

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Medis

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau darah tinggi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. WHO (*World Health Organization*) memberikan batasan tekanan darah normal adalah 140/90 mmHg, dan tekanan darah sama atau diatas 160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Batasan ini tidak membedakan antara usia dan jenis kelamin (Marliani, 2007). Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg (Corwin, 2009).

Menurut Nurarif & Kusuma (2013), hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah arteri yang persisten. Sementara menurut American Society of Hypertension (ASH) dalam Umar (2012), hipertensi adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala yang berasal dari jantung dan pembuluh darah (kardiovaskuler) yang progresif, sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan saling berhubungan.

Berdasarkan pengertian diatas, peneliti menyimpulkan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan di mana tekanan darah menjadi naik karena gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya.

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

a. Klasifikasi Menurut *Joint National Commite 7*

Komite eksekutif dari National High Blood Pressure Education Program merupakan sebuah organisasi yang terdiri dari 46 professional sukarelawan, dan agen federal. Mereka mencanangkan klasifikasi JNC (*Joint Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*).

Tabel 2.1 Klasifikasi Menurut *Joint National Commite 7*

Kategori Tekanan Darah menurut JNC 7	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pra-Hipertensi	120-139	80-89
<i>Hipertensi :</i>		
Tahap 1	140-159	90-99
Tahap 2	≥ 160	≥ 100

Sumber : *JNC 7 The Seventh Report of the Joint Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (Sani 2008)

Data terbaru menunjukkan bahwa nilai tekanan darah yang sebelumnya dipertimbangkan normal ternyata menyebabkan peningkatan resiko komplikasi kardiovaskuler. Data ini mendorong pembuatan klasifikasi baru yang disebut pra hipertensi (Sani, 2008).

b. Klasifikasi Menurut WHO (*World Health Organization*)

WHO dan *International Society of Hypertension Working Group* (ISHWG) telah mengelompokkan hipertensi dalam klasifikasi optimal, normal, normal-tinggi, hipertensi ringan, hipertensi sedang, dan hipertensi berat.

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

Kategori	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-Tinggi	130-139	85-89
Tingkat 1 (Hipertensi Ringan)	140-159	90-99
Sub-group: perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (Hipertensi Sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (Hipertensi Berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi (Isolated systolic hypertension)	≥ 140	< 90
Sub-group: perbatasan	140-149	<90

(Sumber: Sani, 2008)

2.1.3 Etiologi

Menurut Udjianti (2011), berdasarkan penyebabnya hipertensi di bagi menjadi 2 golongan:

1. Hipertensi primer (esensial)

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi, yang didefinisikan sebagai peningkatan darah yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik). Faktor yang mempengaruhi diantaranya genetik, jenis kelamin, diet : konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung, berat badan : obesitas, dan gaya hidup : merokok, konsumsi alkohol

2. Hipertensi sekunder

Merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang sebelumnya, seperti penyakit atau gangguan tiroid. Menurut Susiyanto (2013), beberapa hal yang bisa menyebabkan seseorang memiliki tekanan darah tinggi/hipertensi, yaitu : keturunan, obesitas, garam, kolesterol, stress, rokok, kafein, alcohol, kurang olahraga dan usia, untuk usia penelitian menunjukkan bahwa seiring usia seseorang bertambah tekanan darah pun akan meningkat, misalnya pada lansia. Pada lansia cenderung terjadi perubahan fisik, yaitu pada sistim kardiovaskular lansia, katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga menyebabkan tekanan darah akan meningkat pada lansia (Maryam, 2012).

2.1.4 Patofisiologi

Tekanan darah dikontrol oleh otak, sistem saraf otonom, ginjal, jantung, pembuluh darah arteri, dan sebaigian hormon. Jantung bekerja sebagai pemompa darah mengalir ke pembuluh darah arteri besar (aorta) yang akan disebarkan ke seluruh tubuh. Jantung kanan menerima pembuluh darah dari seluruh bagian tubuh melalui vena cava superior dan inferior, kemudian darah yang mengantarkan oksigen dan zat makanan keseluruh tubuh dialirkan menuju paru. Sampai di kantong paru (aveoli), darah mengambil oksigen dan membuang CO₂ dan selanjutnya meninggalkan paru dan kembali ke jantung masuk ke serambi kiri. Dari serambi kiri darah dipompa melalui aorta, semakin berat kerja jantung dalam memompa darah maka semakin besar daya yang diterima pembuluh darah arteri. Pembuluh darah fungsi untuk mengontrol tekanan darah, mengakomodasi

arus aliran darah perdenyut jantung dan membawa nutrisi dan oksigen ke seluruh organ tubuh.

Otak adalah pusat pengontrol tekanan darah di dalam tubuh. Serabut sarafnya yang membawa pesan dari semua bagian tubuh yang diteruskan ke otak tentang kondisi tekanan darah, volume darah dan kebutuhan khusus semua organ. Informasi ini diproses di otak dan keputusan dikirim melalui saraf menuju organ-organ tubuh termasuk pembuluh darah, isyaratnya ditandai dengan mengempis atau mengembangnya pembuluh darah (Santoso, 2010).

Organ ginjal mampu menjaga jumlah garam dan air yang dibutuhkan, juga mampu menyingkirkan kelebihan cairan dan zat buangan tubuh. Kemampuan fungsinya dalam mengatur jumlah natrium yang disimpan tubuh juga kemampuan mengatur volume air dalam tubuh yang didukung oleh natrium yang bersifat menahan air sehingga ginjal mempunyai peranan mengatur tekanan darah karena bila kondisi semakin banyak natrium didalam tubuh semakin banyak banyak juga air dalam darah. Kelebihan air didalam darah akan meningkatkan tekanan darah.

Ginjal juga memproduksi hormon renin. Renin merangsang pembentukan hormon angiotensin suatu hormon yang menyebabkan pembuluh darah menyempit dengan hasil berupa naiknya tekanan darah. Sedangkan hormon dari beberapa organ juga dapat mempengaruhi pembuluh darah seperti kelenjar adrenal pada ginjal yang mensekresikan beberapa hormon seperti adrenalin dan aldosteron yang mensekresikan esterogen yang dapat meningkatkan tekanan darah. Kelenjar tiroid yang menghasilkan hormon tiroksin berperan dalam pengontrol tekanan darah. Hormon ANP (Antinatriuretik Peptid) hormon yang dibuat jantung. Ketika hormon ANP dikeluarkan berlebihan, ginjal gagal menyingkirkan kelebihan

garam dari darah ke urin sehingga akan terjadi peningkatan tekanan darah (Santoso, 2010).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi :

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah.

