



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH INTERVENSI KEPERAWATAN MANAJEMEN STRES,  
*EXERCISE* DAN DIET HIPERTENSI (MANSET HT) TERHADAP  
PENGENDALIAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI KELURAHAN  
CURUG KECAMATAN CIMANGGIS  
KOTA DEPOK**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ANI NURAENI  
1006833546**

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JUNI 2014**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH INTERVENSI KEPERAWATAN MANAJEMEN STRES,  
*EXERCISE* DAN DIET HIPERTENSI (MANSET HT) TERHADAP  
PENGENDALIAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI KELURAHAN  
CURUG KECAMATAN CIMANGGIS  
KOTA DEPOK**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Dijadikan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Ners Spesialis Keperawatan Komunitas

**ANI NURAENI  
1006833546**

**Pembimbing:  
Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D  
Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN**

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN KOMUNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JUNI 2014**

## **HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juni 2014



Ani Nuraeni

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Ani Nuraeni**

**NPM : 1006833546**

**Tanda Tangan : **

**Tanggal : 25 Juni 2014**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Ani Nuraeni  
NPM : 1006833546  
Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Pengaruh Intervensi Keperawatan Manajemen Stres, *Exercise*, dan Diet Hipertensi (MANSET HT) terhadap Pengendalian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners Spesialis pada Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D

(.....)

Pembimbing II : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN

(.....)

Penguji : dr. Trisna Setiawan, M.Kes

(.....)

Penguji : Shinta Silaswati, S.Kp., M.Sc

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 25 Juni 2014

## **HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ani Nuraeni  
NPM : 1006833546  
Program Studi : Spesialis Keperawatan Komunitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGARUH INTERVENSI KEPERAWATAN MANAJEMEN STRES, EXERCISE DAN DIET HIPERTENSI (MANSET HT) TERHADAP PENGENDALIAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI KELURAHAN CURUG KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal: 25 Juni 2014  
Yang menyatakan,



(Ani Nuraeni)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena dengan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang berjudul **“Pengaruh Intervensi Keperawatan Manajemen Stres, *Exercise* dan Diet Hipertensi (MANSET HT) terhadap Pengendalian Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok”**. Adapun tujuan penulisan karya ilmiah akhir ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ners Spesialis Keperawatan di Universitas Indonesia.

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat: Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D, selaku Pembimbing I dan Wiwin Wiarsih S.Kp., MN, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyusun karya ilmiah akhir ini. Tak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang membantu dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini yaitu kepada yang terhormat:

1. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Henny Permatasari, S.Kp., Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi Magister dan Spesialis Keperawatan Fakultas ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Pembimbing Praktik Residensi I dan II.
3. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN, selaku Pembimbing Akademik.
4. Widyatuti, M.Kep., Sp.Kep.Kom, Poppy Fitriyani, M.Kep., Sp.Kep.Kom, dan Agus Setiawan, S.Kp., MN., DN selaku pembimbing praktik residensi I dan II.
5. Staf Pengajar dan Staf Administrasi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama mengikuti proses belajar mengajar.
6. Kedua orang tua, Ibu Mertua, suamiku Harris Munandar, anak-anak tercinta Naura Khalila Aika dan Daifa Azizia Putri yang selama ini memberikan doa dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan.

7. Masyarakat Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
8. Direktur dan Staf Akademi Keperawatan Fatmawati yang telah membantu dalam proses studi.
9. Teman-teman program spesialis keperawatan komunitas angkatan 2013 (Pejuang Residen 13) yang telah memberikan bantuan dan motivasi.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan dan penyempurnaan karya ilmiah akhir ini. Harapan penulis semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat untuk mengembangkan profesionalisme keperawatan.

Jakarta, Juni 2014

Penulis



## ABSTRAK

Nama : Ani Nuraeni  
Program Studi : Program Ners Spesialis Ilmu Keperawatan Komunitas,  
Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia  
Judul : Pengaruh Intervensi Keperawatan Manajemen Stres, *Exercise*  
dan Diet Hipertensi (MANSET HT) terhadap Pengendalian  
Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Curug Kecamatan  
Cimanggis Kota Depok

Lansia hipertensi merupakan kelompok rentan (*vulnerable*) karena adanya perubahan fisiologis sistem kardiovaskuler, keterbatasan sumber daya ekonomi, gaya hidup tidak sehat dan berbagai kejadian kehidupan seperti kehilangan pasangan serta meningkatnya prevalensi hipertensi dari tahun 2007 sebesar 7,2% menjadi 9,4% pada tahun 2013. Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh intervensi MANSET HT terhadap pengendalian hipertensi pada lansia dengan menggunakan integrasi model teori manajemen, *Community as Partner*, *Family Centered Nursing*, dan *Self Care Activity*. Besar sampel 30 lansia dengan hipertensi. Intervensi selama 9 bulan terdiri dari kombinasi relaksasi meditasi, olahraga, relaksasi otot progresif dan pengaturan diet hipertensi. Hasil uji statistik terjadi penurunan tekanan darah yang signifikan (*p value* 0,000). Intervensi terbukti efektif sehingga direkomendasikan sebagai salah satu program pembinaan kesehatan lansia secara berkelanjutan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas melalui program perawatan kesehatan masyarakat.

Kata Kunci : Hipertensi, Lansia, intervensi keperawatan MANSET HT

## ABSTRACT

Name : Ani Nuraeni  
Study Program : Community Health Nursing Specialist, Faculty of Nursing,  
Universitas Indonesia  
Title : The effect of Nursing Interventions of Stress Management,  
Exercise, and Hypertension Diet (MANSET HT) to Control  
the Hypertension in Elderlies in Curug Village Cimanggis  
Depok

Elderly with hypertension is one of the vulnerable groups. The factors that influence the vulnerability in elderly with hypertension consist of cardiovascular system changes due to the aging process, the economic resources, unhealthy lifestyle and life events such as loss of partner. The prevalence of hypertension in Indonesia increased from 7.2% in 2007 to 9.4% in 2013. The purpose of this study was asses the effect of the intervention MANSET HT to control hypertension in the elderly using the integration model of management theory, the community as a partner, family centered nursing, and self-care activity. MANSET HT intervention was conducted on 30 elderlies with hypertension for 9 months consisted of a combination of relaxation meditation, exercise, progressive muscle relaxation and hypertension diet management. Statistical test results showed a significant decrease in blood pressure after the intervention (p value 0.000). This intervention was effective to control the hypertension. It is recommended that elderly health coaching program development should be done in a sustainable manner in the ministry of health and community health center by community nursing cara programme.

Keywords: Hypertension, the Elderly, Nursing Interventions MANSET HT

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN/SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>BAB 1: PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	10
1.4 Manfaat .....	11
<b>BAB 2: TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....</b>	<b>13</b>
2.1 Kelompok Lansia sebagai Populasi Rentan.....	13
2.2 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas.....	19
2.3 Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia .....	29
2.4 Asuhan Keperawatan Keluarga.....	52
<b>BAB 3: KERANGKA KERJA DAN PROFIL WILAYAH.....</b>	<b>59</b>
3.1 Kerangka Kerja Praktik Keperawatan Komunitas .....	59
3.2 Profil Wilayah Kelurahan Curug.....	62
3.3 Intervensi Keperawatan MANSET HT.....	63
<b>BAB 4: PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA KELOMPOK LANSIA DI KELURAHAN CURUG .....</b>	<b>68</b>
4.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas.....	68
4.2 Asuhan Keperawatan Komunitas.....	90

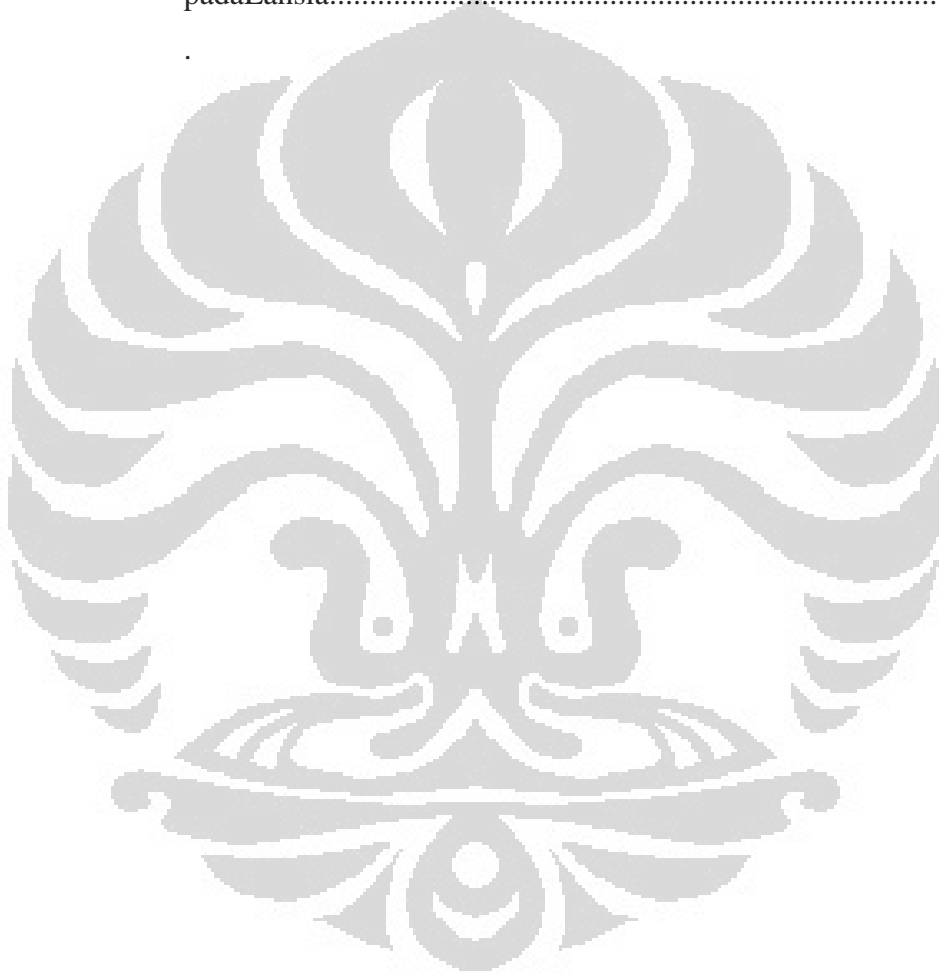
4.3 Asuhan Keperawatan Keluarga.....	111
<b>BAB 5 : PEMBAHASAN.....</b>	<b>128</b>
5.1 Analisis Pencapaian dan Kesenjangan.....	128
5.2 Keterbatasan.....	148
5.3 Implikasi.....	149
<b>BAB 6 : SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>151</b>
6.1 Simpulan.....	151
6.2 Saran.....	152

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**



## DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Gambar 2.1	Model <i>Community as Partner</i> .....	31
Tabel 4.3	Penurunan Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Per Individu.....	109
Tabel 4.5	Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Mengatasi Hipertensi pada Lansia.....	127



## DAFTAR BAGAN/SKEMA

Skema 3.1	Kerangka Kerja.....	61
Skema 3.2	Program Intervensi Keperawatan MANSET HT.....	67
Skema 4.1	<i>Fish Bone</i> Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas.....	80
Skema 4.2	<i>Web of Causation</i> Asuhan Keperawatan Komunitas pada Lansia dengan Hipertensi.....	99
Skema 4.4	<i>Web of Causation</i> Asuhan Keperawatan Keluarga pada Lansia dengan Hipertensi.....	114

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran.1 Skoring Masalah Manajemen Keperawatan Komunitas
- Lampiran 2 Skoring Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas pada Lansia dengan Hipertensi
- Lampiran 3 Skoring Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia Hipertensi
- Lampiran 4 Kuesioner Pengkajian Asuhan Keperawatan Komunitas
- Lampiran 5 Modul Materi Kelompok Pendukung Lansia Hipertensi
- Lampiran 6 Buku Kerja Kelompok Pendukung Lansia Hipertensi
- Lampiran 7 Buku Pemantauan dan Pengendalian Hipertensi Lansia di Rumah



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai latar belakang, tujuan penulisan, dan manfaat penulisan terkait dengan inovasi program intervensi keperawatan MANSET HT pada kelompok lansia dengan hipertensi.

