar Komunitas

2.3.1 Definisi

Komunitas (*community*) adalah Komunitas (*community*) adalah sekelompok masyarakat yang mempunyai persamaan nilai (*values*), perhatian (*interest*) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Sumijatun dkk, 2006).

Keperawatan Komunitas adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan pada tingkat primer. Keperawatan adalah subsistem dari system pelayanan yang merupakan hasil pendidikan, pelatihan serta penelitian. Demikian pula halnya dengan keperawatan kesehatan merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan masyarakat. (Ekasari, 2007).

Proses Keperawatan Komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontiniu, dan berkesinambungan

dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. (Wahyudi, 2010)

2.3.2 Tujuan Keperawatan Komunitas

a) Tujuan Umum

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

b) Tujuan khusus

1. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
2. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
3. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
4. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
5. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
6. Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas.

7. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal.

(Deden Dermawan, 2012)

2.3.3 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

Perawat berperan sebagai care provider, advocate, educator, counselor, case manager, consultant, researcher, collaborator, dan liaison di tatanan komunitas (Schubert & Thomas, 2001).

a) Care Provider

Perawat sebagai care provider, yakni memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan komunitas secara langsung menggunakan prinsip tiga tingkat pencegahan.

b) Advocate

Peran sebagai advocate ditunjukkan oleh perawat yang tanggap terhadap kebutuhan komunitas dan mampu mengkomunikasikan kebutuhan tersebut kepada pemberi layanan secara cepat.

c) Educator

Perawat komunitas memiliki tanggung jawab sebagai pendidik kepada individu, keluarga, dan komunitas. Perawat komunitas harus mampu memberikan informasi kesehatan yang dibutuhkan melalui pendidikan kesehatan.

d) Counselor

Perawat dapat mendengar keluhan klien secara objektif, memberikan umpan balik dan informasi serta membantu klien melalui proses pemecahan masalah dan mengidentifikasi sumber yang dimiliki klien.

e) Case Manager

Pada peran ini, perawat komunitas dapat mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan klien, merancang rencana keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien, mengawasi dan mengevaluasi dampak terhadap pelayanan yang diberikan.

f) Consultant

Perawat komunitas membantu klien untuk memahami dan membantu komunitas dalam mengambil keputusan yang tepat. Perawat komunitas perlu bertindak sebagai konsultan bagi perawat yang lain, professional lain dalam memberikan informasi dan bantuan dalam membantu mengatasi masalah. Konsultasi perawatan dapat dilakukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat terhadap permasalahannya dan mengambil keputusan yang bijaksana sesuai dengan fasilitas dan sumber yang dimiliki.

g) Researcher

Perawat sebagai peneliti ditunjukkan oleh perawat komunitas dengan berbagai aktifitas penelitian, mengaplikasikan hasil riset dalam praktik keperawatan, mengumpulkan data, merancang, dan mendesiminasikan hasil riset. Perawat dapat mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data, analisis data, intepretasi data, mengplikasikan penemuan, mengevaluasi, mendesain, dan menerapkan hasil temuan dalam pengembangan dan perbaikan praktik keperawatan komunitas.

h) Collaborator

Perawat sebagai kolaborator dapat dilaksanakan antara perawat dengan klien, tim kesehatan serta pihak terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan komunitas secara komprehensif.

i) Liaison

Perawat sebagai penghubung membantu mempertahankan kontinuitas di antara petugas profesional dan non profesional. Perawat komunitas diharapkan merujuk permasalahan klien kepada sarana pelayanan kesehatan serta sumber yang ada di masyarakat, seperti Puskesmas, RS, tokoh agama, tokoh masyarakat. (Alender & Spradley, 2001).

