

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan diuraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu tentang 1) Konsep Lansia, 2) Konsep Hipertensi, 3) Konsep Keperawatan Komunitas 4) Konsep Asuhan Keperawatan Komunitas, 5) Konsep Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi.

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Menurut UU No. 13/1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia ada tiga definisi lanjut usia :

1. Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas
2. Lanjut usia potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang menghasilkan barang dan atau jasa
3. Lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Nugroho, 2006)

Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), klasifikasi lanjut usia meliputi:

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

2.1.2 Proses Menua

Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masa dewasa, masa tua (Nugroho, 2006). Tiga tahap ini berbeda baik biologis maupun psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami kemunduran secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengendor, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitivitas emosional meningkat dan kurang gairah.

Pada usia lanjut, terjadi penurunan kondisi fisik/biologis, kondisi psikologis, serta perubahan kondisi sosial. Para usia lanjut, bahkan juga masyarakat menganggap seakan-akan tugas-tugasnya sudah selesai, mereka berhenti bekerja dan semakin mengundurkan diri dari pergaulan bermasyarakat (Tamher, 2009).

Meskipun secara alamiah mengalami penurunan fungsi berbagai organ, tetapi tidak harus menimbulkan penyakit oleh karenanya usia lanjut harus sehat. Sehat dalam hal ini diartikan :

1. Bebas dari penyakit fisik, mental dan sosial
2. Mampu melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari
3. Mendapat dukungan secara sosial dari keluarga dan masyarakat

2.1.3 Teori Proses Menua

Menurut Wahyudi Nugroho (2006), ada 3 proses antara lain :

1. Proses individual
 - a. Tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda
 - b. Masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda
 - c. Tidak ada faktor pun untuk mencegah proses menua

2. Teori-teori biologi

- a. Secara keturunan atau mutasi atau *Somatic Mutatie Theory* setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi
- b. “Pemakaian dan rusak” kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh lelah
- c. Pengumpulan dari pigmen atau lemak dalam tubuh, yang disebut teori akumulasi dari produk sisa. Sebagai contohnya adalah adanya pigmen lipofunchiene di sel otot jantung dan sel susunan syaraf pusat pada orang lanjut usia yang mengakibatkan mengganggu fungsi sel itu sendiri.
- d. Peningkatan jumlah *kolagen* dalam jaringan
- e. Tidak ada perlindungan terhadap: radiasi, penyakit, dan kekurangan gizi
- f. Reaksi dari kekebalan sendiri atau *Auto Immune Theory*. Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus, ada jaringan tubuh tertentu tidak tahan terhadap zat tersebut, sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit. Sebagai contoh bertambahnya kelenjar timus yang pada usia dewasa berinvolusi dan sejak itu terjadilah kelainan autoimun.

3. Teori kejiwaan sosial

- 1) Aktivitas atau kejadian :
 - a. Ketentuan akan meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung
 - b. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lanjut usia

- 2) Kepribadian berlanjut yaitu dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia
- 3) Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya

2.1.4 Permasalahan pada Lansia

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

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

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) Terjadinya perubahan abnormal pada fisik lanjut usia, misalnya katarak, kelainan sendi, kelainan prostat, inkontinensia dan lain-lain

3) Permasalahan pada kemampuan lansia dengan penurunan *ADL* pada *personal hygiene*. Tingkat yang digunakan dalam pengukuran oleh *Assesment Scale Rating Fungctional 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

2.1.5 Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia

Menurut R. Siti Maryam (2008), perubahan fisik pada usia lanjut usia adalah sebagai berikut:

1. Perubahan fisik pada Lansia

1) Perubahan sel

- a. Sel jumlahnya menurun
- b. Sel lebih besar ukurannya
- c. Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan tubuh

2) Sistem persyarafan

- a. Cepat menurunnya hubungan persyarafan

- b. Lambat dalam respon dan waktu beraksi
 - c. Mengecilnya syaraf panca indera
- 3) Sistem pendengaran
- a. *Prebiakus* adalah hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam
 - b. *Otosklerosis* adalah membran timpani atropi
 - c. Pengumpulan *cerumen*
- 4) Sistem penglihatan
- a. *Sklerosis spingter pupil* adalah respon terhadap sinar hilang
 - b. Kornea lebih berbentuk *sferis*
 - c. Lensa keruh
 - d. Daya akomodasi menurun
- 5) Sistem kardiovaskuler
- a. Katup jantung tebal dan kaku
 - b. Kemampuan pompa jantung menurun
 - c. Elastisitas pembuluh darah menurun
 - d. Tekanan darah meningkat
- 6) Sistem respirasi
- a. Aktivitas silia menurun
 - b. Elastisitas menurun
 - c. Alveoli ukurannya melebar dan jumlahnya menurun
 - d. Kemampuan batuk menurun
- 7) Sistem gastro intestinal
- a. Kehilangan gigi