2. Gejala yang lazim

Gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan.

Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Sementara Susiyanto (2013) menjelaskan gejala ringan hipertensi yaitu :

1. Pusing atau sakit kepala
2. Sering gelisah
3. Sukar tidur
4. Mudah marah
5. Wajah merah
6. Tenguk terasa pegal dan terasa berat
7. Sesak napas
8. Telinga berdengung
9. Mudah lelah, mimisan dan mata berkunang – kunang

2.1.6 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi Pada Lansia

Menurut Darmojo (2006), faktor yang mempengaruhi hipertensi pada lanjut usia adalah :

1. Renin

Tingginya kadar renin menyebabkan vasokonstriksi dan peningkatan volume darah (akibat meningkatnya retensi garam dan cairan pada ginjal), mengakibatkan tingginya kadar tekanan darah.

2. Peningkatan sensitivitas terhadap asupan garam

Dengan bertambahnya usia semakin sensitif terhadap peningkatan atau penurunan kadar natrium. Ini menyebabkan penurunan fungsi ginjal dengan penurunan perfusi ginjal dan laju filtrasi glomerulus.

3. Penurunan elastisitas pembuluh darah perifer

Akibat proses menua akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan hipertensi sistolik.

4. Perubahan ateromatous

Akibat proses menua menyebabkan disfungsi endotel yang berlanjut pada pembentukan berbagai sitokin dan substansi kimiawi lain yang kemudian menyebabkan resorpsi natrium di tubulus ginjal, meningkatkan proses sklerosis pembuluh darah perifer dan keadaan lain berhubungan dengan kenaikan tekanan darah.

2.1.7 Faktor Terjadinya Hipertensi

Menurut Rusdi (2009) faktor dan penyebab terjadinya hipertensi antara lain :

Faktor yang tidak dapat diubah :

1. Faktor Keluarga

Keluarga yang anggotanya mempunyai sejarah tekanan darah tinggi, penyakit kardiovaskuler atau diabetes, maka biasanya penyakit itu juga akan menurun kepada anak-anaknya.

2. Jenis kelamin

Pada umumnya laki-laki memiliki kemungkinan lebih besar untuk terserang hipertensi daripada perempuan. Hipertensi berdasarkan gender ini dapat pula dipengaruhi oleh faktor psikologis. Pada perempuan sering kali dipicu oleh perilaku tidak sehat, seperti merokok dan kelebihan berat badan, depresi, dan rendahnya status pekerjaan. Akan tetapi, pada laki-laki lebih berhubungan dengan pekerjaan dan pengangguran.

3. Faktor usia

Faktor usia juga pemicu terjadinya hipertensi. Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dari itu, juga sangat berpotensi terkena hipertensi. Tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 80 tahun dan tekanan diastolik terus naik sampai usia 55-60 tahun.

Faktor yang dapat diubah :

1) Obesitas

Beberapa penyeledikan telah membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih

tinggi dibandingkan dengan penderita yang mempunyai berat badan normal. Penderita obesitas beresiko dua sampai enam kali lebih besar untuk terserang hipertensi dibandingkan dengan orang yang berat badan normal. Efek samping obesitas antara lain : Gangguan pernapasan, keluhan pada tulang, kelainan kulit, pembengkakan/edema (Iskandar, 2010)

2) Konsumsi garam yang tinggi

Berdasarkan data statistik diketahui bahwa hipertensi jarang diderita oleh suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam yang rendah. Garam (natrium) bersifat mengikat air pada saat garam dikonsumsi, maka garam tersebut mengikat air sehingga air akan terserap masuk ke dalam intravaskuler yang menyebabkan meningkatnya volume darah. Apabila volume darah meningkat, kerja jantung akan meningkat dan akibatnya tekanan darah juga meningkat. Dunia kedokteran juga telah membuktikan bahwa pembatasan konsumsi garam (natrium) oleh obat diuretik (pelancar kencing) akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut.

3) Merokok

Merokok dapat merangsang system adrenergik dan meningkatkan tekanan darah. Dan juga dapat menyebabkan terjadinya penyempitan dalam saluran paru-paru dapat memicu kerja ginjal dan jantung menjadi lebih cepat, sehingga naiknya tensi darah tidak bisa dihindari (Rusdi, 2009). Zat nikotin yang terdapat dalam rokok dapat meningkatkan pelepasan epineprin, yang dapat mengakibatkan terjadinya penyempitan dinding arteri karena kontraksi yang kuat (Iskandar, 2010).

4) Minum minuman beralkohol

Mengonsumsi alkohol dalam jumlah besar dapat mengganggu dan merusak fungsi beberapa organ salah satu diantaranya hati. Fungsi hati akan terganggu sehingga mempengaruhi kinerja atau fungsi jantung ini pada akhirnya menyebabkan hipertensi.

5) Stres

Hubungan antara stres dan hipertensi terjadi akibat aktivasi saraf simpatis (saraf yang bekerja pada saat beraktivitas). Aktivitas saraf simpatis yang bekerja secara aktif dan meningkat juga memicu terjadinya peningkatan tekanan darah secara tidak menentu.

6) Kurang Olahraga

Kurang olahraga dan bergerak bisa menyebabkan tekanan darah dalam tubuh meningkat. Olahraga bertujuan untuk memperlancar peredaran darah dan mempercepat penyebaran impuls urat saraf ke bagian tubuh atau sebaliknya sehingga tubuh senantiasa bugar.

7) Faktor Obat – obatan

Konsumsi kontrasepsi oral (pil) dapat beresiko terjadinya perubahan metabolisme lemak (lipid) darah. Efek ini tergantung jenis dan dosis hormon dalam kontrasepsi oral bila esterogen maka berefek lebih baik karena menaikkan kolesterol HDL (Kolesterol baik) dan menurunkan kolesterol LDL (kolesterol buruk). Progestinnya mempunyai efek berlawanan dengan esterogen sehingga kejadian tekanan darah tinggi (Santoso, 2010)

2.1.8 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan pada Hipertensi menurut Susiyanto (2013) adalah :

1. Bagian otak, akan menyebabkan stroke
2. Bagian mata, menyebabkan retinopati hipertensi dan kebutaan
3. Bagian Jantung, menyebabkan penyakit jantung koroner (termasuk infark kantung), dan gagal jantung
4. Bagian ginjal, menyebabkan penyakit ginjal kronik, gagal ginjal terminal

2.1.9 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang dilakukan dua cara yaitu :