2.3.4 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma atau falsafah keperawatan kesehatan komunitas meliputi manusia, lingkungan, keperawatan, dan kesehatan. (Komang Ayu, 2011).

a) Manusia

Manusia merupakan klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas) pada wilayah tertentu yang memiliki nilai, keyakinan, dan minat yang relative sama dan berinteraksi untuk mencapai tujuan. Manusia merupakan klien dengan perhatian khusus pada kasus resiko tinggi dan daerah terpencil, konflik, rawan, serta kumuh.

b) Lingkungan

Lingkungan merupakan factor internal dan eksternal yang memengaruhi klien, termasuk biopsikososiokultural-spiritual.

c) Keperawatan

Paradigma keperawatan adalah tindakan keperawatan yang bertujuan menekan stressor atau meningkatkan kemampuan komunitas untuk mengatasi stressor melalui pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

d) Kesehatan

Sehat merupakan kondisi terbatas dari masalah pemenuhan kebutuhan dasar komunitas atau merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak keberhasilan mengatasi stressor.

2.3.5 Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok berisiko tinggi (keluarga/penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dengan keterlambatan tumbuh kembang, dan ibu hamil yang belum ANC). (Deden Dermawan, 2012).

2.3.6 Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

Ruang lingkup praktik keperawatan komunitas meliputi: upaya-upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialisasi).

Dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas, kegiatan yang ditekankan adalah upaya preventif dan promotif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif. (Deden Dermawan, 2012).

a. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan jalan memberikan :

1. Penyuluhan kesehatan masyarakat
2. Peningkatan gizi
3. Pemeliharaan kesehatan perorangan
4. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
5. Olahraga secara teratur
6. Rekreasi
7. Pendidikan seks

b. Upaya Preventif

Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui kegiatan :

1. Imunisasi massal terhadap bayi, balita serta ibu hamil
2. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah
3. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun dirumah
4. Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui

c. Upaya Kuratif

Upaya Kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota-anggota keluarga, kelompok dan masyarakat yang menderita penyakit atau masalah kesehatan, melalui kegiatan :

1. Perawatan orang sakit di rumah (home nursing)
2. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit
3. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis dirumah, ibu bersalin dan nifas
4. Perawatan payudara
5. Perawatan tali pusat bayi baru lahir

d. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitatif merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita-penderita yang dirawat dirumah, maupun terhadap kelompok-kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama, misalnya kusta, TBC, cacat fisik dan lainnya. Dilakukan melalui kegiatan :

1. Latihan fisik, baik yang mengalami gangguan fisik seperti penderita kusta, patah tulang maupun kelainan bawaan
2. Latihan-latihan fisik, tertentu bagi penderita-penderita penyakit tertentu, misalnya TBC, latihan nafas dan batuk, penderita stroke : fisioterapi manual yang mungkin dilakukan oleh perawat.

e. Upaya Resosialitatif

Upaya resosialitatif adalah upaya mengembalikan individu, keluarga, kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya adalah kelompok-kelompok yang diasingkan oleh masyarakat karena menderita suatu penyakit, misalnya kusta, AIDS, atau kelompok-kelompok masyarakat khusus seperti Wanita Tuna Susila (WTS) , tuna wisma dan lain-lain. Di samping itu, upaya resosialitatif meyakinkan masyarakat untuk dapat menerima kembali kelompok yang mempunyai masalah kesehatan tersebut dan menjelaskan

secara benar masalah kesehatan yang mereka derita. Hal ini tentunya membutuhkan penjelasan dengan pengertian atau batasan-batasan yang jelas dan dapat dimengerti.

2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan komunitas terdiri dari atas dua bagian utama, yaitu inti komunitas (core) dan delapan subsistem yang melengkapinya. Inti komunitas menjelaskan kondisi penduduk yang dijabarkan dalam demografi, vital statistic, sejarah komunitas, nilai dan keyakinan, serta riwayat komunitas, sedangkan delapan subsistem lainnya meliputi lingkungan fisik, pendidikan, keamanan, dan transportasi, politik dan pemerintah, layanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi. (Komang Ayu, 2011).

Kajian asuhan keperawatan komunitas, antara lain jenis data, sumber data, cara pengumpulan data, dan pengolahan data. (Deden Dermawan, 2012).

a) Jenis Data

1. Data Subyektif

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang diungkap secara langsung melalui lisan.