#### **1.1 Latar Belakang**

Tujuan pembangunan kesehatan nasional Indonesia adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, pembangunan kesehatan dilaksanakan secara terarah, berkesinambungan dan realistis (SKN, 2009). Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan tercapai dengan meningkatnya status kesehatan masyarakat. Peningkatan status kesehatan masyarakat terjadi karena semakin meningkatnya pelayanan kesehatan. Meningkatnya pelayanan kesehatan, status sosial ekonomi masyarakat dan meningkatnya pengetahuan masyarakat berdampak pada peningkatan kesejahteraan rakyat (Kemenkokesra, 2012).

Seiring meningkatnya derajat kesehatan dan kesejahteraan rakyat berpengaruh pada peningkatan usia harapan hidup (UHH) di Indonesia. Usia harapan hidup dunia pada tahun 2009 rata-rata sebesar 66,57 tahun dengan besaran usia harapan hidup laki-laki adalah 64,52 tahun dan perempuan sebesar 68,76 tahun. (Kemenkokesra, 2012). Badan Pusat Statistik (BPS) melaporkan terjadi peningkatan UHH penduduk Indonesia. Pada tahun 2000 UHH di Indonesia adalah 64,5 tahun. Angka ini meningkat menjadi 69,43 tahun pada tahun 2010 dan pada tahun 2011 menjadi 69,65 tahun. Usia harapan hidup penduduk Depok Jawa Barat lebih tinggi dibandingkan angka nasional yaitu 73,92 tahun. Dampak meningkatnya usia harapan hidup tersebut meningkatkan jumlah penduduk yang berusia lanjut.



Lanjut usia menurut Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Populasi penduduk lansia di Indonesia dari tahun ketahun terus mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2006 sebesar kurang lebih 19 juta (8,9%), pada tahun 2010 sebesar 23,9 juta (9,77%), dan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%) (Kemenkokesra, 2012). Berdasarkan hasil survey nasional pada tahun 2010 oleh Badan Pusat Statistik Indonesia didapatkan bahwa jumlah penduduk Indonesia sebanyak 237,5 juta jiwa dengan jumlah lansia sebanyak 23,9 juta jiwa.

Proses penuaan akan berdampak pada perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis akibat penuaan pada sistem kardiovaskuler menurut Watson (2003) yaitu pembuluh darah akan kehilangan elastisitasnya, peningkatan nadi dan peningkatan tekanan darah. Allender, Rector dan Warner (2010) menuliskan bahwa hipertensi merupakan penyakit kronis yang sering terjadi pada orang yang berusia lebih dari 65 tahun. Sekitar 70% dari lansia yang berusia 65 tahun atau lebih telah terdiagnosa hipertensi. Hasil survey epidemiologi di USA dan Eropa tahun 2008 didapatkan data bahwa prevalensi hipertensi pada lansia adalah 53% sampai dengan 72% dari jumlah populasi lansia (Babatsikou & Zavitsanou, 2010).

Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 didapatkan prevalensi nasional penyakit hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan yaitu 7,2%, angka prevalensi ini mengalami peningkatan menjadi 9,4% berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013. Prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di Jawa Barat lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional yaitu sebesar 10,5%. Hasil Riskesdas (2013) prevalensi hipertensi nasional berdasarkan pengukuran tekanan darah adalah 25,8%. Prevalensi hipertensi di Jawa Barat juga melebihi angka nasional yaitu sebesar 29,4% (Balitbangkes Kemenkes RI, 2013).

Data yang diperoleh dari penanggung jawab program kesehatan lansia Dinkes Kota Depok, penyakit hipertensi menduduki urutan pertama dari 11 penyakit terbanyak pada lansia Kota Depok tahun 2012. Hasil wawancara dengan Bidan

pembina Kelurahan Curug menyatakan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang banyak diderita oleh lansia di wilayah binaannya. Berdasarkan hasil survey mahasiswa program Magister dan Spesialis pada bulan Oktober 2013 di Kelurahan Curug didapatkan sampel lansia yang menderita hipertensi sebanyak 72 orang dari 505 total populasi lansia sehingga didapatkan prevalensi sebesar 14,25%.

Tingginya prevalensi hipertensi mengakibatkan lansia yang menderita hipertensi termasuk pada populasi rentan (*vulnerable*). Populasi rentan merupakan populasi yang memiliki peningkatan faktor risiko yang disertai dengan kemiskinan atau sosial ekonomi yang rendah, dan ketidakmampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan (Lundy & Janes, 2009; Maurer & Smith, 2005). Karakteristik populasi rentan meliputi faktor usia, status kesehatan, risiko relatif kesehatan, sosioekonomi, dan kejadian hidup (Stanhope & Lancaster, 2010).

Faktor usia mempengaruhi penyakit hipertensi, dengan bertambahnya usia risiko terkena hipertensi menjadi lebih tinggi. Peningkatan kejadian hipertensi pada lansia disebabkan oleh perubahan fisiologis pada sistem kardiovaskuler yaitu perubahan struktur pada pembuluh darah, serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga lumen menjadi sempit dan dinding pembuluh darah menjadi kaku. Perubahan ini menyebabkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah dan resistensi perifer sehingga meningkatkan tekanan darah sistolik (Stockslager & Schaeffer, 2008; Miller 2012).

Teori konsekuensi fungsional Miller (2012) menjelaskan adanya perubahan fisiologis pada sistem kardivaskuler dan faktor genetik yang disertai dengan risiko relatif kesehatan berupa perilaku/gaya hidup seperti kurang olahraga/aktivitas fisik, memiliki berat badan yang berlebihan (obesitas), diet tinggi garam, diet tinggi lemak, kebiasaan merokok, dan mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011; Kowalak,

Welsh, & Mayer, 2011; Mauk, 2010; Stockslager & Schaeffer, 2008; Tjokronegoro, 2004; Miller, 2012).

Hasil survey yang dilakukan di wilayah Kelurahan Curug diperoleh data pengetahuan lansia tentang hipertensi katagori kurang baik sebesar 43,1%, tindakan pencegahan dan perawatan hipertensi kurang baik, sebesar 47,2%, sikap kurang baik sebesar 52,8%. Sebagian besar lansia masih melakukan kebiasaan yang dapat menyebabkan hipertensi seperti terkait modifikasi diet hanya 15,3% yang selalu mengurangi garam pada masakan dan 15,3% lansia yang selalu membatasi makan makanan yang diolah dengan menggunakan garam. Lansia yang selalu makan makanan yang diawetkan sebesar 11,1%, makan makanan yang mengandung alkohol sebesar 6,9%, menggunakan bumbu yang mengandung garam atau natrium sebesar 23,6%, sering makan makanan yang bersantan sebesar 18,1% dan sering makan mie instan sebesar 11,1%. Pola aktivitas lansia masih kurang dimana lansia yang selalu olahraga setiap hari hanya 8,3%. Pengelolaan stres pada lansia juga belum efektif sebesar 13,9 lansia tidak pernah bercerita saat memiliki masalah dan tidak pernah melakukan relaksasi sebesar 29,2%.

Karakteristik populasi rentan lainnya adalah predisposisi sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi populasi rentan adalah pendapatan yang rendah atau kemiskinan, pekerjaan, pendidikan yang rendah dan dukungan sosial yang tidak adekuat (Allender, Rector, & Warner, 2010; Stanhope & Lancaster, 2010). Lansia dengan hipertensi memiliki faktor predisposisi ekonomi karena lansia sudah pensiun, produktivitas dan pendapatan menurun. Disisi lain biaya hidup meningkat akibat meningkatnya biaya untuk perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2010).

Faktor sumber daya sosial pada lansia hipertensi disebabkan karena sudah memasuki pensiun mengakibatkan lansia mengalami berbagai kehilangan seperti kehilangan finansial, status, teman atau kenalan dan kehilangan aktivitas atau pekerjaan (Nugroho, 2008; Darmojo & Martono, 2004). Kehilangan pasangan, teman/ kenalan menyebabkan dukungan sosial pada lansia menjadi berkurang.

Hasil penelitian Sabri (2002) menunjukkan dukungan sosial dari teman atau sahabat mempunyai peranan penting bagi lansia dan memberikan dampak positif bagi kesehatan psikososial lansia. Lansia yang mendapatkan dukungan sosial memiliki hubungan yang bermakna dalam perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia (Nuraeni, 2013).

Karakteristik berikutnya adalah kejadian dalam hidup yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Kejadian dalam hidup yang dapat menyebabkan masalah kesehatan seperti kehilangan anggota keluarga, pensiun dari pekerjaan. Kejadian dalam hidup ini dapat menjadi stresor yang mengakibatkan krisis dalam keluarga (Stanhope & Lancaster, 2010). Adanya krisis dalam keluarga akan berdampak kurangnya perawatan hipertensi pada lansia oleh keluarga. Hipertensi dalam jangka waktu lama disertai dengan kurangnya perawatan mengakibatkan komplikasi pada organ-organ vital seperti jantung, otak dan ginjal. Hipertensi yang disertai dengan komplikasi tersebut akan mengakibatkan kematian.

Data WHO (2008), total jumlah penderita hipertensi di dunia diperkirakan sebanyak 600 juta dan angka mortalitas 7,14 juta. Pada tahun 2002, untuk usia 65 tahun lebih angka kematian akibat hipertensi adalah 735 per 100.000 penduduk (Babatsikou & Zavitsanou, 2010). Sedangkan berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, penyebab kematian pada lansia akibat hipertensi di Indonesia menduduki urutan tertinggi keempat (7,7%) untuk lansia berjenis kelamin laki-laki dan urutan tertinggi kedua (11,2%) untuk lansia berjenis kelamin perempuan (Balitbangkes, 2008).

Berdasarkan karakteristik rentan pada lansia hipertensi yang sudah diuraikan diatas maka diperlukan upaya pencegahan dan penatalaksanaan. Salah satu cara untuk merubah pola hidup tidak sehat dalam praktik keperawatan yaitu dengan melakukan berbagai intervensi keperawatan. Di dalam praktik keperawatan terdiri dari manajemen pelayanan keperawatan, asuhan keperawatan komunitas dan keluarga. Manajemen pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan teori manajemen dan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses

keperawatan. Manajemen pelayanan keperawatan menggunakan teori Marquis dan Huston (2013) serta Ervin (2002) terdiri dari 5 fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, personalia, pengarahan dan pengawasan.

Pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas menggunakan keluarga sebagai *entry point*. Asuhan keperawatan komunitas menggunakan teori *Community as a Partner* dan asuhan keperawatan keluarga menggunakan teori *Family Centered Nursing*. Salah satu model yang digunakan dalam inovasi ini adalah teori *Community as a Partner*. Teori ini dikembangkan oleh Anderson dan McFarlan yang menggambarkan komunitas sebagai inti yang dipengaruhi 8 subsistem. Menurut Anderson dan McFarlan (2011), inti pengkajian terdiri dari sejarah komunitas, demografi, etnis, nilai dan keyakinan. Subsistem yang terdiri dari lingkungan, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, transportasi dan keamanan, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, dan rekreasi.

Strategi intervensi yang digunakan dalam inovasi ini adalah proses kelompok, pendidikan kesehatan dan pemberdayaan. Proses kelompok adalah strategi intervensi keperawatan komunitas yang dilakukan bersama masyarakat melalui pembentukan *social support* untuk memberikan dukungan sosial bagi masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2010). Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007). Pemberdayaan merupakan proses meningkatkan partisipasi seseorang dan masyarakat untuk meningkatkan kontrol individu dan masyarakat, meningkatkan kualitas hidup, dan keadilan sosial (Kasmel & Andersen, 2011).

Berbagai bentuk intervensi keperawatan yang dilakukan sebagai upaya pengendalian hipertensi pada lansia yaitu modifikasi diet, *exercise* atau aktivitas fisik, dan manajemen stres. Namun intervensi keperawatan tersebut belum

dilakukan secara terintegrasi. Hasil penelitian terkait manajemen stres diantaranya Dusek, dkk (2008) menjelaskan manajemen stres dapat menurunkan tekanan darah lebih dari 9 mmHg. Dickinson, Campbell, Beyer, Nicolson, Cook, Ford dan Mason (2008) menjelaskan terapi relaksasi otot progresif efektif menurunkan tekanan darah sistolik 5,5 mmHg dan diastolik 3,5 mmHg.

Penelitian mengenai aktifitas fisik pada lansia dengan hipertensi diantaranya Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan latihan fisik seperti aerobik dengan intensitas sedang selama 40 menit dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan diastolik sebesar 4 mmHg. Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan latihan fisik seperti aerobik, jalan kaki, jalan cepat dan bersepeda dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 4,9 mmHg dan diastolik sebesar 3,7 mmHg.

Pengaturan diet hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Harnden dan Hodson (2009) menyatakan bahwa pendekatan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) secara signifikan menurunkan tekanan darah sistolik 4,6 mmHg dan diastolik 3,9 mmHg. Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan penderita hipertensi yang mengurangi konsumsi garam dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan diastolik sebesar 3 mmHg. Sedangkan Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan diastolik sebesar 2,7 mmHg pada penderita hipertensi yang mengurangi konsumsi garam.

Mengingat masing-masing intervensi tersebut memberikan efek, penulis meyakini apabila intervensi keperawatan tersebut diintegrasikan maka akan memberikan pengaruh terhadap pengendalian hipertensi. Berdasarkan hal tersebut dalam program inovasi ini mencoba mengintegrasikan intervensi keperawatan **MANajemen Stres, Exercise, dan diet HiperTensi** yang diberi nama **MANSET HT**. Intervensi ini merupakan modifikasi dari intervensi *Self Care Activity* untuk hipertensi yang direkomendasikan oleh *The Joint National Committee on*

*Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7)* dan *Lifestyle Interventions* menurut Pender, Murdaugh, dan Parsons (2006).

Intervensi *Self Care Activity* yang digunakan adalah terkait modifikasi diet meliputi mengurangi konsumsi garam, membatasi minum alkohol, mengurangi merokok, dan melakukan aktifitas fisik. Sedangkan *Lifestyle Interventions* yang digunakan adalah manajemen stres. Hasil penelitian terdahulu menjelaskan *Self Care Activity* efektif untuk meningkatkan perawatan hipertensi di rumah. Findlow, Seymour, dan Huber (2012) menjelaskan lansia hipertensi yang menggunakan *Self Care Activity* menunjukkan hasil yang efektif terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan secara mandiri di rumah, dan tingkat kepercayaan diri lansia dalam melakukan perawatan secara mandiri di rumah menjadi meningkat.

Perawat komunitas mempunyai peran yang penting untuk melakukan upaya pengendalian hipertensi. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, pendidik, penemu kasus, kolaborator dan manajer (Allender, Warner, & Rector, 2010). Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung pada lansia yang mengalami hipertensi. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, dalam inovasi ini perawat memberikan intervensi MANSET HT yang terdiri dari manajemen stres, *exercise* dan modifikasi diet hipertensi kepada keluarga dan lansia dengan hipertensi. Intervensi ini dilakukan melalui 3 tahap dengan frekuensi tahapan masing-masing 4 kali intervensi. Tahap pertama diberikan intervensi relaksasi meditasi, tahap kedua relaksasi meditasi dan *exercise*, tahap ketiga relaksasi meditasi, *exercise* dan relaksasi otot progresif.

Peran sebagai pendidik diterapkan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok pendukung (kader), keluarga dan kelompok lansia mengenai pengendalian hipertensi. Pendidikan kesehatan pada kelompok pendukung (kader) dan kelompok lansia tentang pengendalian hipertensi melalui MANSET HT. dilakukan dengan 4 sesi. Pendidikan kesehatan berupa penyuluhan kesehatan mengenai hipertensi dan perawatannya, modifikasi diet, manajemen stres dan

aktifitas fisik. Pendidikan kesehatan ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran lansia untuk melakukan pengendalian hipertensi. Yetti (2007) menjelaskan pendidikan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia terhadap diet hipertensi.

Sebagai penemu kasus, perawat melakukan deteksi dini hipertensi di posbindu dan melakukan deteksi pengendalian hipertensi yang dilakukan oleh lansia di rumah. Pengendalian hipertensi di rumah ini merupakan intervensi *Self Care Activity* dengan menggunakan buku pengendalian hipertensi di rumah. Perawat sebagai manajer berperan dalam melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengendalian hipertensi melalui program MANSET HT yang dilakukan oleh kelompok pendukung (kader) dan lansia dengan hipertensi.

Evaluasi yang diperoleh setelah melakukan intervensi MANSET HT adalah terjadi peningkatan pengetahuan kelompok pendukung sebesar 14,86% dengan hasil uji statistik menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah diberikan pelatihan. Kelompok pendukung mampu melatih senam antistroke dan relaksasi otot progresif kepada kelompok lansia sebesar 38,46%. Evaluasi pada kelompok lansia setelah diberikan pendidikan kesehatan terjadi peningkatan pengetahuan sebesar 13,47% dengan hasil uji statistik menunjukkan peningkatan pengetahuan yang signifikan. Peningkatan keterampilan tentang pengendalian hipertensi sebesar 18,59% dengan hasil uji statistik menunjukkan peningkatan keterampilan yang signifikan. Peningkatan sikap kelompok lansia sebesar 8,6% dengan hasil uji statistik menunjukkan peningkatan sikap yang signifikan.

Evaluasi terhadap tekanan darah setelah dilakukan intervensi selama 12 minggu adalah terjadi penurunan tekanan darah signifikan pada setiap tahapan intervensi. Pada intervensi tahap pertama dengan melatih relaksasi meditasi penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5,66 mmHg dan diastolik sebesar 2,83 mmHg. Pada tahap kedua melatih relaksasi ditambah dengan senam antistroke terjadi penurunan tekanan darah sistolik sebesar 10 mmHg dan diastolik sebesar 4,5



mmHg. Pada tahap ketiga intervensi tahap kedua ditambah dengan relaksasi otot progresif menghasilkan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 21,96 mmHg dan diastolik sebesar 4,5 mmHg. Hasil uji statistik menunjukkan penurunan tekanan darah yang signifikan setelah dilakukan intervensi

Intervensi MANSET HT merupakan upaya pengendalian hipertensi pada lansia yang dapat dilakukan secara mandiri di rumah dengan dukungan keluarga dan peran serta kader sebagai kelompok pendukung. Intervensi MANSET HT sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan ini memberikan efek terhadap penurunan tekanan darah dan peningkatan pengendalian hipertensi oleh lansia di rumah. KIA ini melaporkan penerapan inovasi MANSET HT pada lansia dengan hipertensi di Kelurahan Curug untuk mengetahui bagaimana pengaruh intervensi keperawatan MANSET HT terhadap pengendalian hipertensi pada lansia di Kelurahan Curug.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Memberikan gambaran pengaruh pelaksanaan intervensi keperawatan MANSET HT pada kelompok lansia dengan hipertensi di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok Jawa Barat.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

Teridentifikasi:

1.2.2.1 Terbentuknya Kelompok Pendukung MANSET HT untuk lansia dengan hipertensi.

1.2.2.2 Peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) kelompok pendukung (kader) MANSET HT tentang pengendalian hipertensi.

1.2.2.3 Peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) kelompok lansia dalam pengendalian hipertensi.

1.2.2.4 Peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap dan keterampilan) keluarga dalam pengendalian hipertensi.

1.2.2.5 Peningkatan kemandirian keluarga dalam pengendalian hipertensi pada lansia di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

1.2.2.6 Penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi setelah dilakukan intervensi keperawatan MANSET HT

### **1.3 Manfaat**

#### **1.3.1 Pelayanan Kesehatan dalam Keperawatan**

##### **1.3.1.1 Dinas Kesehatan Kota Depok**

Program inovasi MANSET HT dapat menjadi salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas untuk meningkatkan pengendalian hipertensi pada lansia sehingga dapat dijadikan sebagai bagian dari perencanaan kegiatan tahunan untuk program kesehatan lansia di Dinas Kesehatan Kota Depok.

##### **1.3.1.2 Puskesmas Kecamatan Cimanggis**

Program inovasi MANSET HT dapat dijadikan sebagai program kegiatan perkesmas di Puskesmas dan menjadi bagian dari kegiatan posbindu dalam meningkatkan pengendalian hipertensi pada lansia di Kelurahan Curug.

##### **1.3.1.3 Perawat Komunitas**

Program intervensi MANSET HT merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas pada kelompok lansia dengan hipertensi sehingga dapat dijadikan sebagai paket intervensi keperawatan dalam upaya pengendalian hipertensi pada lansia.

