

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Hipertensi

2.1.1. Pengertian

Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah baik tekanan sistolik dan diastolic serta merupakan suatu factor terjadinya komplikasi penyakit kardiovaskuler (Soekarsohardi,1999 : 151)

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolic diatas standar dihubungkan dengan usia (Gede Yasmin, 1993 : 191).

2.1.2. Etiologi

Hipertensi dapat dikelompokan dalam dua kategori :

1. Hipertensi primer artinya belum diketahui penyebabnya yang jelas

Berbagai faktor yang turut berperan sebagai penyebab hipertensi seperti bertambahnya usia, factor psikologis, dan keturunan. Sekitar 90 % hipertensi tidak diketahui penyebabnya.

2. Hipertensi sekunder telah diketahui penyebabnya seperti stenosis arteri renalis, penyakit parenkim ginjal, Koartasio aorta. Hiperaldosteron, pheochromositoma dan pemakaian oral kontrasepsi. Adapun factor pencetus hipertensi seperti, keturunan, jenis kelamin, umur, kegemukan, lingkungan, pekerjaan, merokok, alcohol dan social ekonomi (Susi Purwati, 2000).

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 aouput. Dalam sistim Renin - Angiotensien - aldosteron pada patogenesis hipertensi, glandula supra renal juga

menjadi factor penyebab oleh karena faktor hormon. Sistem Renin mengubah angiotensin menjadi angiotensin I kemudian angiotensin I menjadi angiotensin II oleh Angiotensin Conversion Enzym (ACE).

Angiotensin II mempengaruhi Control Nervus Sistem dan nervus perifer yang mengaktifkan sistem simpatik dan menyebabkan retensi vaskuler perifer meningkat. Disamping itu angiotensin II mempunyai efek langsung terhadap vaskuler smooth untuk vasokonstriksi 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. (Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi 3 : 2001)

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, 2000).

2.1.5. 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 dll.
- b. Betabloker : Proparnolol, dll.
- c. Alfabloker : Prazosin dll.
- d. Penghambat ACE : Kaptopril dll.
- e. Antagonis Kalsium : Diltiazem dll. (farmakologi FKUI,1995)

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 diit 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 bensoat 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. Jangan menggunakan garam dapur
 - b. Hindari makanan awetan seperti kecap, margarine, mentega, keju, trasi, petis, biscuit, ikan asin, sardensis, sosis dan lain-lain.
 - c. Hindari bahan makanan yang diolah dengan menggunakan bahan makanan tambahan atau penyedap rasa seperti saos.
 - d. Hindari penggunaan beking soda atau obat-obatan yang mengandung sodium.
 - e. 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 Lansia

Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Hawari, 2001). Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan

penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Pudjiastuti, 2003).

Klasifikasi usia Lansia menurut WHO :

- a. Usia pertengahan (middle age) 45 -59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) antara 60 dan 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (old) antara 75 dan 90 tahun
- d. Usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun

2.2.2. Teori – Teori

1. Teori Biologik

a. Teori Genetik dan Mutasi

Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul /DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi

b. Pemakaian dan Rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah

c. Autoimmune

Pada proses metabolisme tubuh , suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Pada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan mati.

d. Teori Stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

e. Teori Radikal Bebas

Tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi-oksidasi bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

2. Teori Sosial

a. Teori Aktifitas

Lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b. Teori Pembebasan

Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas. Sehingga terjadi kehilangan ganda yakni :

a) Kehilangan peran

b) Hambatan kontrol sosial

c) Berkurangnya komitmen

c. Teori Kesenambungan

Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia. Dengan demikian pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ini menjadi lansia.