2. Data Obyektif

Data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan pengamatan dan pengukur.

b) Sumber Data

1) Data Primer

Data yang dikumpulkan oleh pengkaji dalam hal ini mahasiswa atau tenaga kesehatan masyarakat dari individu, keluarga, kelompok, dan komunitas berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengkajian.

2) Data Sekunder

Data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya : kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record.

c) Cara Pengumpulan Data

1. Wawancara atau anamnesa

Wawancara adalah kegiatan komunikasi timbale balik yang berbentuk Tanya jawab antara perawat dengan klien atau keluarga pasien, masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien.

2) Pengamatan

Dilakukan meliputi aspek fisik, psikologis, perilaku dan sikap dalam rangka menegakkan diagnosis keperawatan.

d) Pengelolaan Data

Setelah data diperoleh, kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

1. Klasifikasi data atau kategorisasi data

Cara mengkategorikan data :

a. karakter demografi

b. karakter geografi

c. karakter sosial ekonomi

d. sumber dan pelayanan kesehatan

2. Perhitungan prosentase cakupan dengan menggunakan telly

3. Tabulasi data

4. Interpretasi data

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Tujuan analisa data :

1. Menetapkan kebutuhan komunitas
2. Menetapkan kekuatan
3. Mengidentifikasi pola respon komunitas
4. Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan

(Deden Dermawan, 2012)

2.4.3 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Komunitas

Setelah data dianalisis dan masalah keperawatan komunitas ditetapkan, prioritas masalah kesehatan komunitas yang ada perlu ditetapkan bersama masyarakat melalui musyawarah masyarakat desa (MMD) atau lokakarya mini masyarakat. Prioritas masalah dibuat berdasarkan kategori dapat diatasi, kemudahan, dan kekhususan, mengingat banyaknya masalah yang dihadapi oleh masyarakat. (Komang Ayu, 2011).

2.4.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang kasus dan masalah kesehatan pasien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Diagnose keperawatan mengandung komponen utama, yaitu :

- a. (P) Problem (masalah) : merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi.
- b. (E) Etiologi (penyebab): menunjukkan penyebab masalah kesehatan atau keperawatan yang dapat memberikan arah terhadap intervensi keperawatan, yang meliputi :
 - 1. Perilaku individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat
 - 2. Lingkungan fisik, biologi, psikologi, dan sosial
 - 3. Interaksi perilaku dan lingkungan
- c. (S) Sign atau Siymptom (tanda atau gejala) : informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnose, serangkaian petunjuk timbulnya masalah.

(Deden Dermawan,2012)

2.4.5 Perencanaan Keperawatan

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan komunitas adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stressor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan normal, dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Anderson & McFarlane, 2000).

2.4.6 Pelaksanaan Keperawatan

Merupakan realisasi rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan bersama dengan kelompok. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan/implementasi :

- a) Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan oleh tenaga keperawatan, petugas/pengurus panti atau kader kesehatan.
- b) Dilakukan dalam rangka alih teknologi dan keterampilan keperawatan.
- c) Di institusi lebih ditekankan kepada penghuni panti, pengelola/pengurus panti dan lingkungan panti.
- d) Dimasyarakat lebih ditekankan kepada anggota kelompok, kader kesehatan, pengurus kelompok dan keluarga.
- e) Bila ada masalah yang tak tertanggulangi dilakukan rujukan.
- f) Adanya keterpaduan pelayanan dengan sektor lain.
- g) Di catat dalam catatan keperawatan. (Deden Dermawan, 2012)

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan apakah program sudah sesuai dengan rencana dan tuntutan masyarakat. Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk masyarakat setempat sesuai dengan kondisi dan situasi masyarakat, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah masyarakat. (Komang Ayu, 2011).

2.5 Tinjauan Teori Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian menggunakan pendekatan community as partner meliputi : data inti dan data sub sistem.

A. Data Inti komunitas meliputi :

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas
 - a. Lokasi
 - b. Batas wilayah/wilayah
2. Data demografi
 - Jumlah penderita hipertensi
 - Berdasarkan jenis kelamin
 - Berdasarkan kelompok penderita Hipertensi

Anak-anak, Remaja, Dewasa, Lansia, Ibu hamil.