- b. Indra pengecap menurun
 - c. Esofagus melebar
 - d. Lambung, rasa lapar menurun, asam lambung menurun, waktu pengosongan menurun
- 8) Sistem genito urinaria
- a. Ginjal atropi
 - b. Vesika urinaria otot menjadi lemah, kapasitas menurun
 - c. Pembesaran prostat
 - d. *Atropi* vulva
 - e. Vagina selaput lendir menjadi kuning
- 9) Sistem endokrin
- a. Produksi hormon menurun
 - b. Fungsi paratikoid dan sekresi menurun
- 10) Sistem kulit
- a. Kulit mengkerut / keriput
 - b. Kulit kepala dan rambut tipis
 - c. Elastisitas menurun
 - d. Kelenjar keringat menurun
- 11) Sistem muskuloskeletal
- a. Tulang kehilangan *density* dan makin rapuh
 - b. Atropi serabut otot
 - c. Persendian membesar dan makin kaku

2. Perubahan psikologi pada Lansia

- 1) Proses untuk belajar makin memerlukan banyak waktu, makin sulit untuk belajar hal-hal yang baru
- 2) Berkurangnya dalam kecepatan menalar
- 3) Berkurangnya kemampuan dan minat dalam kreativitas
- 4) Ingatan makin kurang berfungsi dengan baik

3. Perubahan Sosial

Semakin lanjut usia seseorang, kesibukan sosialnya akan semakin berkurangnya integrasi dengan lingkungannya. Hal ini akan memberikan dampak pada kebahagiaan seseorang dan akhirnya pada kesehatannya. Sebagian dari mereka mempunyai kemampuan untuk bekerja. Namun timbul masalah bagaimana memfungsikan tenaga dan kemampuannya di dalam situasi keterbatasan kesempatan kerja. Berdasarkan pada sistem kultural yang berlaku seharusnya generasi tua atau lansia masih dibutuhkan sebagai pembina keluarga dan masyarakat.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah keadaan yang ditandai dengan terjadinya peningkatan tekanan darah di dalam arteri (Iskandar Junaidi, 2010).

Tekanan darah tinggi merupakan gangguan asimtomatik yang sering terjadi ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara persisten (Potter & Perry, 2005).

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg (Smeltzer, 2001).

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

1. Berdasarkan Penyebabnya

Berdasarkan penyebabnya, tekanan darah tinggi dapat digolongkan menjadi dua, yaitu:

a. Tekanan darah tinggi esensial

Tekanan darah tinggi esensial adalah tekanan darah tinggi yang tidak jelas atau belum diketahui pasti penyebabnya. Tekanan darah tinggi esensial disebut juga tekanan darah tinggi primer atau idiopatik. Lebih dari 90% kasus tekanan darah tinggi termasuk dalam kelompok tekanan darah tinggi esensial. Penyebab tekanan darah tinggi esensial adalah multifaktor, antara lain faktor genetik, faktor perilaku, faktor usia dan faktor psikis (Rusyanuddin, 2010).

b. Tekanan darah tinggi skunder

Tekanan darah tinggi skunder adalah tekanan darah tinggi yang disebabkan oleh penyakit lain. Beberapa penyakit yang bisa menyebabkan tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah penyakit ginjal, kelainan hormonal, dan penggunaan obat-obatan (Rusyanuddin, 2010).

2. Berdasarkan Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik

Berdasarkan tekanan darah sistolik dan diastolik dalam satuan mmHg tekanan darah dibagi menjadi beberapa kategori seperti di bawah ini:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pra- Hipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi Stadium I	140 – 159	90 – 99
Hipertensi Stadium II	>160	>100

Sumber: JNC 7 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (Iskandar Junaidi, 2010).

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Faktor Genetik

Menurut Muhummadun (2010), faktor genetik mempunyai hubungan dengan terjadinya tekanan darah tinggi atau hipertensi pada orang-orang yang mempunyai riwayat keluarga penderita hipertensi. Seseorang dengan orangtua yang menderita hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada yang tidak mempunyai riwayat keluarga hipertensi. Pada beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada bukti gen yang diturunkan untuk masalah tekanan darah tinggi.

2. Faktor Perilaku

Faktor perilaku yang dapat menyebabkan tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah gaya hidup yang kurang baik misalnya:

a. Mengonsumsi Makanan Tinggi Lemak dan Kolestrol

Jika seseorang mengonsumsi makanan yang banyak mengandung lemak dan kolesterol dapat menyebabkan penimbunan lemak disepanjang pembuluh darah. Penimbunan lemak tersebut akan menyebabkan aliran darah menjadi kurang lancar dan menyempitkan aliran pembuluh darah tersebut. Penyempitan dan penyumbatan lemak ini memacu jantung untuk memompa darah lebih kuat lagi agar dapat memasok kebutuhan darah ke jaringan. Akibatnya tekanan darah menjadi meningkat (Muhummadun, 2010).

b. Obesitas

Semakin besar massa tubuh, makin banyak darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Ini berarti bahwa volume darah yang beredar melalui pembuluh darah menjadi meningkat sehingga memberi tekanan lebih besar pada dinding pembuluh darah dengan kata lain tekanan darah akan meningkat (Muhummadun, 2010).

c. Mengonsumsi Alkohol

Alkohol dapat merusak fungsi saraf pusat maupun tepi. Apabila saraf pusat terganggu, maka pengaturan tekanan darah akan mengalami gangguan pula. Pada seseorang yang sering minum minuman dengan kadar alkohol tinggi, tekanan darah mudah berubah dan cenderung meningkat tinggi (Muhummadun, 2010).