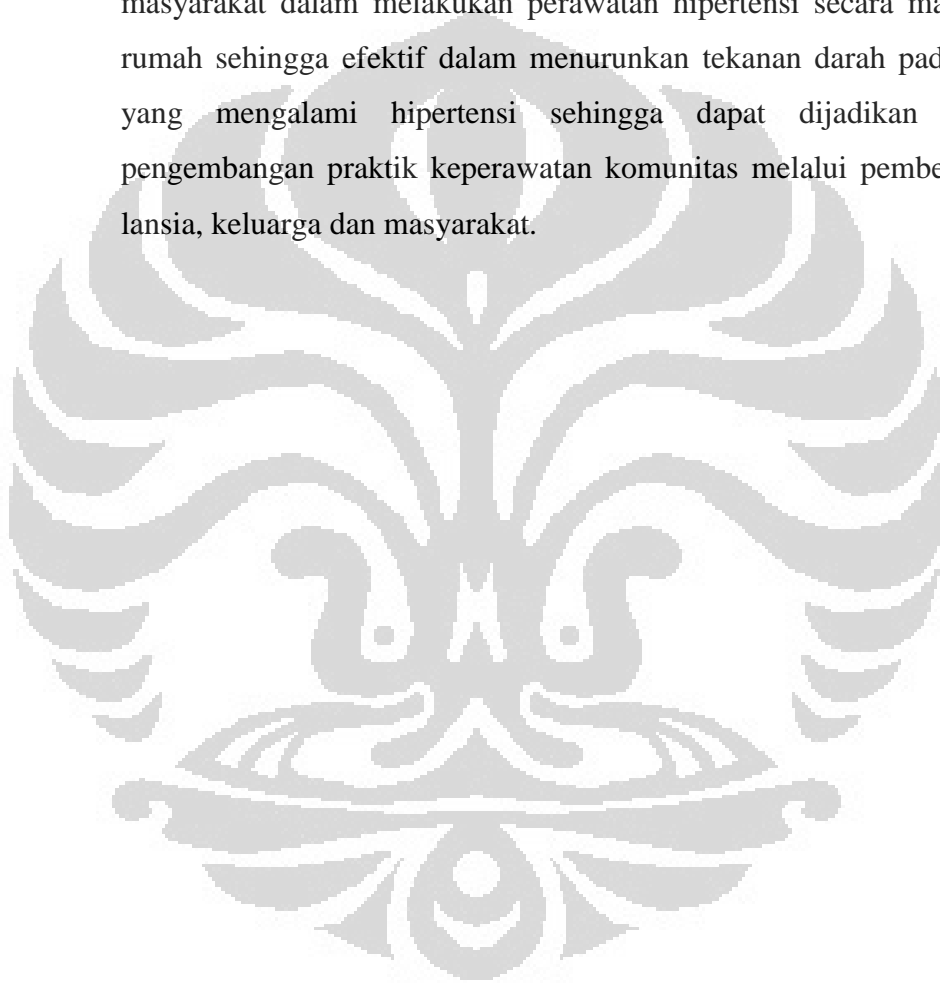
##### **1.3.1.4 Keluarga dan Masyarakat**

Pelaksanaan intervensi MANSET HT pada keluarga dan masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku lansia, keluarga dan masyarakat mengenai pengendalian hipertensi. Selain itu dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam melakukan pengendalian hipertensi pada lansia. Intervensi MANSET HT yang ditambah dengan *social support* dari Kelompok Pendukung MANSET HT dapat meningkatkan pemberdayaan masyarakat berupa partisipasi aktif

dalam pengendalian hipertensi yang dapat dilakukan di Posbindu maupun melalui kunjungan rumah.

### **1.3.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Program Intervensi MANSET HT sebagai salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas dengan menggunakan pendekatan *Self Care Activity* memberikan dampak positif bagi lansia, keluarga dan masyarakat dalam melakukan perawatan hipertensi secara mandiri di rumah sehingga efektif dalam menurunkan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi sehingga dapat dijadikan sebagai pengembangan praktik keperawatan komunitas melalui pemberdayaan lansia, keluarga dan masyarakat.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN KEPUSTAKAAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai teori dan konsep yang berkaitan dengan kelompok lansia hipertensi sebagai populasi rentan (*Vulnerable*), model *Community as Partner*, *Family Centered Nursing*, dan model intervensi *Self Care Activity*.

#### **2.1 Kelompok Lansia sebagai Populasi Rentan**

##### **2.1.1 Pengertian Populasi Rentan (*Vulnerable*)**

Populasi rentan merupakan populasi yang memiliki peningkatan faktor risiko yang disertai dengan kemiskinan atau sosial ekonomi yang rendah, dan ketidakmampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan sehingga lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan (Lundy & Janes, 2009; Maurer & Smith, 2005). Populasi rentan (*vulnerable populations*) didefinisikan sebagai kelompok sosial yang mengalami peningkatan risiko relatif sehingga mudah mengalami masalah kesehatan, mengalami perbedaan dalam akses terhadap perawatan dan status kesehatan dibandingkan dengan populasi secara keseluruhan.

Allender, Rector dan Warner (2010) menjelaskan bahwa populasi rentan merupakan kelompok yang berisiko tinggi mendapat efek negatif dari masalah kesehatan. Penyebab kerentanan pada kelompok lansia diantaranya memiliki mortalitas yang tinggi, kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan, tidak adanya jaminan kesehatan, usia harapan hidup yang lebih rendah dan terjadinya penurunan kualitas hidup. Penyebab lainnya adalah keterbatasan sumber daya, penurunan kesehatan, dan tingginya faktor risiko (Stanhope & Lancaster, 2010).

##### **2.1.2 Karakteristik Populasi Rentan (*Vulnerable*)**

Karakteristik lansia sebagai kelompok rentan terdiri dari sumber daya sosioekonomi, status kesehatan, dan risiko relatif kesehatan (Allender, Rector, & Warner, 2010). Karakteristik kelompok rentan lainnya yang dijelaskan oleh

Stanhope dan Lancaster (2010) yaitu usia dan kejadian hidup. Karakteristik populasi rentan pada lansia dengan hipertensi diuraikan sebagai berikut:

#### **2.1.2.1 Sumber Daya Sosioekonomi**

Predisposisi sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi populasi rentan adalah pendapatan yang rendah atau kemiskinan, pekerjaan, pendidikan yang rendah dan dukungan sosial yang tidak adekuat (Allender, Rector, & Warner, 2010; Stanhope & Lancaster, 2010). Maurer dan Smith (2005) menjelaskan faktor sosiokultural yang mempengaruhi terhadap status kesehatan diantaranya adalah nilai-nilai keluarga, kelas sosial ekonomi, pekerjaan, peran sosial, dan sumber daya kesehatan yang meliputi akses pelayanan yang dapat dimanfaatkan (Maurer & Smith, 2005). Sumber daya ekonomi berhubungan dengan sumber daya sosial yang ditentukan oleh sumber finansial keluarga. Keluarga yang memiliki sumber finansial yang adekuat merupakan keluarga yang mudah untuk mendapatkan akses yang terkait dengan kesehatan seperti tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan dan pelayanan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2010).

Kemiskinan menyebabkan individu menjadi rentan (*vulnerable*) sehingga mengalami kesulitan dalam menjalankan fungsi sosial dan keterbatasan dalam mengakses sumber daya dan fasilitas layanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat. Rendahnya pendapatan membuat individu tinggal di lingkungan yang padat dan tidak sehat, sanitasi lingkungan yang buruk, pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat, dan memiliki *multiple* stressor (Allender, Rector & Warner, 2010).

Individu dengan pendapatan yang rendah pada umumnya juga memiliki pendidikan yang rendah sehingga individu tersebut bekerja di tempat kerja dengan risiko tinggi terpapar penyakit. Kondisi tersebut juga membuat individu bekerja lebih dari satu jenis pekerjaan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehingga mengakibatkan waktu istirahat berkurang, lebih sering mengonsumsi makanan cepat saji dibandingkan dengan mengonsumsi makanan yang sehat. Gaya hidup dengan mengonsumsi makanan cepat saji ini menjadi salah satu faktor risiko

terjadinya penyakit hipertensi (Stanhope & Lancaster, 2010; Allender, Rector & Warner, 2010).

Lansia merupakan kelompok yang memiliki risiko ekonomi karena lansia sudah pensiun, produktivitas dan pendapatan menurun sedangkan biaya hidup meningkat akibat meningkatnya biaya untuk perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2010). Konsekuensi fungsional akibat proses penuaan pada lansia yaitu pensiun dari pekerjaannya yang dapat mengakibatkan kehilangan pendapatan, kehilangan identitas peran dan status (Miller, 2012). Hasil penelitian Suhadi (2011) menunjukkan bahwa biaya pengobatan merupakan faktor yang mempengaruhi lansia dalam perawatan hipertensi. Lansia yang tidak memiliki biaya kesehatan akibat pendapatan yang menurun membuat lansia tidak patuh terhadap program pengobatan hipertensi.

Risiko sumber daya sosial pada lansia disebabkan karena pada lansia sudah memasuki pensiun sehingga mengakibatkan lansia mengalami berbagai kehilangan seperti kehilangan finansial, status, teman atau kenalan dan kehilangan aktivitas atau pekerjaan (Nugroho, 2008; Darmojo & Martono, 2004). Kehilangan pasangan, teman atau kenalan menyebabkan dukungan sosial pada lansia menjadi berkurang. Hasil penelitian Sabri (2002) menunjukkan dukungan sosial dari teman atau sahabat mempunyai peranan penting bagi lansia dan memberikan dampak positif bagi kesehatan psikososial lansia. Lansia yang mendapatkan dukungan sosial memiliki hubungan yang bermakna dalam perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia (Nuraeni, 2013).

#### **2.1.2.2 Status Kesehatan**

Perubahan fisiologis tubuh secara normal dapat menjadi predisposisi individu termasuk ke dalam kelompok rentan. Perubahan fisiologis ini disebabkan karena adanya proses penyakit yang bersifat kronik. Perubahan fisiologis dapat disebabkan karena kecelakaan, injury, atau kelainan kongenital. Lanjut usia menjadi kelompok rentan karena terjadinya perubahan fisiologis akibat proses penuaan, menderita lebih dari satu penyakit kronik keterbatasan status fungsional,

dan hilangnya kemandirian (Stanhope & Lancaster, 2010). Perubahan fisiologis pada sistem kardiovaskuler akibat proses penuaan yaitu serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan resistensi perifer (Stockslager & Schaeffer, 2008; Watson, 2003).

Maurer dan Smith (2005) menjelaskan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh status sosioekonomi. Individu atau keluarga dengan status sosioekonomi rendah mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan, terlambat dalam mengakses pelayanan kesehatan, dan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal sehingga mengakibatkan penurunan status kesehatan. Mortalitas merupakan salah satu ukuran yang digunakan untuk mengukur status kesehatan. Adler dan Ostrove (1999; dalam Maurer & Smith, 2005) menjelaskan terdapat hubungan langsung antara pendapatan yang rendah dengan kematian dini atau usia muda.

### **2.1.2.3 Risiko Relatif Kesehatan**

Risiko kesehatan dapat berasal dari bahaya polusi lingkungan, bahaya sosial (tindak kejahatan dan kekerasan), perilaku individu (kebiasaan diet dan olahraga), atau masalah biologis atau genetik (kelainan bawaan dan gangguan status imun). Faktor risiko ini dapat berinteraksi dengan faktor risiko lain yang dapat menciptakan situasi yang membahayakan bagi kesehatan seperti pada penduduk ras Afrika-Amerika yang mengalami diskriminasi. Persepsi diskriminasi ini menimbulkan stres yang ditandai dengan perilaku individu yang berisiko terhadap kesehatan yaitu merokok (Stanhope & Lancaster, 2010). Risiko relatif kesehatan berupa stres dan perilaku individu yang merokok ini menjadi faktor risiko terjadinya penyakit hipertensi.

Babatsikou dan Zavitsanou (2010) menjelaskan perilaku individu yang berisiko terjadinya hipertensi diantaranya mengkonsumsi garam berlebih, merokok, kurang aktifitas fisik. Faktor lain yang berkontribusi terjadinya hipertensi yaitu obesitas, hiperlipidemia dan faktor psikososial. Prevalensi faktor risiko penyakit tidak

menular salah satunya hipertensi berdasarkan Riskesdas (2007) adalah merokok setiap hari (23,7%), mengkonsumsi makanan asin (24,5%), mengkonsumsi makanan berlemak (12,8%), kurang aktifitas fisik (48,2%), kurang makan sayur dan buah (93,6%) dan mengkonsumsi alkohol (4,6%). Berdasarkan prevelensi tersebut faktor yang meningkatkan risiko kesehatan adalah masih banyaknya penduduk yang kurang makan sayur dan buah yang berdampak terjadinya penyakit tidak menular.