Pada umumnya usia > 60 tahun lebih banyak yang menderita hipertensi.

B. Data sub sistem

1. Data lingkungan fisik

a. Fasilitas umum dan kesehatan

1) Fasilitas umum

Sarana kegiatan kelompok, meliputi : Karang taruna, Pengajian, Ceramah agama.

2) Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Masjid/Mushola.

3) Fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atau fasilitas kesehatan. Puskesmas, Rumah sakit, Para dokter swasta, Praktek kesehatan lain.

4) Kebiasaan check up kesehatan

2. Ekonomi

- a. Karakteristik pekerjaan
- b. Penghasilan rata-rata perbulan
- 3. Keamanan dan transportasi
 - a. Keamanan :
 - 1) Diet makan
 - a. Kurangi asupan garam sampai di bawah 6 gram per hari (sekitar satu sendok teh)
 - b. Menerapkan pola makan yang rendah lemak jenuh dan kolestrol.

(Ana palmer, 2007)

- 2) Kebiasaan berolahraga
- 3) Struktur organisasi : ada / tidak ada
- 4) Terdapat kepala desa dan perangkatnya
- 5) Ada organisasi karang taruna
- 6) Kelompok layanan kepada masyarakat (pkk, karang taruna, panti, posyandu)
- 7) Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan : tidak ada / ada (Sebutkan)
- 8) Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit Hipertensi : ada / belum ada
- 9) Peran serta partai dalam pelayanan kesehatan : ada / belum ada
- 4. Sistem komunikasi
 - a) Fasilitas komunikasi yang ada
 - Radio, TV, Telepon/handphone, Majalah/koran.
 - b) Fasilitas komunikasi yang menunjang untuk kelompok Lansia dengan Hipertensi
 - 1. Poster tentang diit Hipertensi
 - 2. Pamflet tentang penanganan Hipertensi
 - 3. Leaflet tentang penanganan Hipertensi
 - 4. Kegiatan yang menunjang kegiatan Hipertensi

5. Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Pendidikan

Distribusi pendudukan berdasarkan tingkat pendidikan formal : SD, SLTP, SLTA, Perguruan tinggi.

6. Rekreasi

Tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.5.2 Prioritas Masalah & Diagnosa Keperawatan

A. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakmampuan masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan masyarakat yang kurang.
2. Kurangnya kesadaran lansia tentang masalah Hipertensi berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan perubahan-perubahan pada lansia.
3. Resiko terjadinya komplikasi Hipertensi pada kelompok Lansia Berhubungan dengan ketidak patuhan lansia melakukan pemeriksaan secara rutin.
4. Kurang pengetahuan lansia tentang diet hipertensi berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan , pengolahan serta pengaturan diet hipertensi.

B. Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah :

Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya :

1. metode Paper and Pencil Tool (Ervin, 2000) berikut ini

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan : Rendah Sedang Tinggi	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi : Tidak ada Rendah Sedang 3. Tinggi	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi : Tidak ada Rendah Sedang	Total
1. Ketidapatuhan masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan				
2. Kurang kesadaran lansia tentang masalah kesehatan lansia				

3.Ketidak patuhan lansia untuk memeriksakan kesehatan						
---	--	--	--	--	--	--

2. Skoring diagnosis keperawatan komunitas (Depkes, 2003)

Masalah	1	2	3	4	5	6	Total

Keterangan :

1. Perhatian masyarakat
2. Prevalensi kejadian
3. Berat ringannya masalah
4. Kemungkinan masalah untuk diatasi
5. Tersedianya sumber daya masyarakat
6. Aspek politis

Score :

0 : Sangat rendah

1 – 2 : Rendah

3 – 4 : Sedang

5 : Tinggi

2.5.3 Rencana Keperawatan/Intervensi

1. Diagnosa 1 : Ketidakmampuan masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan masyarakat yang kurang.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang disediakan secara efektif.
- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia 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) a) Meningkatkan derajat kesehatan lansia
b) Lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

c. Intervensi

1. Koordsinasi dengan kader posyandu lansia.
2. Menyampaikan izin pemakaian tempat penyuluhan.
3. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.