Alkohol juga bisa meningkatkan keasaman darah. Darah menjadi lebih kental. Kekentalan darah ini memaksa jantung memompa darah lebih kuat lagi, agar darah dapat sampai ke jaringan yang membutuhkan dengan cukup (Muhummadun, 2010). Akibatnya tekanan darah jadi meningkat.

d. Merokok

Merokok dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, hal ini disebabkan karena rokok banyak mengandung zat kimia yang berbahaya bagi tubuh seperti tar, nikotin dan gas karbon monoksida. Nikotin merangsang sekresi hormon adrenalin yang menyebabkan jantung berdebar-debar, meningkatkan tekanan darah serta kadar kolesterol dalam darah (Muhummadun, 2010).

e. Tingginya Asupan garam

Mengonsumsi garam secara berlebihan (5-15 gram/hari) dapat meningkatkan tekanan darah. Pengaruh asupan garam terhadap tekanan darah tinggi terjadi

melalui peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah (Muhummadun, 2010).

Garam menarik cairan di luar sel agar tidak keluar. Hal ini menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh. Penumpukan cairan ini akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Muhummadun, 2010).

f. Kurang olahraga

Kurang olah raga dan bergerak bisa menyebabkan tekanan darah dalam tubuh meningkat. Aktifitas fisik sangat penting untuk mengendalikan tekanan darah. Aktifitas fisik dapat membuat jantung lebih kuat. Jantung mampu memompa lebih banyak darah dengan hanya sedikit usaha. Makin ringan kerja jantung untuk memompa darah maka makin sedikit pula beban tekanan pada arteri (Muhummadun, 2010).

3. Faktor Usia

Pada usia yang semakin tua, pengaturan metabolisme zat kapur (kalsium) terganggu, sehingga banyak zat kapur yang beredar bersama darah. Banyaknya kalsium dalam darah (*hypercalcemia*) menyebabkan darah menjadi lebih padat, sehingga tekanan darah menjadi meningkat (Muhummadun, 2010).

Endapan kalsium di dinding pembuluh darah (*arteriosclerosis*) menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Akibatnya, aliran darah menjadi terganggu. Hal ini dapat memacu peningkatan tekanan darah (Muhummadun, 2010).

Bertambahnya usia juga menyebabkan elastisitas arteri berkurang (Muhummadun, 2010). Arteri tidak dapat lentur dan cenderung kaku, sehingga volume darah yang mengalir sedikit dan kurang lancar (Asdie, 2010). Agar

kebutuhan darah di jaringan tercukupi, maka jantung harus memompa darah lebih kuat lagi. Sehingga tekanan di pembuluh darah meningkat (Muhummadun, 2010).

4. Faktor Psikis

Faktor psikis, misalnya stress. Pada saat stress seseorang akan merasa cemas dan mudah marah. Saat stress tubuh melepaskan hormon *catecholamine*. Hormon ini berpengaruh terhadap peningkatan resistensi perifer dan pembuluh darah sehingga tekanan darah akan meningkat (Muhummadun, 2010).

Pada saat keadaan stress, saraf simpatis juga merangsang pengeluaran hormone adrenalin. Hormon ini dapat menyebabkan jantung berdenyut lebih cepat dan menyebabkan penyempitan kapiler darah tepi (Muhummadun, 2010). Hal ini bisa mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah.

2.2.4 Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi di dalam tubuh dikendalikan oleh *baroreseptor*, pengaturan volume cairan tubuh, *system rennin-angiotensin* dan *autoregulasi*. Berdasarkan penjelasan tentang etiologi hipertensi atau tekanan darah tinggi, hipertensi dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti obesitas, kurang olah raga, keturunan, konsumsi garam yang berlebih, makanan yang berlemak dan kolesterol tinggi, alkohol, merokok, penyakit ginjal, penggunaan obat-obatan dan kelainan hormonal (Iskandar Junaidi, 2010).

Seseorang dalam keadaan seperti diatas tersebut akan merangsang pelepasan hormon *rennin* dan *angiotensinogen*. *Rennin* diproduksi oleh ginjal. *Angiotensinogen* merupakan protein yang tidak aktif di dalam darah dan diproduksi di hati. *Rennin* bertemu dengan *angiotensinogen* akan diubah menjadi *angiotensin I* (Muhummadun, 2010).