1. Pemeriksaan yang segera seperti :
 - 1) Darah rutin (Hematokrit/Hemoglobin): untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti: hipokoagulabilitas, anemia.
 - 2) Blood Unit Nitrogen/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
 - 3) Glukosa: Hiperglikemi (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran Kadar ketokolamin (meningkatkan hipertensi).
 - 4) Kalium serum: Hipokalemia dapat megindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
 - 5) Kalsium serum : Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

- 6) Kolesterol dan trigliserid serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk/ adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)
 - 7) Pemeriksaan tiroid : Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi
 - 8) Kadar aldosteron urin/serum : mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)
 - 9) Asam urat : Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi
 - 10) EKG: 12 Lead, melihat tanda iskemi, untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri ataupun gangguan koroner dengan menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
2. Pemeriksaan lanjutan (tergantung dari keadaan klinis dan hasil pemeriksaan yang pertama) :
- 1) *IVP* :Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal / ureter.
 - 2) CT Scan: Mengkaji adanya tumor cerebral, encefalopati.
 - 3) *IUP*: mengidentifikasikan penyebab hipertensi seperti: Batu ginjal, perbaikan ginjal.
 - 4) Menyingkirkan kemungkinan tindakan bedah neurologi: Spinal tab, CAT scan.
 - 5) (USG) untuk melihat struktur ginjal dilaksanakan sesuai kondisi klinis pasien

2.1.10 Penatalaksanaan Hipertensi

1. Pengobatan Farmakologis

Menurut Wahdah (2011) pengobatan farmakologis yaitu penggunaan obat anti hipertensi, yang pada dasarnya menurunkan tekanan darah dengan cara mempengaruhi jantung atau pembuluh darah atau keduanya. Diantaranya yaitu : Diuretik, Penghambat Simpatetik, Betabloker, Vasodilator, Penghambat Enzim Konversi angiotensin, Angiotensin Kalsium, dan Penghambat Reseptor Angiotensin II

2. Pengobatan Non Farmakologis

Wahdah (2011) menjelaskan pengobatan non farmakologis hipertensi yaitu : penurunan berat badan, olah raga, mengurangi asupan garam, tidak merokok, dan hindari stress

3. Pengobatan Komplementer

Pengobatan komplementer adalah cara penanggulangan penyakit yang dilakukan sebagai pendukung pengobatan konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain diluar pengobatan medis (Purwanto, 2013). Jenis pengobatan komplementer menurut Widharto (2007) diantaranya yaitu: Akupunktur, Bekam, Pijat Refleksi, dan Nuga

2.2. Konsep Lansia

2.2.1. Pengertian

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut Pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam dkk, 2008).

Berdasarkan defenisi secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Efendi, 2009).

2.2.2 Batasan Lansia

Menurut Badan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lanjut usia di kelompokkan menjadi beberapa jenis yakni:

1. Usia pertengahan (middle age), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (elderly) : antara 60 dan 74 tahun.
3. Lanjut usia tua (old): antara 75 dan 90 tahun.
4. Usia sangat tua (very old): diatas 90 tahun..

2.2.3 Karakter Lansia

Menurut Keliat (1999) dalam Maryam (2008), 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 kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi

2.2.4 Proses Menua

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diterima. Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah. Proses menua dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Nugroho, 2008). Penuaan adalah normal dan tidak dapat dihindari oleh setiap manusia. Namun demikian penuaan pada setiap individu akan berbeda tergantung pada stresor yang mempengaruhi penuaan itu sendiri (Stanley & Patricia, 2006)

2.2.5 Teori Proses Menua

Menurut Nugroho (2008) secara individual tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda karena masing-masing lansia mempunyai kebiasaan yang berbeda-beda dan tidak ada satu faktor pun ditemukan untuk mencegah proses menua.

Teori kejiwaan sosial

1. Aktivitas atau kegiatan

- 1) Ketentuan akan meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.
- 2) Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan dan ke lanjut usia.
- 3) Lansia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas selama mungkin dan secara mandiri.

2. Kepribadian berlanjut

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dari teori atas, pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personaliti yang dimilikinya.

3. Teori pembebasan

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepas diri dari kehidupan sosialnya tahu menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering

terjadi kehilangan ganda (triple loss), yakni: kehilangan peran, hambatan kontak sosial, berkurangnya komitmen. Triple loss akan mempengaruhi konsep diri karena lansia merasa tidak berarti karena kehilangan peran dan cenderung menarik diri dari lingkungan yang menyebabkan lansia menjadi memiliki harga diri rendah.

2.2.6 Tipe Lansia

Di zaman sekarang (zaman pembangunan), banyak ditemukan bermacam-macam tipe usia lanjut. Yang menonjol antara lain :

1. Tipe arif bijaksana

Lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

4. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis (“habis gelap datang terang”), mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

5. Tipe bingung

Lansia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh (Nugroho, 2008).

2.2.7 Permasalahan pada Lansia

Menurut Tamher (2009), permasalahan yang berkaitan dengan perkembangan kehidupan lansia antara lain :

1. Permasalahan secara umum kesehatan lanjut usia :
 - 1) Besarnya jumlah penduduk lanjut usia
 - 2) Jumlah lanjut usia miskin makin bertambah
 - 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. Permasalahan secara khusus kesehatan lanjut usia :
 - 1) Terjadinya perubahan normal pada fisik lanjut usia, kulit menjadi keriput, rambut beruban dan rontok, tinggi badan menyusut karena proses osteoporosis yang berakibat badan bungkuk, elastisitas jaringan paru – paru berkurang sehingga nafas menjadi pendek, dinding pembuluh darah

menebal dan menjadi tekanan darah tinggi, terjadi penurunan organ reproduksi

- 2) Terjadi 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

2.2.8 Perubahan – perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2011).

1. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Sistem pendengaran : Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2) Sistem Intergumen : Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

4) Kartilago : jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

- 5) Tulang : berkurangnya kepadatan tulang setelah di observasi adalah bagian dari penuaan fisiologi akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.
- 6) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.
- 7) Sendi : pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fascia mengalami penuaan elastisitas.
- 8) Sistem kardiovaskuler
Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi Sa nude dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.
- 9) Sistem respirasi
Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.
- 10) Pencernaan dan Metabolisme
Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata :
 - a. Kehilangan gigi,
 - b. Indra pengecap menurun,

- c. Rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun),
- d. Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

11) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

12) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

13) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2. Perubahan Kognitif

- 1) Memory (Daya ingat, Ingatan)
- 2) IQ (Intellegent Quocient)
- 3) Kemampuan Belajar (Learning)
- 4) Kemampuan Pemahaman (Comprehension)
- 5) Pemecahan Masalah (Problem Solving)
- 6) Pengambilan Keputusan (Decission Making)
- 7) Kebijaksanaan (Wisdom)

8) Kinerja (Performance)

9) Motivasi

3. 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

6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.