#### **2.1.2.4 Usia**

Usia menjadi salah satu karakteristik populasi rentan. Peningkatan usia ini mengakibatkan lansia menjadi lebih rentan terhadap masalah kesehatan seperti ancaman keamanan dan kehilangan kebebasan, menderita penyakit yang kronis dan kompleks, serta gangguan mobilitas (Stanhope & Lancaster, 2010). Usia dapat mempengaruhi terjadinya penyakit tertentu seperti penyakit hipertensi, dimana kejadian penyakit ini meningkat sesuai dengan peningkatan usia untuk kedua jenis kelamin (Potter & Perry, 2005). Dengan bertambahnya usia, risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi di kalangan usia lanjut cukup tinggi, yaitu sekitar 40%, dengan kematian sekitar di atas 65 tahun (Dirjen P2PL, 2006).

Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur, disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku mengakibatkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan resistensi perifer sehingga konsekuensi yang terjadi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik (Stockslager & Schaeffer, 2008; Dirjen P2PL, 2006; Miller, 2012; Watson, 2003).

Konsekuensi fungsional dari perubahan tersebut menyebabkan pada laki-laki terjadi peningkatan tekanan diastolik rata-rata 1 mmHg per dekade secara terus menerus, pada perempuan terjadi peningkatan tekanan darah diastolik secara



signifikan antara usia 40 dan 60 tahun kemudian stabil dan kemungkinan menurun diatas usia 70 tahun. Tekanan darah sistolik secara bertahap mengalami peningkatan 5 – 8 mmHg per dekade mulai usia 50 tahun pada laki-laki dan 40 tahun pada perempuan (Miller, 2012).

Kondisi tekanan darah yang tinggi akan menambah beban kerja jantung dan arteri dimana jantung akan bekerja lebih keras dan pembuluh darah menerima aliran darah yang bertekanan tinggi. Jika kondisi ini berlangsung terus menerus maka kerja jantung dan pembuluh darah dapat melewati ambang batas konsekuensi sehingga jantung dan pembuluh mengalami kerusakan yang akan berdampak pada organ tubuh lain. Keadaan ini mempertinggi risiko terhadap stroke, gagal jantung dan gagal ginjal (Tapan, 2004; Tjokronegoro, 2004).

#### **2.1.2.5 Kejadian Hidup (*Life Event*)**

Kejadian dalam hidup dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit hipertensi. Katagori kejadian dalam hidup dapat bersifat normatif atau non normatif. Kejadian hidup normatif secara umum dapat diprediksikan akan terjadi sesuai tahap perkembangan atau sepanjang siklus kehidupan seperti anak yang meninggalkan rumah untuk kuliah atau melanjutkan pendidikan, bekerja atau menikah, pensiun dari pekerjaan. Kejadian hidup non normatif adalah kejadian hidup yang tidak diprediksikan seperti pindah rumah karena pekerjaan, perceraian, kehilangan anggota keluarga. Kejadian hidup ini dapat menjadi stressor yang dapat mengakibatkan krisis keluarga jika lebih dari satu kejadian dialami secara bersamaan (Stanhope & Lancaster, 2010).

Berbagai faktor risiko kejadian hidup pada lansia adalah kehilangan pekerjaan karena memasuki masa pensiun, kurangnya dukungan sosial akibat kehilangan pasangan, keluarga dan teman yang dapat menyebabkan stres psikososial. Miller (2012) menjelaskan faktor risiko berupa stres psikososial yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi meliputi kecemasan, depresi, ketegangan dalam pekerjaan, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, marah, hubungan keluarga yang kurang harmonis. Kondisi ini dapat merangsang kelenjar

adrenal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stress berlangsung lama, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis. Hasil penelitian didapatkan bahwa wanita berusia 45 – 64 tahun yang memiliki faktor psikososial seperti kondisi tegang, ketidakcocokan perkawinan, tekanan ekonomi, stress harian, mobilitas pekerjaan, gejala ansietas dan kemarahan terpendam memiliki korelasi dengan peningkatan tekanan darah (Dirjen P2PL, 2006).

## **2.2 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas**

Manajemen merupakan suatu pendekatan dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan di organisasi. Di dalam manajemen mencakup kegiatan koordinasi dan supervisi terhadap staf, sarana dan prasarana dalam mencapai tujuan organisasi (Grant & Massey, dalam Nursalam, 2002). Manajemen pelayanan kesehatan adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga yang menjadi objek atau sasaran manajemen adalah sistem yang berlangsung (Notoatmodjo, 2007).

Fungsi manajemen menurut Marquis dan Huston (2013) terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, personalia, pengarahan dan pengawasan yang diuraikan sebagai berikut:

### **2.2.1 Perencanaan**

Perencanaan adalah fungsi terpenting dalam manajemen dimana fungsi ini menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Perencanaan merupakan serangkaian kegiatan yang terperinci dilakukan untuk menyelesaikan masalah yang membutuhkan solusi melalui intervensi yang terstruktur (Ervin, 2002). Perencanaan dapat didefinisikan sebagai upaya memutuskan apa yang dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan, dan di mana hal tersebut dilakukan. Perencanaan ini merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas diantara fungsi manajemen yang baik (Marquis & Huston, 2013).

Perencanaan yang strategis adalah perencanaan yang dapat mencapai suatu tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Nursalam, 2002). Perencanaan yang adekuat mendorong pengelolaan terbaik sumber daya yang ada, karena tanpa perencanaan yang adekuat maka proses manajemen akan mengalami kegagalan. Dalam rangka menghasilkan perencanaan yang adekuat maka disusun berbagai aktivitas untuk menyelesaikan berbagai masalah atau untuk mencapai tujuan yang diinginkan secara terstruktur dengan menggunakan langkah-langkah yang sistematis (Marquis & Huston, 2013). Hasil penelitian Atihuta, Pasinringi dan Bahar (2006) menyatakan bahwa perencanaan yang baik berpengaruh terhadap kinerja mutu pelayanan.

Hierarki perencanaan menurut Marquis dan Huston (2013) terdiri dari visi, misi, tujuan, kebijakan prosedur dan aturan. Perencanaan bertujuan untuk menentukan kebutuhan dalam asuhan keperawatan, menegakkan tujuan, mengalokasikan anggaran belanja, memutuskan ukuran dan tipe tenaga keperawatan yang dibutuhkan. Tujuan perencanaan lainnya adalah membuat pola struktur organisasi yang dapat mengoptimalkan efektifitas staf serta menegakkan kebijaksanaan dan prosedur operasional untuk mencapai visi dan misi institusi yang telah ditetapkan (Nursalam, 2002).

Visi adalah pernyataan yang digunakan untuk menggambarkan tujuan atau sasaran organisasi. Misi adalah pernyataan singkat untuk mengidentifikasi alasan keberadaan sebuah organisasi (Marquis & Huston, 2013). Visi dan misi harus diketahui oleh seluruh staf atau anggota yang terdapat di dalam sebuah organisasi (Swanburg, 2000). Nursalam (2002) menuliskan misi merupakan suatu langkah-langkah nyata dari profesi keperawatan dalam melaksanakan visi yang telah ditetapkan.

Tujuan umum dan khusus merupakan akhir perjalanan organisasi. Tujuan umum merupakan hasil yang diinginkan melalui usaha yang dilakukan secara terarah. Tujuan umum memiliki beberapa tujuan khusus yang dilengkapi dengan tanggal pencapaian yang ditetapkan. Tujuan khusus berfokus pada proses yang diinginkan atau hasil yang diinginkan. Tujuan khusus ini harus memiliki kriteria agar dapat

diukur, spesifik dan jelas, memiliki target waktu pencapaian yang spesifik dan dinyatakan dalam istilah perilaku, dapat dievaluasi secara objektif, dan diidentifikasi hasil yang positif (Marquis & Huston, 2013).

Rencana strategis merupakan rencana jangka panjang termasuk tujuan khusus yang mengkaji tujuan, misi, filosofi, dan tujuan umum organisasi dalam konteks lingkungan eksternal yang biasanya membutuhkan periode lama yaitu 3 sampai 10 tahun. Perencanaan strategis menuntut keahlian manajerial dalam ekonomi pelayanan kesehatan, manajemen sumber daya manusia, isu politik dan legislatif yang mempengaruhi pelayanan kesehatan, serta teori perencanaan (Marquis & Huston, 2013).

Strategi perencanaan program pencegahan dan penanggulangan hipertensi yaitu: (1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan hipertensi. (2) Memfasilitasi dan mendorong tumbuhnya gerakan dalam pencegahan dan penanggulangan hipertensi. (3) Meningkatkan kemampuan SDM dalam pencegahan dan penanggulangan hipertensi. (4) Meningkatkan surveilans rutin dan faktor risiko, registrasi penyakit, surveilans kematian yang disebabkan hipertensi. (5) Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan (penemuan atau deteksi dini dan tata laksana hipertensi), dan (6) Melaksanakan sosialisasi dan advokasi pada pemerintah daerah, legislatif dan stakeholders untuk terlaksananya dukungan pendanaan dan operasional (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Tujuan jangka panjang dari program atau sasaran hasil program diatas adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular dan meningkatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular. Indikator pencapaian program diantaranya persentase provinsi yang melakukan pembinaan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (SE, deteksi dini, KIE dan tata laksana) sebesar 100% dan persentase Kab atau Kota yang melaksanakan pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (SE, deteksi dini, KIE dan tata laksana) sebesar 30% (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Anggaran adalah rencana yang menggunakan data numerik untuk memprediksi aktifitas organisasi dalam periode tertentu. Hasil penganggaran yang diinginkan adalah penggunaan sumber daya yang maksimal untuk memenuhi kebutuhan organisasi jangka pendek dan jangka panjang (Marquis & Huston, 2013). Alokasi dana merupakan unsur yang strategis dalam pembangunan kesehatan. Tersedianya alokasi dana yang memadai dan pemanfaatan yang efisien serta pemerataan akan mendukung suksesnya pembangunan kesehatan. Kemungkinan penyebab rendahnya biaya kesehatan di Indonesia yaitu keuangan negara yang minim untuk membiayai pelayanan kesehatan dan kesehatan tidak termasuk dalam pembangunan kesehatan (Sukarna, Budiningsih, & Riyarto, 2006).

Besarnya pembiayaan kesehatan dalam era desentralisasi tergantung pada daerah sehingga diperlukan kemampuan dinas kesehatan agar dapat menetapkan prioritas program kesehatan dan memiliki kemampuan advokasi kepada pemerintah daerah dalam upaya mendapatkan *political commitment* peningkatan alokasi anggaran. Selain itu diperlukan kemampuan tenaga kesehatan untuk perencanaan program anggaran, implementasi dan evaluasi program (Sukarna, Budiningsih, & Riyarto, 2006).

### **2.2.2 Pengorganisasian**

Fase kedua dari fungsi manajemen adalah pengorganisasian. Pada fase pengorganisasian perlu menetapkan hubungan organisasi, prosedur pelaksanaan, perlengkapan, dan pembagian tugas. Organisasi diperlukan karena dapat menyelesaikan lebih banyak pekerjaan daripada yang dapat dilakukan oleh individu. Dalam pengorganisasian diperlukan pembentukan struktur organisasi. Struktur organisasi mengacu kepada bagaimana suatu kelompok dibentuk, jalur komunikasinya, dan cara mengatur otoritas dan mengambil keputusan (Marquis & Huston, 2013).