ACE (*Angitensin Converting Enzyme*) yang terdapat di paru-paru, memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah (Muhummadun, 2010). Angitensin I oleh ACE diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki kunci peranan penting dalam menaikkan tekanan darah (Asdie, 2010).

Angiotensin II menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Aldosteron berfungsi mengatur keseimbangan volume cairan dalam tubuh. Aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl untuk mengatur volume cairan ekstra seluler. Aldosteron akan mereabsorpsi NaCl dari tubulus ginjal sehingga konsentrasi NaCl meningkat (Muhummadun, 2010).

Angiotensin II juga meningkatkan sekresi antidiuretik hormon (ADH). ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar puitari). ADH bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin (Muhummadun, 2010). Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis). Urin menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya (Asdie, 2010).

Konsentrasi NaCl dan osmolalitas urin yang meningkat akan diencerkan (Muhummadun, 2010). Volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya volume darah meningkat. Volume darah meningkat, tekanan darah juga akan meningkat (Asdie, 2010).

2.2.5 Gejala Hipertensi

Sebagian besar penderita tekanan darah tinggi tidak mengalami gejala spesifik yang menunjukkan peningkatan tekanan darah (Rusyanuddin, 2010). Jika hipertensinya berat dan tidak segera diobati, maka timbul gejala seperti sakit

kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan kabur dan penurunan kesadaran (Rusyanuddin, 2010).

2.2.6 Komplikasi Hipertensi

Beberapa komplikasi yang dapat ditimbulkan akibat dari semakin lamanya tekanan yang berlebihan pada dinding arteri antara lain pada organ-organ vital seperti:

1. Sistem Kardiovaskuler

a. Arteriosklerosis

Kata *arteriosklerosis* berasal dari bahasa Yunani yang berarti pengerasan arteri. Tingginya tekanan pada dinding pembuluh darah akan mengakibatkan pembuluh darah menjadi tebal dan kaku. Pada penderita hipertensi hal ini akan berlangsung lama sehingga terjadi pengerasan pembuluh darah atau *arteriosklerosis* (Asdie, 2010).

b. Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan timbunan lemak di dalam pembuluh darah. Hipertensi dapat mempercepat penumpukan lemak di dalam dan di bawah lapisan dinding arteri. Hal ini dapat terjadi karena pada penderita tekanan darah tinggi volume dan tekanan darah meningkat. Meningkatnya volume dan tekanan darah akan memperbanyak lemak dan kolestrol yang melekat pada dinding pembuluh darah (Muhummadun, 2010). Pada penderita hipertensi hal ini akan berlangsung lama sehingga menimbulkan timbunan lemak di dalam darah yang disebut dengan *aterosklerosis* (Muhammadun, 2010).

c. *Aneurisma*

Pada penderita hipertensi kerja pompa jantung dan tekanan pada pembuluh darah meningkat. Meningkatnya kerja jantung dan pembuluh darah mengakibatkan pembuluh darah menjadi tidak elastis. Pada pembuluh darah yang tidak elastis akan ditemukan titik-titik tertentu pada dinding yang menggelembung, dan titik-titik tersebut akan mudah robek ataupun bocor. Hal seperti ini disebut dengan *aneurisma* (Muhammadun, 2010).

d. Gagal jantung

Orang yang menderita hipertensi, volume dan tekanan darah meningkat sehingga kerja otot-otot jantung semakin berat. Jantung berusaha menormalkan beban pada sel otot jantung. Hal ini merupakan suatu mekanisme adaptasi jantung sehingga terjadi hiperteropi otot-otot jantung. Hiperteropi otot-otot jantung yang cukup luas akan menyebabkan takikardia, pengisian ventrikel memanjang dan kekuatan kontraksi ventrikel berkurang, curah jantung yang rendah dan penumpukan cairan atau edema (Muhammadun, 2010).

e. Otak

1) Stroke Iskemik

Tekanan darah tinggi juga bisa mengakibatkan aterosklerosis yaitu penumpukan lemak (plak) di dinding pembuluh darah seperti yang dijelaskan sebelumnya. Plak ini membuat permukaan dalam arteri menjadi kasar sehingga terjadi pusaran aliran darah di sekitar plak. Hal ini merangsang terjadinya pembentukan gumpalan darah. Gumpalan darah ini berjalan mengikuti aliran darah dari pembuluh darah yang lebih besar ke yang lebih kecil di dalam otak. Gumpalan tersebut akan tersangkut dalam pembuluh darah yang tidak bisa

dilaluinya lagi. Penyumbatan tersebut akan menghambat suplai darah ke sebagian otak dan menyebabkan stroke iskemik (Muhammadun, 2010).