7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan.

8) Rangkaian dari kehilangan , yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.

9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

4. Perubahan Psikososial

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

1) Kehilangan sumber finansial atau pemasukan (*income*) berkurang.

2) Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.

3) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.

4) Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awareness of mortality*).

5. Perubahan Spiritual

Perubahan yang terjadi pada aspek spiritual lansia adalah sebagai berikut (Mubarak, 2012) :

- 1) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya
- 2) Usia lanjut makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam cara berpikir dan bertindak dalam sehari-hari.
- 3) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut Fowler adalah *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan bersikap adil.

2.3 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

2.3.1 Pengertian Keperawatan Komunitas

Sumijatun (2006) mendefinisikan komunitas sebagai 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.

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan sintesa dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan masyarakat, yang sebagian besar tujuannya adalah menjaga serta memelihara kesehatan komunitas. *American Nurses Association* (ANA) pada tahun 2004 mendefinisikan keperawatan kesehatan sebagai tindakan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dari populasi dengan mengintegrasikan keterampilan dan pengetahuan sesuai dengan keperawatan dan kesehatan masyarakat. Praktik

tersebut dilakukan secara komprehensif, tidak terbatas pada kelompok tertentu, berkelanjutan tidak terbatas pada perawatan yang bersifat episodik. Menurut Stanhope & Lancaster (2006), keperawatan kesehatan komunitas adalah praktik dalam komunitas dengan fokus primer pada pelayanan kesehatan individu, keluarga dan kelompok dalam komunitas. Tujuannya adalah untuk menjaga, melindungi, memajukan dan memelihara kesehatan.

Sedangkan Depkes (2006), menjelaskan bahwa keperawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) pada dasarnya adalah pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi. Dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan (*level of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja (*partner*) dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (Widyanto, 2014).

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 dan Fungsi Keperawatan Komunitas

2.3.2.1 Tujuan

Pelayanan keperawatan komunitas diberikan secara langsung (*direct care*) kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, dan kelompok maupun masyarakat. Tujuan umum pelayanan keperawatan komunitas dalam pedoman penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat di puskesmas adalah untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang optimal. Sedangkan tujuan khususnya adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang kesehatan.
2. Meningkatnya penemuan dini kasus-kasus prioritas.
3. Meningkatnya penanganan keperawatan kasus prioritas di Puskesmas.
4. Meningkatnya penanganan kasus prioritas yang mendapatkan tindak lanjut keperawatan di rumah.
5. Meningkatnya akses keluarga miskin mendapat pelayanan kesehatan/keperawatan kesehatan masyarakat.
6. Meningkatnya pembinaan keperawatan kelompok khusus.
7. Memperluas daerah binaan keperawatan masyarakat.

2.3.2.2 Fungsi Keperawatan Komunitas

Fungsi merupakan rincian tugas yang sejenis atau erat hubungannya satu sama lain untuk dilakukan menurut sifat atau pelaksanaannya. Fungsi keperawatan komunitas erat kaitannya dengan aspek khusus dari suatu tugas tertentu dalam komunitas. Adapun fungsi keperawatan komunitas adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah kesehatan komunitas melalui asuhan keperawatan.
- 2) Agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan dalam kemandiriannya di bidang kesehatan.
- 3) Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat.
- 4) Agar masyarakat bebas mengeluarkan pendapat berkaitan dengan permasalahannya atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Widyanto, 2014).

2.3.3 Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan diartikan sebagai suatu bagian dari ilmu, filosofi, dan teori yang diterima dan diterapkan dalam keperawatan. Paradigma keperawatan merupakan pola pemahaman mengenai realita dalam keperawatan. Bermula dari pola pemahaman tersebut, disusunlah paradigma

keperawatan komunitas yang terdiri atas 4 (empat) komponen dasar, yaitu manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan.

1. Manusia

Manusia merupakan komponen paradigma keperawatan yang menjadi fokus pelayanan keperawatan. Manusia sebagai klien merupakan kesatuan aspek jasmani dan rohani. Manusia memiliki sifat unik dengan kebutuhan berbeda sesuai dengan tingkat perkembangannya.

a. Manusia sebagai makhluk biologi

Asal kata biologi adalah *bios* dan *logos* yang berarti individu adalah makhluk yang tumbuh dan berkembang. Manusia terdiri dari sel-sel hidup yang membentuk satu kesatuan dan pertumbuhannya dipengaruhi oleh faktor lingkungan, sosial, fisik, fisiologi, psikodinamik, dan spiritual.

b. Manusia sebagai makhluk psikologis

Manusia mempunyai struktur kepribadian yang terdiri dari *id*, *ego*, dan *super ego*. *Id* adalah sistem dasar kepribadian yang merupakan sumber daripada segala dorongan instinktif, khususnya seks dan agresi. *Ego* merupakan aspek psikologis yang timbul karena kebutuhan individu untuk berhubungan dengan dunia realita. *Super Ego* merupakan subsistem yang berfungsi sebagai kontrol internal, yang terdiri dari kata hati (apa yang seharusnya dilakukan dan tidak dilakukan) dan Ego-ideal (apa yang seharusnya saya menjadi)

c. Manusia sebagai makhluk sosial

Manusia merupakan satu kesatuan sistem yang saling bergantung sehingga manusia tidak dapat hidup tanpa orang lain. Manusia perlu melakukan kerjasama untuk memenuhi kehidupannya.

d. Manusia sebagai makhluk kultural

Manusia lahir pada suatu tempat dan belajar serta berkembang dalam lingkungan tersebut, sehingga ia menganut dan terbentuk sesuai budaya setempat.

e. Manusia sebagai makhluk spiritual

Sebagai makhluk spiritual, manusia diciptakan Tuhan dalam bentuk yang sempurna dibanding makhluk ciptaan lainnya. Manusia dikaruniai akal, pikiran, perasaan, dan kemauan.

2. Kesehatan

Menurut model rantang sehat sakit, sehat merupakan sebuah kondisi yang dinamis yang berubah secara terus menerus dengan adaptasi individu terhadap perubahan yang ada di lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual yang sehat. Sakit merupakan sebuah proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan jika dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya. Cara pandang klien terdapat tingkat kesehatannya bergantung pada sikapnya terhadap kesehatan dan nilai, keyakinan, dan persepsi mereka terhadap kesehatan

fisik, emosional, intelektual, sosial, pengembangan, dan spiritual. Perawat dan klien secara bersama menentukan tujuan untuk mencapai tingkat kesehatan klien yang optimal.