Pokok-pokok dari teori kesinambungan adalah :

a) Lansia tak disarankan untuk melepaskan peran atau harus aktif dalam proses penuaan, akan tetapi didasarkan pada pengalamannya di masa lalu, dipilih peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan

b) Peran lansia yang hilang tak perlu diganti

c) Lansia dimungkinkan untuk memilih berbagai cara adaptasi

3. Teori Psikologi

a. Teori Kebutuhan Manusia menurut Hirarki Maslow

Menurut teori ini, setiap individu memiliki hirarki dari dalam diri, kebutuhan yang memotivasi seluruh perilaku manusia (Maslow ,1954). Tingkat kebutuhan manusia menurut Hirarki Maslow adalah Kebutuhan fisiologis, Kebutuhan Keamanan (safety), Kebutuhan kasih sayang / sosial (Love/belonging), Kebutuhan Percaya Diri (Esteem), Kebutuhan aktualisasi diri (self-actualization).Kebutuhan ini

memiliki urutan prioritas yang berbeda. Ketika kebutuhan dasar manusia sudah terpenuhi, mereka berusaha menemukannya pada tingkat selanjutnya sampai urutan yang paling tinggi dari kebutuhan tersebut tercapai.

b. Teori Individual Jung

Carl Jung (1960) Menyusun sebuah terori perkembangan kepribadian dari seluruh fase kehidupan yaitu mulai dari masa kanak-kanak , masa muda dan masa dewasa muda, usia pertengahan sampai lansia. Kepribadian individu terdiri dari Ego, ketidaksadaran sesorang dan ketidaksadaran bersama. Menurut teori ini kepribadian digambarkan terhadap dunia luar atau ke arah subyektif. Pengalaman-pengalaman dari dalam diri (introvert). Keseimbangan antara kekuatan ini dapat dilihat pada setiap individu, dan merupakan hal yang paling penting bagi kesehatan mental.

2.2.3. Perubahan Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

1. Perubahan fisik

- a. Sel : jumlahnya lebih sedikit tetapi ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intra dan extra seluler
- b. Persarafan : cepatnya menurun hubungan persarafan, lambat dalam respon waktu untuk meraksi, mengecilnya saraf panca indra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran

timpani, terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin.

- c. Sistem penglihatan : spinkter pupil timbul sklerosis dan hlangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk speris, lensa keruh, meningkatny ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang.
- d. Sistem Kardiovaskuler : katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun setelah berumur 20 tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meningkat.
- e. Sistem respirasi : otot-otot pernafasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktifitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meingkat, nafas berat, kedalaman pernafasan menurun.
- f. Sistem gastrointestinal : kehilangan gigi,sehingga menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atropi indera pengecap sampai 80 %, kemudian hilangnya sensitifitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin
- g. Sistem genitourinaria : ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50 %, GFR menurun sampai 50 %. Nilai ambang ginjal terhadap

glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesika urinaria sulit diturunkan pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine. Pembesaran prostat, 75 % dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadi selaput lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.

- h. Sistem endokrin : pada sistem endokrin hampir semua produksi hormon menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktifitas tiroid menurun sehingga menurunkan basal metabolisme rate (BMR). Produksi sel kelamin menurun seperti : progesteron, estrogen dan testosteron.
- i. Sistem integumen : pada kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sedangkan rambut dalam telinga dan hidung menebal. Kuku menjadi keras dan rapuh.
- j. Sistem muskuloskeletal : tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kifosis, tinggi badan menjadi berkurang yang disebut discus vertebrae menipis, tendon mengkerut dan atropi serabut serabut otot , sehingga lansia menjadi lamban bergerak. otot kram dan tremor.

2.2.4. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah :

- a. Pertama - tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b. Kehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan
- e. Lingkungan

Kenangan (memori) ada 2 :

- a. kenangan jangka panjang, berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu.
- b. kenangan jangka pendek : 0-10 menit, kenangan buruk.

Intelegentia Question :

- 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.
- 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.

2.3. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.3.1. Pengertian Keperawatan Komunitas

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

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

Keperawatan kesehatan komunitas pada dasarnya adalah pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan untuk seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi (Departemen Kesehatan, 2003).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu

keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan dengan atau 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.

2.3.2. Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987). Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

2.3.3. Tujuan Keperawatan Kesehatan 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.

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

- 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.

2.3.4. 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

2.3.5. Ruang lingkup perawatan kesehatan masyarakat

Ruang lingkup praktek keperawatan masyarakat meliputi: upaya – upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitasi) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat ke lingkungan social dan masyarakatnya (resosialisasi).