2) Stroke Hemoragis

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan aneurisma yaitu robek atau bocornya pembuluh darah. Jika pembuluh darah robek atau pecah di dalam otak, darah akan mengalir keluar dari pembuluh darah dan mengenai jaringan otak dan sekitarnya. Jaringan-jaringan otak akan rusak karena kekurangan darah dan mengakibatkan terjadinya stroke *hemoragis* (Muhammadun, 2010).

f. Ginjal

Lesi arteriosklerotik dari *arteriole afferent* dan *efferent* dan jumbai kapiler glomerulus adalah lesi vaskuler renal yang paling sering pada hipertensi. Keadaan seperti ini akan mengakibatkan turunnya tingkat filtrasi glomerulus dan disfungsi tubulus (Asdie, 2010). Aliran darah ke nefron juga akan menurun sehingga ginjal tidak dapat membuang semua produksi sisa dari dalam darah. Lama-kelamaan produk sisa akan menumpuk dalam darah, ginjal akan mengecil dan berhenti berfungsi (Muhummadun, 2010).

g. Mata

Hipertensi mempercepat penuaan pembuluh darah halus dalam mata. Arteri-arteri kecil ini akan menebal dan sempit. Pembuluh-pembuluh darah akan membentuk sumbatan yang menekan vena di sekitarnya dan mengganggu aliran darah di dalam vena. Hipertensi juga menyebabkan pembuluh darah halus dalam retina robek. Darah menembus jaringan disekitar retina. Syaraf-syaraf yang membawa sinyal-sinyal dari mata ke otak akan mulai membengkak hingga menyebabkan kebutaan (Muhammadun, 2010).

2.2.7 Pemeriksaan Diagnostik Hipertensi

1. Hemoglobin/Hematokrit

Bukan diagnostik tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (*viskositas*) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor resiko seperti *hiperkoagulabilitas*, anemia.

2. BUN/ Kreatinin

Memberikan informasi tentang perfusi/ fungsi ginjal.

3. Glukosa

Hiperglikemia (diabetes melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar ketokolamin (meningkat hipertensi).

4. Kalium Serum

Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

5. Kalsium Serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.

6. Kolesterol dan Trigeliserida Serum

Peningkatan kadar dapat mengindikasi pencetus untuk/adanya pembentukan plakateromatosa (efek kardiovaskuler).

7. Pemeriksaan Tiroid

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

8. Kadar Aldosteron Urin/ Serum

Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)

9. Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan/atau diabetes.

10. VMA Urin (*Metabolit Katekolamin*)

Kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab), VMA urin 24 jam dapat dilakukan untuk pengkajian feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.

11. Asam Urat

Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor resiko terjadinya hipertensi.

12. Steroid Urin

Kenaikan dapat mengindikasikan *hiperadrenalisme*, *feokromositoa* atau *disfungsi pituitari*, *sindrom Cushing* kadar *renin* dapat juga meningkat.

13. IVP

Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal/ ureter.

14. Foto Dada

Dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katup, deposit pada dan/atau takik aorta, pembesaran jantung.

15. CT Scan

Mengkaji tumor serebral, CSV, *ensefalopati*, atau *feokromositoma*.

16. EKG

Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi, Catatan: Luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita tekanan darah tinggi dapat dilakukan dengan farmakologi dan non farmakologi.

1. Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi adalah penatalaksanaan tekanan darah tinggi dengan menggunakan obat-obatan kimiawi. Beberapa jenis obat antihipertensi yang beredar saat ini, antara lain:

a. Diuretik

Diuretik adalah obat antihipertensi yang efeknya membantu ginjal meningkatkan ekskresi natrium, klorida dan air (Setiawati & Bustami, 2005). Meningkatkan ekskresi pada ginjal akan mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah (Muhammadun, 2010).

c. Penghambat Adrenergik

Menurut Iskandar Junaidi (2010), penghambat adrenergik merupakan sekelompok obat yang terdiri dari *alfa-bloker*, *beta-bloker*, dan *alfa-beta-bloker* (*abetol*). Penghambat adrenergik berguna untuk menghambat pelepasan rennin, angiotensin juga tidak akan aktif. Angiotensin I tidak akan dibentuk dan angiotensin II juga tidak akan berubah. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan TD (Setiawati & Bustami, 2005).

d. Vasodilator

Vasodilator adalah obat-obat antihipertensi yang efeknya memperlebar pembuluh darah dan dapat menurunkan tekanan darah secara langsung. Obat vasodilator mempengaruhi pembuluh darah untuk melebar dengan merelaksasikan otot-otot polos arteriol (Setiawati & Bustami, 2005).

e. Penghambat Enzim Konversi Angiotensin

Penghambat ACE mengurangi pembentukan angiotensin II sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi aldosteron yang menyebabkan terjadinya ekskresi natrium dan air, serta retensi kalsium. Akibatnya terjadi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi (Setiawati dan Bustami, 2005).

f. Antagonis Kalsium

Cara kerja antagonis kalsium hampir sama dengan vasodilator. Antagonis kalsium adalah obat antihipertensi yang memperlebar pembuluh darah (Muhammadun, 2010).