3. Lingkungan

Lingkungan tempat dimana individu bekerja atau tinggal dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit. Pengaruh itu dapat secara langsung maupun tidak langsung. Lingkungan dapat berupa internal dan eksternal seperti lingkungan biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual, iklim, sistem perekonomian, serta politik. Oleh karena itu, lingkungan merupakan komponen paradigma keperawatan yang mempunyai implikasi luas bagi kehidupan manusia. Misalnya tempat tinggal yang tidak bersih serta lingkungan yang padat dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penyebaran penyakit. Konflik atau masalah lain dalam keluarga mungkin dapat menjadi stressor yang menyebabkan individu atau seluruh keluarga mengalami peningkatan resiko terjadinya penyakit.

4. Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan diberikan dengan berdasarkan ilmu dan kiat, berbentuk pelayanan bio, psiko, sosio, spiritual yang komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Pelayanan tidak hanya diberikan pada kondisi sakit, melainkan juga pada kondisi sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Keberhasilan praktik keperawatan komunitas dipengaruhi oleh terbinanya hubungan yang baik dengan masyarakat. Hubungan itu akan tercipta dengan pendekatan yang dilakukan, sehingga nantinya dapat memberikan perawatan kesehatan yang sesuai kebutuhan melalui proses keperawatan yang mendalam (Widyanto, 2014).

2.3.4 Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok beresiko tinggi (keluarga / penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil) (Widyanto, 2014).

2.3.5 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.

1. Upaya Promotif

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

- a. Penyuluhan kesehatan masyarakat
 - b. Peningkatan gizi
 - c. Pemeliharaan kesehatan perorangan
 - d. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
 - e. Olahraga secara teratur
 - f. Rekreasi
 - g. Pendidikan seks
2. Upaya Preventif

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

- a. Imunisasi massal terhadap bayi, balita serta ibu hamil
 - b. Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah
 - c. Pemberian vitamin A dan yodium melalui posyandu, puskesmas ataupun dirumah
 - d. Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui
3. Upaya Kuratif

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

- a. Perawatan orang sakit di rumah (home nursing)
- b. Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut perawatan dari puskesmas dan rumah sakit

- c. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis dirumah, ibu bersalin dan nifas
- d. Perawatan payudara
- e. Perawatan tali pusat bayi baru lahir

4. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitative 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 :

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

5. Upaya Resosialitatif

Upaya resosialitatif adalah upaya mengembalikan individu, keluarga, kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya adalah kelompok-kelompok yang di asingkan oleh masyarakat karena menderita suatu penyakit, misalnya kusta, AIDS, atau kelompok-kelompok masyarakat khusus seperti Wanita Tuna Susila (WTS) , tuna wisma dan lain-lain. Hal ini tentunya membutuhkan penjelasan dengan pengertian atau batasan-batasan yang jelas dan dapat dimengerti (Dermawan, 2012).

2.3.6 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Banyak peranan yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat diantaranya adalah :

1. Pemberi Asuhan Keperawatan (*Care provider*)

Peran perawat sebagai *care provider* ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat berupa asuhan keperawatan masyarakat yang utuh (holistik) serta berkesinambungan (komprehensif). Asuhan keperawatan dapat diberikan secara langsung maupun secara tidak langsung pada berbagai tantangan kesehatan meliputi di puskesmas, ruang rawat inap puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, sekolah, panti, posyandu, dan keluarga.

2. Peran Sebagai Pendidik (*Educator*)

Perawat bertindak sebagai pendidik kesehatan harus mampu mengkaji kebutuhan klien yaitu kepada individu, keluarga, kelompok masyarakat, pemulihan kesehatan dari suatu penyakit, menyusun program penyuluhan atau pendidikan kesehatan baik sehat maupun sakit. Misalnya penyuluhan tentang nutrisi, senam lansia, manajemen stress, terapi relaksasi, gaya hidup bahkan penyuluhan mengenai proses terjadinya suatu penyakit.

3. Peran Sebagai Konselor (*Counselor*)

Perawat sebagai konselor melakukan konseling keperawatan sebagai usaha memecahkan masalah secara efektif. Pemberian konseling dapat dilakukan dengan melibatkan individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

4. Peran Sebagai Panutan (*Role Model*)

Perawat kesehatan masyarakat harus dapat memberikan contoh yang baik dalam bidang kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang bagaimana tata cara hidup sehat yang dapat ditiru dan dicontoh oleh masyarakat.

5. Peran Sebagai Pembela (*Advocate*)

Pembelaan dapat diberikan kepada individu, kelompok atau tingkat komunitas. Pada tingkat keluarga, perawat dapat menjalankan fungsinya melalui pelayanan sosial yang ada dalam masyarakat. Seorang pembela klien adalah pembela dari hak-hak klien. Pembelaan termasuk di dalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien, memastikan kebutuhan klien terpenihindan melindungi hak-hak klien.

6. Peran Sebagai Manager Kasus (*Case Manager*)

Perawat kesehatan masyarakat diharapkan dapat mengelola berbagai kegiatan pelayanan kesehatan puskesmas dan masyarakat sesuai dengan beban tugas dan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya.

7. Peran Perawat Sebagai Kolaborator

Peran perawat sebagai kolaborator dapat dilaksanakan dengan cara bekerjasama dengan tim kesehatan lain, baik dengan dokter, ahli gizi, ahli radiologi, dan lain-lain dalam kaitannya membantu mempercepat proses penyembuhan klien. Tindakan kolaborasi atau kerjasama merupakan proses pengambilan keputusan dengan orang lain pada tahap proses keperawatan. Tindakan ini berperan sangat penting untuk merencanakan tindakan yang akan dilaksanakan.

8. Peran Sebagai Penemu Kasus (*Case Finder*)

Melaksanakan monitoring terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang menyangkut masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang timbul serta berdampak terhadap status kesehatan melalui kunjungan rumah, pertemuan-pertemuan, observasi dan pengumpulan data (Widyanto, 2014).

2.4 Konsep Teori Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisa sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, sosial ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan. Dalam tahap pengkajian ada lima kegiatan yaitu : a. pengumpulan data, b. pengolahan data, c. analisis data, d. perumusan atau penentu masalah kesehatan masyarakat dan e. prioritas masalah

1. Pengumpulan Data

Untuk memperoleh informasi mengenai masalah kesehatan pada masyarakat sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual serta factor lingkungan yang mempengaruhinya.

Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

1) Data Inti :

a) Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

Uraikan mengenai lokasi, luas wilayah, iklim, tipe komunitas, keadaan demografi, struktur politik, distribusi kekuatan komunitas dan pola perubahan komunitas.

b) Data Demografi

Kaji jumlah komunitas berdasarkan : usia, jenis kelamin, status perkawinan, ras/suku, bahasa, tingkat pendapatan, pendidikan, pekerjaan, agama, dan komposisi keluarga.

c) Vital Statistik

Jabaran atau uraian data tentang : angka kematian kasar atau CDR, penyebab kematian, angka pertambahan anggota, angka kelahiran.

d) Status Kesehatan komunitas

Dapat dilihat dari : angka mortalitas, morbiditas, IMR, MMR, cakupan imunisasi, status kesehatan kelompok berdasarkan kelompok umur : Bayi, Balita, Usia Sekolah, Remaja, dan Lansia, kelompok khusus di masyarakat : Ibu Hamil, Pekerja Industri, Kelompok Penyakit Kronis, Penyakit Menular.

Adapun pengkajian selanjutnya dijabarkan sebagaimana di bawah ini :

a) Keluhan yang dirasakan saat ini oleh komunitas

b) Tanda-tanda vital : Tekanan Darah, Nadi, Respirasi Rate, Suhu Tubuh.

c) Kejadian penyakit (dalam satu tahun terakhir) :

(1) ISPA, Astma, TBC Paru

- (2) Penyakit kulit
 - (3) Penyakit mata
 - (4) Penyakit Rheumatik
 - (5) Penyakit Jantung
 - (6) Penyakit gangguan jiwa
 - (7) Kelumpuhan
 - (8) Penyakit menahun lainnya
- d) Riwayat penyakit keluarga
- e) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari:
- (1) Pola pemenuhan nutrisi
 - (2) Pola pemenuhan cairan elektrolit
 - (3) Pola istirahat tidur
 - (4) Pola eliminasi
 - (5) Pola aktivitas gerak
 - (6) Pola pemenuhan kebersihan diri
 - (7) Status Psikososial :
 - (a) Komunikasi dengan sumber-sumber kesehatan
 - (b) Hubungan dengan orang lain
 - (c) Peran di masyarakat
 - (d) Kesedihan yang dirasakan
 - (e) Stabilisasi emosi
 - (f) Penelantaran anak atau lansia
 - (g) Perlakuan yang salah dalam kelompok (perilaku tindakan kekerasan).

(8) Status Pertumbuhan dan Perkembangan :

- (a) Pola pemanfaatan fasilitas kesehatan
- (b) pola pencegahan terhadap penyakit dan perawatan kesehatan
- (c) pola perilaku tidak sehat seperti : kebiasaan merokok, minuman kopi yang berlebihan, mengkonsumsi alkohol, penggunaan obat tanpa resep, penyalahgunaan obat terlarang pola konsumsi tinggi garam, lemak, dan purin.

2) Data Lingkungan Fisik

a) Pemukiman

- (1) Luas bangunan
- (2) Bentuk bangunan : rumah, petak, asrama, pavilium
- (3) Jenis bangunan : permanen, semi permanen, non permanen
- (4) Atap rumah : genting, seng, welit, ijuk, kayu, asbes
- (5) Dinding : tembok, kayu, bamboo, atau lainnya
- (6) Lantai : semen, tegel, keramik, tanah, kayu atau lainnya
- (7) Ventilasi : kurang atau lebih dari 15-20% dari luas lantai
- (8) Pencahayaan : kurang/baik
- (9) Penerangan : kurang/baik
- (10)Kebersihan : kurang/baik
- (11)Pengaturan ruangan dan perabotan : kurang/baik
- (12)Kelengkapan alat rumah tangga : kurang/baik

b) Sanitasi

- (1) Penyediaan air bersih (MCK)
- (2) Penyediaan air minum

- (3) Pengelolaan jamban : bagaimana jenisnya, berapa jumlahnya dan bagaimana jaraknya dengan sumber air bersih.
 - (4) Sarana pembuangan air limbah (SPAL)
 - (5) Pengelolaan sampah : apakah ada sarana untuk tempat pembuangan sampah, bagaimana pengelolaannya : dibakar, ditimbun, atau cara lainnya.
 - (6) Polusi udara, air, tanah, atau suara/kebisingan
 - (7) Sumber polusi : pabrik, rumah tangga, industry lainnya sebutkan.
- c) Fasilitas
- d) Batas-batas wilayah
- e) Kondisi geografis
- 3) Pelayanan Kesehatan dan Sosial
- a) Pelayanan kesehatan
 - (1) Lokasi sarana kesehatan
 - (2) Sumber daya yang dimiliki (tenaga kesehatan dan kader)
 - (3) Jumlah kunjungan
 - (4) Sistem rujukan
 - b) Fasilitas sosial (pasar, toko, swalayan)
 - (1) Lokasi
 - (2) Kepemilikan
 - (3) Kecukupan

- 4) Ekonomi
 - a) Jenis pekerjaan
 - b) Jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan
 - c) Jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan
 - d) Jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lanjut usia
- 5) Keamanan dan Transportasi
 - a) Keamanan
 - (1) Sistem keamanan lingkungan
 - (2) Penanggulangan kebakaran
 - (3) Penanggulangan bencana
 - b) Transportasi
 - (1) Kondisi jalan
 - (2) Jenis transportasi yang dimiliki
 - (3) Sarana transportasi yang ada
- 6) Politik dan Keamanan
 - a) Sistem Pengorganisasian
 - b) Struktur Organisasi
 - c) Kelompok Organisasi dalam komunitas
 - d) Peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan
- 7) Sistem komunikasi
 - a) Sarana untuk komunikasi
 - b) Jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas
 - c) Cara penyebaran informasi

- 8) Pendidikan
 - a) Tingkat pendidikan komunitas
 - b) Fasilitas pendidikan yang tersedia (formal atau non formal)
 - (1) Jenis pendidikan yang diadakan di komunitas
 - (2) Sumber daya manusia, tenaga yang tersedia
 - c) Jenis bahasa yang digunakan
- 9) Rekreasi
 - a) Kebiasaan rekreasi
 - b) Fasilitas tempat rekreasi (Dermawan,2012).

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.

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.

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.

3) Pemeriksaan Fisik

Dalam keperawatan komunitas dimana salah satunya asuhan keperawatan yang diberikan adalah asuhan keperawatan keluarga, maka pemeriksaan fisik yang dilakukan dalam upaya membantu menegakkan diagnose keperawatan dengan cara :

I (Inspeksi) : Melakukan pengamatan pada bagian tubuh pasien atau keluarga pasien atau keluarga yang sakit.