Dalam memberikan asuhan keperawatan masyarakat kegiatan yang ditekankan adalah upaya promotif dan preventif dengan tidak mengabaikan upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.

2.3.6. Tujuan akhir perawatan komunitas

Adalah kemandirian keluarga yang terkait dengan lima tugas kesehatan keluarga yaitu: mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang dapat mendukung upaya peningkatan kesehatan keluarga serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Sedangkan

pendekatan yang digunakan adalah pemecahan masalah keperawatan yaitu melalui proses keperawatan.

2.4. Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan Komunitas

2.4.1. Pengkajian

Kegiatan – kegiatan yang dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat dalam mengkaji masalah kesehatan baik di tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat adalah:

1. Pengumpulan data adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi dengan menggunakan instrumen pengumpulan data dalam menghimpun informasi. Pengkajian yang diperlukan adalah inti komunitas beserta faktor lingkungannya. Elemen pengkajian komunitas menurut Anderson dan MC.Farlane (1958) terdiri dari inti komunitas meliputi: demografi, populasi, nilai-nilai keyakinan dan riwayat individu termasuk riwayat kesehatan. Sedangkan faktor lingkungan adalah: lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi dan rekreasi.

2. Analisis faktor – faktor yang berhubungan dengan masalah atau lazimnya disebut dengan etiologi. Untuk menetapkan etiologi dari masalah keperawatan di Komunitas dapat menggunakan beberapa pilihan di bawah ini :

- a. Faktor budaya masyarakat
- b. Pengetahuan yang kurang
- c. Sikap masyarakat yang kurang mendukung
- d. Dukungan yang kurang dari pemimpin formal atau informal
- e. Kurangnya kader kesehatan di masyarakat
- f. Kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat
- g. Kurangnya efektifnya pengorganisasian
- h. Kondisi lingkungan dan geografis yang kurang kondusif
- i. Pelayanan kesehatan yang kurang memadai
- j. Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur pencegahan penyakit
- k. Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur perawatan kesehatan
- l. Faktor financial
- m. Komunikasi/ koordinasi dengan sumber pelayanan kesehatan kurang efektif

2.4.2. Perumusan Masalah/Diagnosa Keperawatan Komunitas

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

Tipe – tipe diagnosa keperawatan Komunitas pada umumnya sama dengan diagnosa keperawatan individu maupun keluarga.

Tetapi tipe diagnosa yang utama adalah diagnosa aktual, dimana karakteristiknya adalah adanya data mayor (utama) sehingga masalah cukup valid untuk diangkat.

Tipe diagnosa kedua adalah Resiko dan Resiko Tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya faktor – faktor di Komunitas yang beresiko. Data – data yang menunjang untuk diagnosa resiko adalah data yang memvalidasi faktor – faktor resiko.

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
1. Pendapatan	6. Komunikasi dengan sumber masyarakat	19. Pendengaran	35. Nutrisi
2. Sanitasi	7. Kontak sosial	20. Penglihatan	36. Pola istirahat dan tidur
3. Pemukiman	8. Perubahan peranan	21. Berbicara dan bahasa	37. Aktifitas fisik
4. Keamanan pemukiman/tempat kerja	9. Hubungan antar anak	22. Geligi	38. Kebersihan perorangan
5. Yang lain	10. Kegelisahan agama	23. Pengamatan	39. Penyalahgunaan obat
	11. Kesedihan	24. Nyeri	40. Keluarga berencana
	12. Stabilitas emosi	25. Kesadaran	41. Penyedia pelayanan kesehatan
	13. Seksualitas manusiawi	26. Bungkus/kulit	42. Peraturan penulisan resep
	14. Memelihara keorang tuaan	27. Fungsi neuromuskuluskeletal	
	15. Anak/dewasa	28. Respirasi	
		29. Sirkulasi	
		30. Digesti – hidrasi	

	ditelantarkan	31. Fungsi perut	43. Tekhnis
	16. Perlakuan salah terhadap anak/orang dewasa	32. Fungsi genitourinaria	prosedur
	17. Pertumbuhan dan perkembangan	33. Ante partum/ post partum	44. Lain - lain
	18. Lain – lain	34. Lain - lain	

2.4.3. Menyusun Rencana Asuhan Keperawatan/Intervensi

Komponen :

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. Kerjasama lintas program dan sector (Bekerjasama dengan Puskesmas/Rumah Sakit dengan melakukan rujukan)
 - b. Tahap pengorganisasian (membentuk Pokjakes dan menetapkan kader)
 - c. Tahap pendidikan (memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan dengan masalah yang dibutuhkan)
 - d. Tahap pelatihan atau tindakan
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 kerja 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

2.4.5. 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

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, PKK.