2. Penatalaksanaan Non Farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologis merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam mengobati tekanan darah tinggi. Beberapa contoh penatalaksanaan non farmakologis antara lain:

a. Berhenti Merokok

Rokok dapat mempengaruhi kerja beberapa obat antihipertensi. Obat bisa tidak bekerja dengan optimal atau tidak memberi efek sama sekali. Dengan berhenti merokok efektifitas obat akan meningkat (Muhammadun, 2010).

b. Tidak Mengonsumsi Alkohol

Alkohol dalam darah merangsang pelepasan epineprin (*adrenalin*) dan hormon-hormon lain yang membuat pembuluh darah menyempit dan penumpukan lebih banyak natrium dan air. Minum-minuman beralkohol yang berlebihan juga menyebabkan kekurangan gizi yaitu penurunan kadar kalsium dan magnesium (Muhammadun, 2010).

c. Diet

Penurunan diet natrium dari 180 mmol (10,5 gr) per hari menjadi 80-100 mmol (4,7-5,8 gr) per hari dapat menurunkan tekanan darah sistolik 4-6 mmHg (Almatsier S, 2004). Untuk mengendalikan hipertensi, kita harus membatasi asupan natrium dalam makanan. Selain membatasi natrium, mengurangi makanan berlemak, makan lebih banyak biji-bijian, buah-buahan, sayuran dan produk susu rendah lemak akan meningkatkan kesehatan kita secara menyeluruh dan memberikan manfaat khusus bagi penderita tekanan darah tinggi (Muhammadun, 2010).

d. Olahraga teratur

Olahraga teratur mampu menurunkan jumlah lemak serta meningkatkan kekuatan otot terutama otot jantung. Berkurangnya lemak dan volume tubuh, berarti mengurangi resiko tekanan darah tinggi juga (Muhammadun, 2010).

e. Penanganan Faktor Psikologis dan Stress

Hormon epineprin dan kortisol yang dilepaskan saat stress menyebabkan peningkatan tekanan darah dengan menyempitkan pembuluh darah dan meningkatkan denyut jantung. Besarnya peningkatan tekanan darah tergantung pada beratnya stress dan sejauh mana kita dapat mengatasinya. Penanganan stress yang adekuat dapat berpengaruh baik terhadap penurunan tekanan darah (Muhammadun, 2010).

f. Cara-cara Lain

Cara lain untuk menurunkan tekanan darah pada penderita tekanan darah tinggi salah satunya adalah dengan mengkonsumsi tumbuhan-tumbuhan herbal yang dipercaya dapat menurunkan tekanan darah tinggi. Beberapa contoh

tumbuhan herbal yang dapat menurunkan tekanan darah tinggi antara lain bunga rosella (*hibiscus Sabdariffa Linn*), buah mengkudu, kumis kucing, mentimun, pegagan, belimbing daun dan buah alpukat, daun seledri, daun selada air, bawang putih, dan lain-lain (Muhammadun, 2010).

2.3 Konsep Keperawatan Komunitas

2.3.1 Pengertian Keperawatan Komunitas

Komunitas adalah suatu kesatuan hidup manusia yang menempati wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat serta terikat/dibatasi wilayah geografi. Contohnya, kesatuan-kesatuan seperti kota, desa, RT, RW, dan lain-lain (Wahit, 2009).

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, penyempurnaan 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, 2008).

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 (Wahit, 2009).

Berdasarkan uraian diatas, pelayanan keperawatan kesehatan komunitas mempunyai ciri sebagai berikut:

- a. Merupakan perpaduan antara pelayanan keperawatan dengan kesehatan komunitas.
- b. Adanya kesinambungan pelayanan kesehatan (*continuity of care*).
- c. Fokus pelayanan pada upaya peningkatan kesehatan (*promotif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) baik pada pencegahan tingkat pertama, kedua, maupun ketiga.
- d. Terjadi proses alih peran dari perawat kesehatan komunitas kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian.
- e. Ada kemitraan perawat kesehatan komunitas dengan masyarakat dalam upaya kemandirian klien.
- f. Memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lain dan masyarakat.

2.3.2 Paradigma keperawatan komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Efendi, 2009). Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

1. Individu Sebagai Klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Peran perawatan pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan

dasarnya yang mencakup kebutuhan biologi, sosial, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurangnya kemauan menuju kemandirian pasien/ klien.

2. Keluarga Sebagai Klien

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

- a. Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
- b. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki ataupun mengabaikan masalah kesehatan didalam kelompoknya sendiri.
- c. Masalah kesehatan didalam keluarga saling berkaitan. Penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga tersebut.

3. Masyarakat Sebagai Klien

Masyarakat memiliki ciri-ciri adanya interaksi antar warga, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga. Kesehatan dalam keperawatan kesehatan komunitas

didefinisikan sebagai kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan afektif. Kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. Ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik yaitu lingkungan yang berkaitan dengan fisik seperti: air, udara, sampah, tanah, iklim, dan perumahan. Contoh di suatu daerah mengalami wabah diare dan penyakit kulit akibat kesulitan air bersih. Keturunan merupakan faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawanya sejak lahir, misalnya penyakit asma. Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan saling menunjang satu dengan yang lainnya dalam menentukan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.3.3 Tujuan keperawatan komunitas

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
- b. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
- c. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.