Setiap organisasi juga mempunyai struktur yang formal maupun yang tidak formal atau informal (Marquis & Huston, 2013). Struktur organisasi formal direncanakan dan disebarluaskan serta merupakan peraturan jabatan yang resmi dalam suatu

pola hubungan kerja yang mengatur (1) Pembagian divisi kerja. (2) Menyediakan prosedur kerja sebagai garis komando. (3) Mengatur tanggung jawab dan tanggung gugat. (4) Mengatur peran dan fungsi secara jelas dan sistematis. (5) Setiap orang mempunyai perannya masing-masing, serta (6) Mempunyai pangkat atau jabatan dan (7) Hierarki dan garis komunikasi yang jelas. Sedangkan struktur organisasi informal biasanya tidak direncanakan dan sering tidak dipublikasikan, garis komando yang tidak jelas, tidak terlalu dituntut tanggung jawab dan tanggung gugatnya, serta tidak secara resmi diakui namun hubungan tersebut memberikan dampak positif atau mempengaruhi efektifitas pekerjaan (Marquis & Huston, 2013).

Prinsip-prinsip pengorganisasian adalah pembagian kerja, kesatuan komando, rentang kendali, pendelegasian dan koordinasi (Warsito, 2006). Hal ini sesuai dengan penelitian Rahmawati (2013) yang menjelaskan kemampuan manajer dalam fungsi pengorganisasian adalah pembagian tugas, kesatuan komando, pendelegasian, dan koordinasi, langkah untuk menetapkan dan mengatur berbagai macam kegiatan.

Dalam rangka menunjang pelaksanaan program pengendalian faktor risiko penyakit hipertensi berbasis komunitas maka pelaksanaan upaya kesehatan perlu dilaksanakan melalui pola-pola struktur organisasi. Besar atau kecilnya organisasi sangat berpengaruh terhadap kegiatan rutin dan pembangunan dari pokok program, sehingga suatu struktur organisasi akan selalu berubah. Tujuan pengorganisasian dalam pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko penyakit hipertensi agar program yang dilaksanakan dapat lebih efektif, efisien dan berkualitas serta dapat memanfaatkan segala sumber daya atau potensi yang ada di wilayah kerjanya (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Peran struktur organisasi pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah di tingkat Kabupaten atau Kota (Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota) adalah (1) Membuat kebijakan tentang pengendalian (surveilans, promosi kesehatan dan manajemen pelayanan) penyakit hipertensi dan faktor risiko penyakit jantung dan

pembuluh darah. (2) Melakukan pelatihan penemuan kasus dan penatalaksanaan penyakit tidak menular khususnya penyakit jantung dan pembuluh darah bagi tenaga kesehatan di Puskesmas. (3) Melakukan advokasi kepada penentu kebijakan di tingkat kabupaten. (4) Melakukan monitoring dan evaluasi. Peran di tingkat Puskesmas adalah (1) Melakukan deteksi dini terhadap penyakit hipertensi dan faktor risiko berikut tata laksana. (2) Melakukan pencatatan dan pelaporan. (3) Melakukan penyuluhan. (4) Melakukan sistem rujukan bila terdapat kasus yang tidak dapat ditangani (Departemen Kesehatan RI, 2006).

### **2.2.3 Kepersonaliaan**

Kepersonaliaan merupakan fase ketiga dari fungsi manajemen. Dalam proses kepersonaliaan, pemimpin atau manajer merekrut, memilih, memberikan orientasi, dan meningkatkan pengembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi. Tanggung jawab kepersonaliaan dimulai dari perencanaan karena filosofi dan sumber daya keuangan mempengaruhi perpaduan dan jumlah staf. Keterampilan manajemen dalam kepersonaliaan yaitu memperkirakan kebutuhan kepersonaliaan dengan akurat dengan mempertimbangkan jenis pelayanan yang diberikan, tingkat pendidikan dan pengetahuan staf yang direkrut, keterbatasan anggaran, latar belakang kebutuhan dan ketersediaan personalia, serta keragaman populasi klien yang dilayani (Marquis & Huston, 2013).

Perencanaan tenaga kesehatan adalah upaya penetapan jenis, jumlah, dan kualifikasi tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Perencanaan kesehatan yang diatur dalam PP No.32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan antara lain pengadaan dan penempatan tenaga kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan yang merata bagi masyarakat. Hasil penelitian mengenai analisis tenaga kesehatan di Indonesia menunjukkan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk masih relatif kecil, distribusi tenaga kesehatan tidak merata, tenaga kesehatan khususnya perawat, jumlahnya sudah relatif cukup, namun terdapat kesenjangan tenaga kesehatan di puskesmas antar wilayah (Dedi, dkk, 2005).

Perencanaan kebutuhan sumber daya manusia (SDM) di tingkat institusi dihitung dengan menggunakan metode *Authorized Staffing List* (Daftar Susunan Pegawai - DSP). Metode ini dapat digunakan di unit kerja seperti puskesmas. Prosedur DSP adalah menghitung produktifitas puskesmas secara kolektif dengan menggunakan rumus  $S = O / 300 \times N$ , dimana S adalah daya guna staf per hari, N adalah jumlah staf, O adalah output puskesmas. Jika puskesmas yang kunjungannya tinggi, tapi jumlah tenaganya sedikit maka dapat diatasi dengan sistem kontrak yang dananya dari daerah jika tidak ada pengangkatan PNS (Dedi, dkk, 2005).

#### 2.2.4 Pengarahan

Fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen untuk mengarahkan pelaksanaan program dengan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati (Muninjaya, 2004). Fase ini disebut juga sebagai pengaturan dimana manajer berperan untuk mengarahkan kerja pegawai dan membangun lingkungan kerja yang kondusif agar pekerjaan dapat terselesaikan (Marquis & Huston, 2013). Fungsi ini mencakup kegiatan motivasi, komunikasi, pendelegasian, dan supervisi (Marquis & Huston, 2013; Muninjaya, 2004).

Motivasi adalah tindakan yang dilakukan orang untuk memenuhi kebutuhan yang belum tercapai. Hal ini adalah keinginan untuk melakukan upaya untuk mencapai tujuan atau penghargaan untuk mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh kebutuhan tersebut (Marquis & Huston, 2013). Motivasi menurut bentuknya terdiri dari motivasi intrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari diri sendiri, yang mendorong dirinya menjadi lebih produktif. Motivasi ekstrinsik yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu yang ditingkatkan oleh lingkungan kerja atau penghargaan eksternal. Penghargaan didapatkan setelah pekerjaan selesai dilakukan (Marquis & Huston, 2013; Nursalam, 2002).

Hasil penelitian Bahctiar dan Hendriana (2011) menunjukkan ada hubungan antara hubungan kerja, beban kerja, tanggung jawab dengan motivasi kerja pegawai di Puskesmas Cisaga Kabupaten Ciamis. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa penempatan pegawai perlu disesuaikan dengan pendidikan



dan kemampuan yang dimiliki oleh pegawai untuk menghasilkan motivasi yang tinggi. Selain itu sebaiknya jabatan rangkap perlu dihindari atau dapat diberikan kepada pegawai yang telah diuji kemampuannya serta perlu adanya pelatihan tentang manajemen perilaku.

Komunikasi merupakan salah satu elemen dari fungsi pengarahan. Komunikasi adalah proses interpersonal yang melibatkan perubahan verbal dan nonverbal dari informasi dan ide serta merupakan elemen dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kontak dengan orang lain (Potter & Perry, 2005). Struktur organisasi formal mempunyai dampak terhadap komunikasi. Staf yang berada di tingkat lebih bawah dalam hierarki organisasi berisiko tidak mendapatkan komunikasi yang memadai dari tingkat yang lebih tinggi. Hal ini terjadi karena jumlah tingkat komunikasi harus disaring dalam organisasi (Marquis & Huston, 2013).

Strategi komunikasi untuk meningkatkan komunikasi yang jelas dan lengkap menurut Marquis dan Huston (2013) terdiri dari (1) Manajer harus memahami struktur organisasi dan mengenali siapa yang akan terpengaruh oleh keputusan yang dibuat. (2) Melakukan komunikasi dua arah, sehingga manajer perlu berkonsultasi dan berkomunikasi dengan departemen lain untuk mendapatkan umpan balik sebelum komunikasi. (3) Komunikasi harus jelas, sederhana, dan pasti dan seorang manajer bertanggung jawab untuk memastikan pesan tersebut dipahami. (4) Manajer sebaiknya mencari umpan balik apakah komunikasi yang disampaikan diterima dengan benar. (5) Metode komunikasi *multiple* sebaiknya digunakan saat pesan yang disampaikan sangat penting. (6) Manajer sebaiknya tidak membebani staf dengan informasi yang tidak perlu. (7) Manajer menjadi pendengar yang baik dengan menerima semua informasi dan menunjukkan rasa menghargai dan ingin tahu terhadap pesan yang disampaikan (Marquis & Huston, 2013, Nursalam 2002).

Elemen berikutnya dalam fungsi pengarahan yaitu pendelegasian. Pendelegasian adalah proses penyelesaian tugas melalui orang lain atau mengarahkan tugas

kepada satu orang tau lebih untuk mencapai tujuan organisasi atau program (Marquis & Huston, 2013). Pendelegasian merupakan elemen penting dari fungsi pengarahan karena sebagian besar tugas yang diselesaikan oleh manajer (tingka bawah, menengah, dan atas) merupakan hasil kerja bersama yaitu hasil usaha manajer dan staf.

Pendelegasian adalah keterampilan kepemimpinan penting yang harus dipelajari oleh manajer. Beberapa kesalahan yang sering dilakukan oleh manajer dalam pendelegasian tugas antara lain kurangnya pendelegasian. Hal ini terjadi karena manajer memiliki asumsi bahwa mereka dapat melakukannya sendiri, menjadi lebih baik dan cepat jika harus dilimpahkan kepada staf. Masalah lainnya adalah kekhawatiran bahwa staf akan tidak suka dengan tugas yang didelegasikan dan kurangnya pengalaman manajer mengenai tugas atau pendelegasian itu sendiri. Kesalahan pendelegasian yang lain adalah terlalu banyak pendelegasian sehingga terlalu banyak membebani staf, dan pendelegasian yang tidak tepat yaitu pendelegasian pada saat yang salah, kepada orang yang salah, atau untuk alasan yang salah (Marquis & Huston, 2013; Nursalam, 2002)

Elemen terakhir dari fungsi pengarahan yaitu supervisi. Muninjaya (2004) menyatakan bahwa supervisi adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*). Nursalam (2002) supervisi sebagai suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan untuk penyelesaian suatu tugas ataupun sekumpulan kegiatan pengambilan keputusan yang berkaitan erat dengan perencanaan dan pengorganisasian kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi. Kegiatan supervisi adalah kegiatan-kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2006; Nursalam 2002).

Tujuan pokok dari supervisi ialah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan

memuaskan (Suarli & Bachtiar, 2008). Supervisi harus dilakukan dengan frekuensi yang berkala. Supervisi yang dilakukan hanya sekali bisa dikatakan bukan supervisi yang baik, karena organisasi atau lingkungan selalu berkembang.

### **2.2.5 Pengawasan**

Fungsi pengawasan merupakan fungsi terakhir dari proses manajemen dan berkaitan erat dengan fungsi manajemen lainnya. Standar keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja dan sebagainya harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai (Muninjaya, 2004). Pengawasan atau pengendalian merupakan suatu bentuk koordinasi dalam mengidentifikasi berbagai kegiatan organisasi mulai dari perencanaan sampai dengan pengarahan berupa catatan, pelaporan, penggunaan berbagai sumber-sumber yang digunakan untuk mengamati tercapainya visi atau misi sebuah instansi (Swanburg, 2000).