P (Palpasi) : Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara meraba pada bagian tubuh yang mengalami gangguan.

A (Auskultasi): Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan bunyi pada bagian tubuh tertentu.

P (Perkusi) : Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetuk jari telunjuk atau reflex hammer pada bagian tubuh tertentu.

2. Pengolahan 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

3. 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

4. Penentuan Masalah atau Perumusan Masalah Kesehatan

Berdasarkan analisa data dapat diketahui masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi masyarakat, sekaligus dirumuskan yang selanjutnya dilakukan intervensi.

5. Prioritas Masalah

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan perlu pertimbangan berbagai factor sebagai kriteria, diantaranya :

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

Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hirarki kebutuhan menurut *Abraham H.Maslow*, yaitu :

- 1) Keadaan yang mengancam jiwa
- 2) Keadaan yang mengancam kesehatan
- 3) Persepsi tentang kesehatan dan keperawatan (Widyanto, 2014).

2.4.2 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 social
 - 3) Interaksi perilaku dan lingkungan
- c. Sign atau Siymptom (tanda atau gejala) : informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnose, serangkaian petunjuk timbulnya masalah (Dermawan, 2012).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (Mubarak, 2009). Jadi perencanaan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan rencana keperawatan yang disusun harus mencakup perumusan tujuan,

rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan kriteria hasil untuk menilai pencapaian tujuan (Mubarak, 2009).

Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut :

- 1) Identifikasi alternative tindakan keperawatan
- 2) Tetapkan teknik dan prosedur yang akan digunakan
- 3) Melibatkan peran serta masyarakat dalam menyusun perencanaan melalui kegiatan musyawarah masyarakat desa atau lokakarya mini
- 4) Pertimbangkan sumber daya masyarakat dan fasilitas yang tersedia
- 5) Tindakan yang akan dilaksanakan harus dapat memenuhi kebutuhan yang sangat dirasakan masyarakat
- 6) Mengarah kepada tujuan yang akan dicapai
- 7) Tindakan harus bersifat realistis
- 8) Disusun secara berurutan

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Adalah pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang telah di rencanakan dengan melibatkan secara aktif masyarakat melaluikelompok-kelompok yang ada di masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat dan bekerjasama dengan pimpinan formal di masyarakat, Puskesmas/Dinas Kesehatan atau sector 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 periodic
- 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
- (Widyanto, 2014).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi rencana berikutnya. Evaluasi proses dan evaluasi hasil. Sedangkan fokus dari evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas adalah :

- 1) Relevansi atau hubungan antara kenyataan yang ada dengan target pelaksanaan.
- 2) Perkembangan atau kemajuan proses kesesuaian dengan perencanaan, peran staf atau pelaksanaan tindakan, fasilitas dan jumlah peserta.
- 3) Efisiensi biaya. Bagaimanakah pencarian sumber dana dan penggunaannya serta keuntungan program.
- 4) Efektifitas kerja. Apakah tujuan tercapai dan apakah klien atau masyarakat puas terhadap tindakan yang dilaksanakan.
- 5) Dampak. Apakah status kesehatan meningkatkan setelah dilaksanakannya tindakan, apa perubahan yang terjadi dalam 6 bulan atau 1 tahun (Fallen & Budi, 2010).

2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

2.5.1.1 Data Inti Komunitas

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas
 - a. Lokasi
 - b. Batas Wilayah/wilayah
2. Data demografi
 - a. Jumlah Penderita Hipertensi
 - b. Berdasarkan jenis kelamin
 - c. Berdasarkan kelompok penderita Hipertensi (Anak-anak, Remaja, Dewasa, Lansia, Ibu Hamil). Pada umumnya usia >60 tahun lebih banyak yang menderita hipertensi

2.5.1.2 Data Sub system

1. Data lingkungan fisik

Fasilitas umum dan kesehatan

- a. Fasilitas umum

Sarana kelompok, meliputi : Karang taruna, pengajian, ceramah agama
PKK.

- b. Tempat perkumpulan umum

Balai desa, RW, RT, Masjid/Mushola

c. Fasilitas Kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan, presentasi pemakaian sarana atas fasilitas kesehatan. Puskesmas, Rumah Sakit, para Dokter swasta, Praktek Kesehatan lain.

d. Kebiasaan check up kesehatan

2. Ekonomi

a. Karakteristik pekerjaan

b. Penghasilan rata-rata perbulan

3. Keamanan dan Transportasi

Keamanan :

a. Diet makan

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

c. Kepatuhan terhadap diet

d. Kebiasaan berolahraga

e. Struktur organisasi (ada/tidak ada)

f. Terdapat kepala desa dan perangkatnya

g. Ada organisasi karang taruna

h. Kelompok layanan kepada masyarakat (PKK, karang taruna, panti, posyandu)

i. Kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan : tidak ada / ada (Sebutkan)

j. Kebijakan pemerintah khusus untuk penyakit Hipertensi : ada / belum ada

k. 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 balita dengan gangguan perkembangan :
 - a) Poster tentang Hipertensi
 - b) Pamflet tentang penanganan Hipertensi
 - c) Leaflet tentang penanganan Hipertensi
 - d) Kegiatan yang menunjang kegiatan Hipertensi
5. Penyuluhan oleh kader dari masyarakat dan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Pendidikan
6. Distribusi pendudukan berdasarkan tingkat pendidikan formal : SD, SLTP, SLTA, Perguruan tinggi.
7. Rekreasi tempat wisata yang biasanya dikunjungi untuk rekreasi.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Masalah

1. Diagnosa Keperawatan
 - a. Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan lansia menggunakan pelayanan kesehatan
 - b. Ketidakmampuan kelompok lansia dalam mengidentifikasi masalah kesehatan berhubungan dengan kurangnya pemahaman tentang perubahan yang terjadi pada lansia
 - c. Ketidakefektifan dalam memodifikasi gaya hidup berhubungan dengan kurangnya kesadaran kelompok lansia tentang diet hipertensi

- d. Potensial penurunan status kesehatan lansia berhubungan dengan ketidakaktifan kelompok lansia dalam melakukan pemeriksaan kesehatan
 - e. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan dukungan sosial yang kurang (Wilkinson, 2012).
2. 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 3.Tinggi	

2. Metode penepisan OMAHA

No	Masalah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total

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 perelatan
 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 Intervensi Keperawatan

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan ketidakmampuan lansia menggunakan pelayanan kesehatan

1. 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

2. Kriteria Hasil

- 1) Kegiatan posyandu lansia berjalan secara efektif
- 2) a) Meningkatkan derajat kesehatan lansia
b) Lansia menyatakan ketersediaannya untuk mau mengikuti kegiatan posyandu lansia secara rutin.