- d. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/ rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
- e. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut 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 (Wahit, 2011).

2.3.4 Fungsi Keperawatan Komunitas

1. Memberikan pedoman yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
2. Agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya.
3. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien, serta melibatkan peran serta masyarakat.
4. Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya, sehingga mendapatkan pelayanan yang cepat agar mempercepat proses penyembuhannya.

2.3.5 Sasaran Keperawatan 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 (Wahit, 2011).

Menurut Anderson dan MC.Farlane (2006) 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 dan lain-lain) 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 mengatur 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

2.3.6 Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

Ruang lingkup praktek keperawatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun resosialitatif (Setiadi, 2010). Upaya

promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, dan rekreasi. Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat melalui pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas, dan kunjungan rumah. Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari puskesmas atau RS. Upaya rehabilitatif merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat di rumah. Upaya yang dilakukan seperti memotivasi lansia untuk mengikuti kegiatan-kegiatan yang positif yang diadakan oleh Posyandu Lansia dan membuat obat tradisional. Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita ke masyarakat (Wahit, 2011).

2.3.7 Tujuan Akhir Keperawatan Komunitas

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 Konsep Asuhan Keperawatan Komunitas

2.4.1 Pengkajian Keperawatan Komunitas

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 (2006), terdiri dari inti komunitas meliputi demografi, populasi, nilai-nilai keyakinan dan riwayat individu termasuk riwayat kesehatan. Sedangkan faktor lingkungan antara lain 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 finansial
- m. Komunikasi/koordinasi dengan sumber pelayanan kesehatan kurang efektif

2.4.2 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 dibagi menjadi 3 yaitu:

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

- a. Tipe diagnosa yang utama adalah diagnosa aktual, dimana karakteristiknya adalah adanya data mayor (utama) sehingga masalah cukup valid untuk diangkat.
- b. Tipe diagnosa kedua adalah resiko dan resiko tinggi, dimana karakteristiknya adalah adanya faktor-faktor di komunitas yang beresiko.

Data yang menunjang untuk diagnosa resiko adalah data yang memvalidasi faktor-faktor resiko.

- c. Diagnosa sehat/sejahtera/wellnes, dimana diagnosa ini adalah menggambarkan keadaan sehat dikomunitas. Diagnosa ini perlu diangkat dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi di komunitas yang sudah sehat dengan kegiatan promotif dan preventif (Imam Subekti, 2005).

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

DAFTAR KLASIFIKASI MASALAH MENURUT OMAHA			
I. Pemilikan Lingkungan	II. Pemilikan Psikososial	III. Pemilik Fisiologis	IV. Pemilik Perilaku yang Berhubungan dengan Kesehatan
1. Pendapatan 2. Sanitasi 3. Pemukiman 4. Keamanan pemukiman/te mpat kerja 5. Yang lain	6. Komunikasi dengan sumber masyarakat 7. Kontak social 8. Perubahan peranan 9. Hubungan antar anak 10. Kegelisahan agama 11. Kesedihan 12. Stabilitas emosi 13. Seksualitas manusiawi 14. Memelihara keorangtuaan 15. Anak/dewasa ditelantarkan 16. Perlakuan salah terhadap anak/orang dewasa	19. Pendengaran 20. Penglihatan 21. Berbicara dan bahasa 22. Geligi 23. Pengamatan 24. Nyeri 25. Kesadaran 26. Bungkus/kulit 27. Fungsi neuromuskuluske letal 28. Respirasi 29. Sirkulasi 30. Digesti-hidrasi 31. Fungsi perut 32. Fungsi genitourinaria	35. Nutrisi 36. Pola istirahat dan tidur 37. Aktifitas fisik 38. Kebersihan perorangan 39. Penyalahgunaan obat 40. Keluarga berencana 41. Penyedia pelayanan kesehatan 42. Peraturan penulisan resep 43. Tekhnis prosedur 44. Lain-lain

	17. Pertumbuhan dan perkembangan 18. Lain-lain	33. Ante partum/post partum 34. Lain-lain	
--	---	--	--

2.4.3 Intervensi Keperawatan Komunitas

Komponen:

1. Prioritas masalah, menggunakan penapisan
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 sektor (Berkolaborasi 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 (Pendekatan 3 tingkat pencegahan dan kerjasama lintas program dan sektor)
5. Menetapkan:
 - a. Penanggung jawab
 - b. Menetapkan waktu pelaksanaan
 - c. Menetapkan tempat pelaksanaan
 - d. Menetapkan metode dan media yang digunakan

2.4.4 Implementasi Keperawatan Komunitas

Implementasi keperawatan komunitas 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 genetik
 - 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

Pada kegiatan praktik komunitas lebih berfokus pada tingkat pencegahan yaitu:

1. Pencegahan primer

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

2. Pencegahan Sekunder

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

3. Pencegahan Tersier

Kegiatan yang menekankan pengembalian individu pada tingkat berfungsinya secara optimal dari ketidakmampuan keluarga (Wahit, 2011).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan Komunitas

Evaluasi keperawatan komunitas merupakan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi rencana berikutnya (Wahit, 2011).