Manfaat fungsi pengawasan antara lain adalah dapat mengetahui sejauh mana kegiatan program sudah dilaksanakan (apakah kegiatan sudah sesuai standar atau rencana kerja, apakah sumber dayanya sudah digunakan sesuai dengan yang telah ditetapkan). Manfaat lainnya adalah mengetahui apakah waktu dan sumber daya lainnya mencukupi kebutuhan dan telah dimanfaatkan secara efisien, penyimpangan pada pemahaman staf pelaksana kegiatan dalam melaksanakan tugas-tugasnya, sebab-sebab terjadinya penyimpangan, mengetahui staf yang perlu diberikan penghargaan, dipromosikan, atau diberikan pelatihan lanjutan (Muninjaya, 2004).

Kendali mutu merupakan elemen dari pengawasan, yaitu suatu jenis pengendalian spesifik, mengacu kepada aktivitas yang digunakan untuk mengevaluasi, memantau, atau mengatur layanan yang diberikan kepada konsumen. Proses melakukan kendali mutu adalah membuat kriteria dan standar, mengidentifikasi informasi yang relevan terhadap kriteria, menentukan cara mengumpulkan informasi, mengumpulkan dan menganalisis informasi, dan melakukan evaluasi ulang (Marquis & Huston, 2013).

Elemen fungsi pengrahan lainnya adalah penilaian kinerja. Penilaian kinerja adalah menentukan seberapa baik pegawai menjalankan tugas yang diberikan kepadanya (Marquis & Huston, 2013). Tujuan penilaian kinerja adalah mengetahui tingkat kinerja pegawai dan harapan organisasi kepada pegawai, memberikan informasi untuk penyesuaian gaji, promosi, transfer, tindakan disiplin, dan terminasi.

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian dari elemen fungsi pengawasan. Monitoring evaluasi pada program pengendalian hipertensi adalah untuk menilai keberhasilan penemuan dan penatalaksnaan penderita hipertensi. Kegiatan ini dilaksanakan secara berkala untuk mendeteksi bila ada masalah dalam penemuan dan penatalaksanaan penderita hipertensi agar dapat dilakukan tindakan perbaikan. Semua kegiatan harus dimonitor dan dievaluasi antara lain penemuan penyakit hipertensi mulai dari langkah penemuan penderita dan faktor risikonya, penatalaksanaan penderita yang meliputi hasil pengobatan, dan efek samping sehingga kegagalan pengendalian penyakit hipertensi di pelayanan primer dapat ditekan. Cara pemantauan dapat dilakukan dengan menelaah laporan, pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas pelaksana dan penderita hipertensi (Departemen Kesehatan RI, 2006).

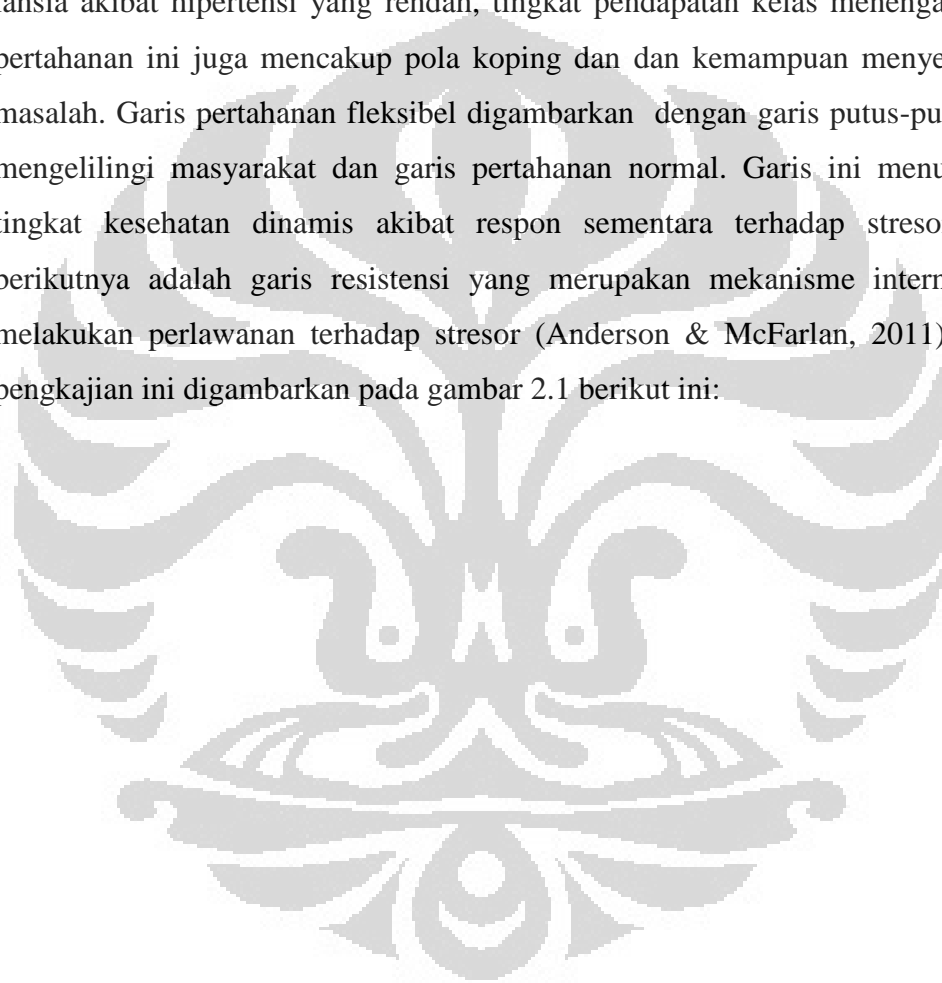
## **2.3 Asuhan Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia**

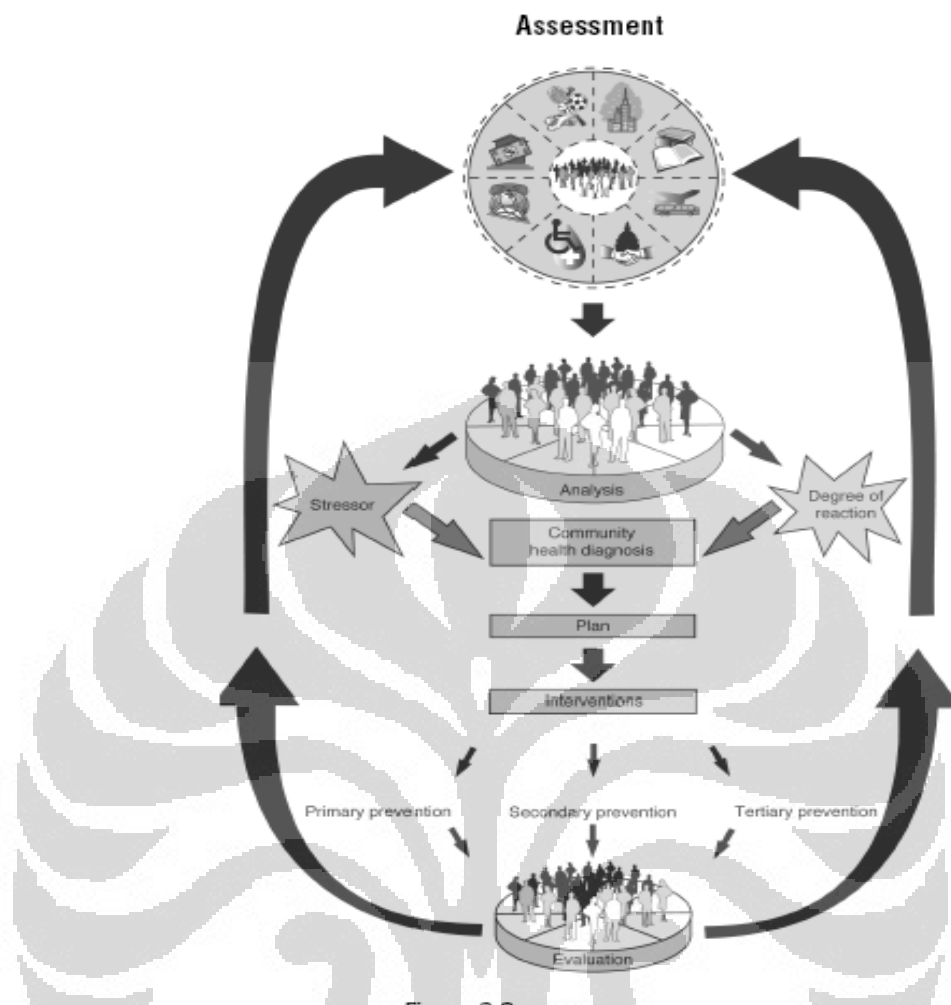
### **2.3.1 Pengkajian**

Model pengkajian yang digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas pada kelompok lansia dengan hipertensi adalah *Community as Partner* yang dikembangkan oleh Anderson dan McFarlan. Model ini merupakan model komunitas sebagai mitra yang ditandai dengan roda pengkajian di bagian atas, dengan menyatukan anggota masyarakat sebagai intinya, dan kedua merupakan penerapan proses keperawatan. Inti roda pengkajian adalah individu yang membentuk komunitas (Anderson & McFarlan, 2011). Pengkajian inti meliputi data demografik, nilai, keyakinan, dan sejarah penduduk setempat. Sebagai anggota masyarakat, penduduk setempat dipengaruhi oleh delapan subsistem yang terdiri dari lingkungan, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan

pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi.

Model *Community as Partner* menggambarkan masyarakat yang dikelilingi oleh tiga garis pertahanan. Garis tebal yang mengelilingi masyarakat menunjukkan garis pertahanan normal, atau tingkat kesehatan komunitas. Garis pertahanan normal meliputi berbagai ciri misalnya angka imunitas yang tinggi, mortalitas lansia akibat hipertensi yang rendah, tingkat pendapatan kelas menengah. Garis pertahanan ini juga mencakup pola koping dan kemampuan menyelesaikan masalah. Garis pertahanan fleksibel digambarkan dengan garis putus-putus yang mengelilingi masyarakat dan garis pertahanan normal. Garis ini menunjukkan tingkat kesehatan dinamis akibat respon sementara terhadap stresor. Garis berikutnya adalah garis resistensi yang merupakan mekanisme internal yang melakukan perlawanan terhadap stresor (Anderson & McFarlan, 2011). Model pengkajian ini digambarkan pada gambar 2.1 berikut ini:





Gambar 2.1. Model Community As Partner  
Sumber: Anderson McFarlan, Community as Partner, 2011

Hal-hal yang perlu dikaji dalam model *Community as Partner* terdiri dari komponen **pengkajian inti** komunitas merupakan pengkajian kondisi penduduk yang dijabarkan dalam sejarah komunitas, demografi, vital statistik, etnis, nilai dan keyakinan (Anderson & McFarlane, 2011). Komponen pengkajian inti tersebut diuraikan sebagai berikut:

#### 2.3.1.1 Demografi

Pengkajian data demografi mempelajari struktur dan proses penduduk di suatu wilayah. Struktur penduduk meliputi jumlah penyebaran dan komposisi penduduk berdasarkan umur, jenis kelamin, tipe keluarga, status perkawinan, ras dan etnik (Anderson & McFarlane, 2011). Data demografi yang dikaji pada kelompok lansia dengan hipertensi adalah meliputi karakteristik usia dan jenis kelamin

penduduk lansia. Penduduk lansia menurut Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

### 2.3.1.2 Vital Statistik

Data pengkajian vital statistik yang perlu diidentifikasi menurut Anderson dan McFarlane (2011) terdiri dari data angka kelahiran, angka kematian (mortalitas), angka kesakitan (morbiditas), dan penyebab kematian penduduk. Pengkajian vital statistik yang dikaji pada lansia dengan hipertensi yaitu morbiditas lansia, mortalitas lansia, dan usia harapan hidup. Angka morbiditas dan mortalitas pada lansia cenderung meningkat disebabkan karena sebagian besar lansia memiliki minimal satu penyakit kronik dan beberapa lansia memiliki *multiple* kondisi. Penyakit kronik yang sering terjadi pada lansia diantaranya adalah hipertensi yang disebabkan karena adanya perubahan fisiologis pada sistem kardiovaskuler yaitu serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan resistensi perifer (Stockslager & Schaeffer, 2008; Watson, 2003).