3. Intervensi

- 1) Motivasi lansia untuk menggunakan sarana kesehatan yang disediakan atau pergi ke Posyandu Lansia secara rutin
- 2) Berikan penyuluhan tentang Hipertensi serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti

4. Penanggung Jawab

- 1) Ketua Kader Lansia
- 2) Perawat Puskesmas

- 3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
5. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2015
6. Tempat Pelaksanaan : Wilayah Kelurahan X
7. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
8. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

Diagnosa 2 : Ketidakmampuan kelompok lansia dalam mengidentifikasi masalah kesehatan berhubungan dengan kurangnya pemahaman tentang perubahan yang terjadi pada lansia

1. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia mampu menyesuaikan dirinya terhadap perubahan yang terjadi
- 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia mampu:
 - a. Mengungkapkan penerimaan terhadap perubahan yang terjadi
 - b. Mampu menjaga kesehatan diri sendiri

2. Kriteria Hasil

- 1) Kognitif :
Lansia mengetahui penyebab perubahan yang terjadi pada tubuhnya
- 2) Afektif :
Lansia mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada tubuhnya
- 3) Psikomotor :
Lansia mampu melakukan pemeriksaan seara rutin setiap 1 bulan sekali ke pelayanan kesehatan

3. Intervensi

- 1) Kaji perubahan yang terjadi pada lansia
- 2) Beri pemahaman tentang kesehatan lansia serta perubahan yang terjadi pada lansia
- 3) Bantu kelompok lansia untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi
- 4) Beri dukungan pada kelompok lansia dalam perawatan kesehatan
- 5) Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader lansia setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan lansia

4. Penanggung Jawab

- 1) Ketua Kader Lansia
- 2) Perawat Puskesmas
- 3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

5. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2015

6. Tempat Pelaksanaan : Wilayah Kelurahan X

7. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

8. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

Diagnosa 3 : Ketidakefektifan dalam memodifikasi gaya hidup berhubungan dengan kurangnya kesadaran kelompok lansia tentang diet hipertensi

1. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW X mematuhi program diet hipertensi

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW X mampu:

- a. Mengetahui komposisi menu diet hipertensi
- b. Menyebutkan apa saja pantangan makanan untuk penderita Hipertensi

2. Kriteria Hasil

1) Kognitif :

Lansia mengerti tentang diet hipertensi dan makanan apa saja yang menjadi pantangan penderita hipertensi

2) Afektif :

Lansia mampu menerapkan menu diet hipertensi dalam kehidupan sehari – hari

3) Psikomotor :

Lansia mampu memilih dengan benar makanan yang menjadi pantangan untuk penderita hipertensi

3. Intervensi

- 1) Kaji pemahaman tentang hipertensi pada kelompok lansia
- 2) Identifikasi penyebab masalah
- 3) Beri penyuluhan tentang hipertensi
- 4) Beri contoh menu diet dan pantangan makanan penderita hipertensi
- 5) Beri dorongan pada kelompok lansia agar memperhatikan diet yang dianjurkan pada penderita hipertensi

- 6) Kerjasama dengan lintas program sektor : Kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita hipertensi setiap kegiatan posyandu lansia.

4. Penanggung Jawab

- 1) Ketua Kader Lansia
- 2) Perawat Puskesmas
- 3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

5. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2015

6. Tempat Pelaksanaan : Wilayah Kelurahan X

7. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

8. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

Diagnosa 4 : Potensial penurunan status kesehatan lansia berhubungan dengan ketidakaktifan kelompok lansia dalam melakukan pemeriksaan kesehatan

1. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW X mampu melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin
- 2) Tujuan jangka pendek
Kelompok Lansia RW X mampu:
 - a. Mengetahui tentang manfaat pemeriksaaan kesehatan
 - b. Menjaga kesehatan diri sendiri

2. Kriteria Hasil

- 1) Kognitif :
Lansia mengetahui tentang manfaat pemeriksaan kesehatan

2) Afektif :

Lansia mampu bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan

3) Psikomotor :

Lansia bersedia melakukan pemeriksaan kesehatan dan mampu menjaga kesehatan tubuhnya untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia

3. Intervensi

1) Beri pengetahuan pada kelompok lansia tentang manfaat melakukan pemeriksaan kesehatan

2) Beri pemahaman efek jika tidak melakukan pemeriksaan kesehatan

3) Anjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala

4) Beri dorongan untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan

5) Kerjasama dengan lintas program dan sektor : kader lansia setempat untuk melanjutkan memberi pendidikan kesehatan tentang kesehatan lansia

4. Penanggung Jawab

1) Ketua Kader Lansia

2) Perawat Puskesmas

3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya

5. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2015

6. Tempat Pelaksanaan : Wilayah Kelurahan X

7. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab

8. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

Diagnosa 5 : Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan dukungan sosial keluarga yang kurang

1. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang : Kelompok Lansia RW X mampu berpartisipasi dalam screening kesehatan
- 2) Tujuan jangka pendek : Kelompok Lansia RW X mampu mencari sarana pelayanan kesehatan

2. Kriteria Hasil

- 1) Kognitif :
Lansia mengerti tentang pemeliharaan kesehatan pada lansia
- 2) Afektif :
Lansia bersedia melakukan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan kondisi lansia
- 3) Psikomotor :
Lansia mampu melakukan pemeriksaan secara rutin setiap 1 bulan sekali ke pelayanan kesehatan

3. Intervensi

- 1) Identifikasi pengetahuan yang mempengaruhi pemeliharaan kesehatan
- 2) Kaji kebutuhan lansia terhadap dukungan sosial keluarga
- 3) Kaji kualitas dukungan yang tersedia
- 4) Kerjasama dengan lintas program sektor : kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita hipertensi setiap kegiatan posyandu lansia

4. Penanggung Jawab
 - 4) Ketua Kader Lansia
 - 5) Perawat Puskesmas
 - 6) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
5. Waktu Pelaksanaan : Tanggal X Bulan X 2015
6. Tempat Pelaksanaan : Wilayah Kelurahan X
7. Metode : Ceramah dan Tanya Jawab
8. Media yang digunakan : Leaflet dan SAP

2.5.4 Implementasi Keperawatan

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 Evaluasi Keperawatan

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