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 Konsep Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

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

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 Sistem

1. Data lingkungan fisik

Fasilitas umum dan kesehatan

 - a. Fasilitas umum

Sarana kegiatan 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 atau 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 tidakada/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 dengan Hipertensi
 - 1) Poster tentang diet 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
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

1. Diagnosa Keperawatan (Kartika Sari, 2013)
 - a. Ketidakmampuan lansia menggunakan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pengetahuan masyarakat yang kurang.
 - b. Kurangnya kesadaran lansia tentang masalah hipertensi berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan perubahan-perubahan pada lansia.
 - c. Ketidakpatuhan lansia untuk memeriksakan kesehatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan lansia tentang kesehatan hipertensi.

- d. Kurang pengetahuan lansia tentang diet hipertensi berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet hipertensi.
2. Menentukan prioritas masalah dengan menggunakan tabel prioritas masalah.
- Ada berbagai cara menentukan prioritas masalah, diantaranya:
- a. Metode Paper and Pencil Tool (Ervin, 2002)

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

- b. Metode penapisan 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 peralatan
12. Sumber daya orang

Score:

0 : Sangat rendah

1 – 2 : Rendah

3 – 4 : Sedang

5 : Tinggi

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

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 pelayanan posyandu lansia dapat berjalan secara efektif.
- 2) a) Meningkatkan derajat kesehatan lansia
b) Lansia menyatakan kesediaannya 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) Beri penyuluhan tentang Hipertensi serta dampak jika tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.
- 3) Kerjasama dengan lintas sektor: Kader Posyandu Lansia.

4. Penanggung Jawab:

- 1) Ketua Kader Lansia

- 2) Perawat Puskesmas
- 3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
5. Waktu Pelaksanaan: Tanggal X Bulan X 2014
6. Tempat Pelaksanaan: Balai RW X Kelurahan X
7. Metode: Ceramah dan Tanya Jawab
8. Media yang digunakan: Leaflet dan SAP

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

1. Tujuan

- 1) Tujuan jangka panjang: Kelompok Lansia mengerti tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada usia lanjut usia.

- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia mampu:

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

2. 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

3. 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.
4. Penanggung Jawab
 - 1) Ketua Kader Lansia
 - 2) Perawat Puskesmas
 - 3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
 5. Waktu Pelaksanaan: Tanggal X Bulan X 2014
 6. Tempat Pelaksanaan: Balai RW X Kelurahan X
 7. Metode: Ceramah dan Tanya Jawab
 8. Media yang digunakan: Leaflet dan SAP

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

1. Tujuan

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

- 2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW X mampu:

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

2. 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 X dan kegiatan posyandu lansia.
b) Lansia menyatakan kesediannya 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) Mempersiapkan bahan penyuluhan yaitu leaflet.
- 3) Kerjasama dengan lintas sektor: Petugas Puskesmas dan Kader dalam pelaksanaan posyandu lansia.
- 4) Mempersiapkan tempat dan peralatan yang diperlukan.

4. Penanggung Jawab

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

5. Waktu Pelaksanaan: Tanggal X Bulan X 2014

6. Tempat Pelaksanaan: Balai RW X Kelurahan X

7. Metode: Ceramah dan Tanya Jawab

8. Media yang digunakan: Leaflet dan SAP

Diagnosa 4: Kurang pengetahuan lansia tentang diet hipertensi berhubungan dengan ketidakmampuan mengambil keputusan tentang pemilihan, pengolahan serta pengaturan diet hipertensi.

1. Tujuan

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

2) Tujuan jangka pendek

Kelompok Lansia RW X mampu:

- a. Mampu menyebutkan apa saja pantangan makanan untuk penderita hipertensi.
- b. Mampu menyebutkan makanan yang baik dikonsumsi untuk penderita hipertensi.

2. 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.

3. Intervensi

1) Mengundang semua lansia penderita hipertensi.

2) Beri penyuluhan tentang Hipertensi komposisi menu diet untuk penderita hipertensi.

3) Beri contoh menu diet hipertensi.

- 4) Kerjasama dengan lintas program sektor: Kader untuk meneruskan pendidikan kesehatan komposisi menu diet penderita hipertensi setiap kegiatan posyandu lansia.
4. Penanggung Jawab
 - 1) Ketua Kader Lansia
 - 2) Perawat Puskesmas
 - 3) Mahasiswa Keperawatan UM Surabaya
 5. Waktu Pelaksanaan: Tanggal X Bulan X 2014
 6. Tempat Pelaksanaan: Balai RW X Kelurahan X
 7. Metode: Diskusi dan Tanya Jawab
 8. Media yang digunakan: Leaflet dan SAP

2.5.4 Implementasi Keperawatan

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.