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

Kebiasaan makan makanan asin, Kebiasaan makan makanan berlemak , Lain-lain.

2) Kepatuhan terhadap diet

3) Kebiasaan berolahraga

4) Struktur organisasi : ada / tidak ada

5) Terdapat kepala desa dan perangkatnya

6) Ada organisasi karang taruna

- 7) Kelompok layanan kepada masyarakat (pkk, karang taruna, panti, posyandu)
- 8) Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan :
tidak ada / ada (Sebutkan)
- 9) Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit Hipertensi :
ada / belum ada
- 10) 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 lansia 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. Ketidapatuhan lansia untuk memeriksakan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan lansia tentang kesehatan hipertensi.
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, 2002)

Masalah	Pentingnya masalah untuk dipecahkan :	Kemungkinan perubahan positif jika diatasi :	Peningkatan terhadap kualitas hidup bila diatasi :	Total
	1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi	0. Tidak ada 1. Rendah 2. Sedang 3. Tinggi	0. Tidak ada 1. Rendah 2. Sedang	

2. Metode penepisan OMAHA

N o	Masala h	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tota l

Keterangan :

- 1) Sesuai dengan peran perawat komunitas
- 2) Jumlah yang beresiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk penkes
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk di atasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat
- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Score :

0 : Sangat rendah

1 – 2 : Rendah

3 – 4 : Sedang

5 : Tinggi

3. 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 RW V mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang disediakan secara efektif.

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW V 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. 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

1. Ketua Kader Lansia
2. Bidan setempat
3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

f. Tempat Pelaksanaan : Balai RW V Kelurahan Bulak

g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h. 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 RW V mengerti tentang perubahan – perubahan yang terjadi pada usia lanjut usia.
- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW V mampu:

- a) Mengerti penyebab perubahan – perubahan yang terjadi pada usila.
- b) Mampu menjaga kesehatan diri sendiri.

b. Kriteria Hasil

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

c. Intervensi

1. Beri penyuluhan tentang kesehatan lansia serta perubahan – perubahan yang terjadi pada usila.
2. Beri leaflet tentang kesehatan lansia untuk membantu pemahaman para lansia.
3. 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. Bidan setempat
3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

f. Tempat Pelaksanaan : Balai RW V Kelurahan Bulak

g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

3. Diagnosa 3 : Ketidakpatuhan lansia untuk memeriksakan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan lansia tentang kesehatan hipertensi.

a. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW V rutin untuk memeriksakan kesehatannya pada Puskesmas, Posyandu Lansia atau Pustu setempat.
- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW V 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) a) Lansia mampu menyebutkan manfaat posyandu lansia dengan benar, jadwal posyandu lansia di RW V dan kegiatan posyandu lansia.

b) 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 : Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan posyandu lansia.

d. Penanggung Jawab

1. Ketua Kader Lansia

2. Bidan setempat

3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012

- f. Tempat Pelaksanaan : Balai RW V Kelurahan Bulak
 - g. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
 - h. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP
4. Diagnosa 4 : 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 RW V mengerti tentang diet hipertensi dan menerapkan dalam kehidupan sehari - hari.
 - 2) Tujuan jangka pendek
- Kelompok Lansia RW V mampu:
- 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) a) Mampu memperagakan mengkonsumsi sesuai komposisi menu yang diajarkan.

b) 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. Ketua Kader Lansia
2. Bidan setempat
3. Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

- e. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2012
- f. Tempat Pelaksanaan : Balai RW V Kelurahan Bulak
- g. Metode : Diskusi dan Tanya Jawab
- h. 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
4. Rencana tindak lanjut