4. Beri penyuluhan tentang Hipertensi serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.
5. Kerjasama dengan lintas sektor : Kader dan Tokoh Masyarakat untuk rutin menghadiri Posyandu Lansia agar jadi contoh kepada Lansia setempat.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Lansia
2. Petugas Puskesmas
3. Mahasiswa Keperawatan

e. Waktu Pelaksanaan :

f. Tanggal Pelaksanaan: Tanggal Bulan-Tahun

g. Tempat Pelaksanaan :

h. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

i. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2. Diagnosa 2 : Kurangnya kesadaran lansia tentang masalah kesehatan lansia berhubungan dengan kurangnya pengetahuan kesehatan dan perubahan-perubahan pada lansia.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mengerti tentang perubahan – perubahan yang terjadi pada usia lanjut usia.
- 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia mampu:
 - a) Mengerti penyebab perubahan – perubahan yang terjadi pada usila.
 - b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri.

b. Kriteria Hasil

- a) Lansia mampu menyebutkan perubahan apa yang terjadi pada dirinya.
- b) Mampu menjelaskan penyebab perubahan yang terjadi pada usila
- c) Derajat kesehatan lansia meningkat

c. Intervensi

1. Koordsinasi dengan kader posyandu lansia.
2. Beri penyuluhan tentang kesehatan lansia serta perubahan – perubahan yang terjadi pada usila.
3. Beri leaflet tentang kesehatan lansia untuk membantu pemahaman para lansia.
4. Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader lansia setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan lansia.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader lansia
2. Petugas Puskesmas
3. Mahasiswa Keperawatan.

e. Waktu Pelaksanaan :

f. Tanggal pelaksanaan : Tanggal-Bulan-Tahun

g. Tempat Pelaksanaan :

h. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

i. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa 3 : Resiko terjadinya komplikasi hipertensi pada kelompok lansia
Berhubungan dengan ketidak patuhan lansia melakukan pemeriksaan secara rutin

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia rutin untuk memeriksakan kesehatannya pada Puskesmas, Posyandu Lansia atau Pustu setempat.
- 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia 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 dan kegiatan posyandu lansia.
 - 3) lansia menyatakan kesediannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.
- c. Intervensi
 1. koordinasi dengan kader posyandu lansia
 2. Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke posyandu Lansia secara rutin.
 3. Beri penyuluhan tentang Hipertensi serta dampak jika tidak periksa atau ditindaklanjuti.
 4. Kerjasama dengan lintas sektor : Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan penyuluhan lansia.
- d. Penanggung Jawab
 1. Ketua Kader Lansia
 2. Petugas Puskesmas

3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
 4. Waktu Pelaksanaan :
 5. Tanggal Pelaksanaan : Tanggal-Bulan-Tahun
 6. Tempat Pelaksanaan :
 7. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
 8. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP
3. Diagnosa 3 : Kurang 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 mengerti tentang diet hipertensi dan menerapkan dalam kehidupan sehari - hari.
 - 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia:
 - a) Mengetahui komposisi menu untuk hipertensi.
 - b) Mampu menyebutkan apa saja pantangan makanan untuk penderita hipertensi.
 - b. Kriteria Hasil
 - 1) Lansia mengerti dan menerapkan diet hipertensi dalam kehidupan sehari - hari.
 - 2) Mampu mempragakan mengkonsumsi sesuai komposisi menu yang diajarkan.
 - 3) Mampu menyebutkan dengan benar makanan pantangan untuk penderita hipertensi
 - c. Intervensi
 1. koordinasi dengan kader posyandu lansia.

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

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Lansia
2. Petugas Puskesmas
3. Mahasiswa Keperawatan
4. Waktu Pelaksanaan :
5. Tanggal Pelaksanaan : Tanggal Bulan Tahun
6. Tempat Pelaksanaan :
7. Metode : Diskusi dan Tanya Jawab
8. 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, serta Staf-Staf 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 (Padilla, 2007)

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
- 4. Rencana tindak lanjut