Tekanan darah sistolik pada lansia cenderung meningkat disebabkan oleh hilangnya distensi arterial. Tekanan darah diastolik tetap atau menurun, tekanan nadi melebar. Lansia tidak sensitif terhadap regulasi baroreceptor tekanan darah sehingga terjadi fluktuasi tekanan darah dan mempengaruhi tekanan darah sistolik (Lueckenotte, 2000). Jenis hipertensi yang dialami lansia dikategorikan sebagai hipertensi sistolik terisolasi yang artinya adalah terjadi peningkatan tekanan darah sistolik (lebih dari 140 mmHg) tetapi tidak disertai dengan peningkatan tekanan darah diastolik (kurang dari 90 mmHg) (Lueckenotte, 2000).

Angka morbiditas dan mortalitas hipertensi berdasarkan data WHO (2008) didapatkan bahwa total penderita hipertensi di dunia diperkirakan sebanyak 600 juta dan kasus kematian akibat hipertensi adalah 7.14 juta jiwa. Pada tahun 2002 pada kelompok usia lebih dari 60 tahun kematian akibat hipertensi mencapai 735

per 100.000 penduduk (Babatsikou & Zavitsanou, 2010). Allender, Rector dan Warner (2010) menuliskan sekitar 70% dari lansia yang berusia 65 tahun atau lebih telah terdiagnosa hipertensi.

Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 didapatkan bahwa salah satu penyakit yang sering dijumpai dan meningkat seiring dengan pertambahan usia adalah hipertensi. Prevalensi nasional penyakit hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan pada tahun 2007 sebesar 7,2%, namun pada tahun 2013 penderita hipertensi mengalami peningkatan yaitu menjadi 9,4%. Prevalensi penderita hipertensi di Jawa Barat melebihi angka nasional yaitu sebesar 10,5%. Prevalensi hipertensi nasional berdasarkan pengukuran tekanan darah adalah 25,8%. Prevalensi hipertensi di Jawa Barat juga melebihi angka nasional yaitu sebesar 29,4% (Balitbangkes Kemenkes RI, 2013).

### **2.3.1.3 Etnis**

Pengkajian etnis menurut Anderson dan McFarlane (2011) terdiri dari distribusi penduduk berdasarkan etnis dan kebiasaan-kebiasaan terkait dengan etnis yang dapat berdampak pada masalah kesehatan. Kebiasaan terkait dengan etnis yang dapat berpengaruh terhadap masalah hipertensi pada lansia yaitu gaya hidup. Gaya hidup pada lansia terkait etnis yang perlu dikaji adalah beberapa faktor resiko hipertensi yaitu diet tinggi natrium yang dapat meningkatkan retensi air, sehingga meningkatkan volume darah dan diet tinggi lemak yang dapat meningkatkan resiko aterosklerosis sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah Smeltzer dan Bare (2002).

Gaya hidup terkait pola makan pada etnis tertentu dapat mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan. Yenni (2011) menjelaskan lansia yang menderita hipertensi bersuku Minang lebih mudah terjadi stroke dibandingkan dengan lansia yang bukan Minang. Hal ini disebabkan karena lansia bersuku Minang memiliki kebiasaan makan makanan yang mengandung tinggi lemak.



#### 2.3.1.4 Nilai dan Keyakinan

Setiap etnis memiliki nilai, keyakinan atau kepercayaan dan praktik atau kegiatan keagamaan yang berbeda yang akan berinteraksi dengan setiap sistem yang ada di masyarakat sehingga akan mempengaruhi kesehatan warganya. Setiap komunitas bersifat unik dengan nilai, keyakinan, dan praktik keagamaan yang mengakar pada tradisi dan secara kontinu berkembang serta tetap eksis karena memenuhi kebutuhan masyarakat (Anderson & McFarlane, 2011).

Nilai dan keyakinan atau kepercayaan serta praktik kegiatan keagamaan merupakan salah satu sumber dukungan yang dapat mempengaruhi status kesehatan lansia. Hasil penelitian Nuraeni (2013) dukungan spiritual berpengaruh terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Secara umum pengkajian yang diidentifikasi adalah agama yang dianut oleh lansia dan aktivitas keagamaan yang diikuti oleh lansia.

**Pengkajian Subsistem** terdiri dari lingkungan fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, komunikasi, pendidikan dan rekreasi yang dijelaskan sebagai berikut:

#### 2.3.1.5 Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik yang dikaji menurut Anderson dan McFarlane (2011) adalah bagaimana keadaan masyarakat, anggota masyarakat, struktur yang dibuat masyarakat, bagaimana kualitas tumbuh-tumbuhan, perumahan, pembatasan daerah, jarak, daerah penghijauan, binatang peliharaan, keindahan alam, air, iklim, apakah terdapat peta daerah, berapa luas daerah. Lingkungan rumah yang dihuni oleh lansia dan lingkungan yang ada di sekitar tempat tinggal. Pengkajian lingkungan rumah yang perlu diidentifikasi pada kelompok lansia ialah situasi tempat tinggal lansia yang dapat mempengaruhi masalah hipertensi seperti tingkat kepadatan penduduk, tingkat kebisingan di sekitar rumah, suasana rumah yang kondusif.

### **2.3.1.6 Pelayanan Kesehatan dan Sosial**

Pelayanan kesehatan dan sosial yang perlu diidentifikasi meliputi tempat pelayanan kesehatan dan sosial, pelayanan yang diberikan (tarif, waktu, rencana pelayanan baru), sumber (tenaga, tempat, biaya dan sistem pencatatan), karakteristik pengguna (distribusi geografik, profil demografik, dan transportasi), statistik (jumlah pengguna yang dilayani setiap hari, setiap minggu, dan setiap bulan), kesesuaian, keterjangkauan, dan penerimaan fasilitas menurut pengguna maupun pemberi pelayanan (Anderson & McFarlane, 2011).

Pelayanan kesehatan dan sosial yang perlu diidentifikasi pada kelompok lansia dengan hipertensi adalah fasilitas kesehatan yang dapat mengakomodasi masalah kesehatan pada lansia khususnya hipertensi seperti posyandu lansia atau posbindu pada tingkat wilayah atau RW dan puskesmas. Pengkajian lainnya adalah fasilitas kesehatan yang digunakan oleh lansia, angka kunjungan lansia dengan hipertensi ke pelayanan kesehatan, sumber pembiayaan pelayanan kesehatan untuk lansia, jenis pelayanan sosial yang ada di masyarakat yang digunakan oleh lansia dan bagaimana lansia mengaksesnya, apakah terdapat posbindu, apa saja kegiatan sosial yang ada di komunitas bagi lansia.

### **2.3.1.7 Ekonomi**

Pengkajian subsistem ekonomi meliputi barang dan jasa yang disediakan untuk komunitas termasuk biaya dan tunjangan dalam meningkatkan alokasi sumber biaya. Pengkajian ekonomi ini terdiri dari karakteristik finansial rumah tangga yang meliputi penghasilan keluarga, prosentase keluarga prasejahtera, keluarga yang mendapatkan bantuan publik, dan keluarga yang dikepalai perempuan, biaya bulanan atau pengeluaran keluarga perbulan. Karakteristik tenaga kerja yang perlu diidentifikasi adalah status kepegawaian, kategori pekerjaan, dan angka pengangguran. Prosentase rumah tangga prasejahtera dan angka pengangguran merupakan dua indikator utama ekonomi masyarakat. Selain karakteristik rumah tangga dan tenaga kerja perlu diobservasi apakah daerah tersebut merupakan komunitas berkembang atau miskin, apakah terdapat industri, pertokoan, lapangan kerja, kemana warga masyarakat berbelanja (Anderson & McFarlane, 2011).

Status sosial ekonomi lansia sangat mempengaruhi terhadap kesehatan lansia, dimana lansia yang memiliki sumber finansial yang adekuat merupakan lansia yang mudah untuk mendapatkan akses yang terkait dengan kesehatan seperti tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan dan pelayanan kesehatan. Lansia merupakan kelompok yang memiliki resiko ekonomi karena adanya perubahan ekonomi pada lansia, hal ini disebabkan lansia sudah pensiun, produktivitas dan pendapatan menurun sedangkan biaya hidup meningkat akibat meningkatnya biaya untuk perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2010).

Pengkajian ekonomi yang perlu diidentifikasi pada lansia dengan hipertensi adalah pekerjaan dan pendapatan keluarga dengan lansia. Pendapatan keluarga berpengaruh terhadap kehidupan keluarga dan anggotanya. (Teachman, 2000; Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Terdapat hubungan yang positif antara tingkat pendapatan keluarga dengan kesehatan fisik dan mental, dimana individu yang berasal dari keluarga yang ekonominya rendah cenderung mempunyai kesehatan fisik dan mental yang buruk dibandingkan dengan individu yang memiliki sosioekonomi lebih baik (Grzywacz, 2000; Ross, Mirowsky, & Goldstein, 1991; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

### **2.3.1.8 Transportasi dan Keamanan**

Pengkajian transportasi dan keamanan menurut Anderson dan McFarlan (2011) meliputi bagaimana masyarakat melakukan perjalanan, jenis transportasi apa yang digunakan, apakah terdapat transportasi umum, adakah jalur khusus untuk pejalan kaki, dan masyarakat yang memiliki keterbatasan seperti lansia. Aspek keamanan meliputi perlindungan apa saja yang terdapat dimasyarakat dan apakah warga merasa aman tinggal di wilayah tersebut. Pengkajian transportasi dan keamanan yang perlu diidentifikasi untuk lansia dengan hipertensi adalah fasilitas dan aksesibilitas transportasi yang digunakan oleh lansia dalam mencapai pelayanan kesehatan dan sosial. Serta sistem keamanan keamanan bagi lansia, keluarga dan masyarakat yang tinggal di wilayah tersebut.

### **2.3.1.9 Komunikasi**

Anderson dan McFarlane (2011) menjelaskan pengkajian komunikasi terdiri dari formal dan informal. Komunikasi formal meliputi sumber komunikasi yang terdiri dari koran (jumlah, sirkulasi, frekuensi dan lingkup berita), radio dan televisi (jumlah stasiun, komersial versus pendidikan, dan audiens), pelayanan pos, status telepon (jumlah pelanggan). Komunikasi informal meliputi sumber (papan pengumuman, poster, brosur), bagaimana warga mendapatkan informasi. Selain komunikasi formal dan informal perlu diobservasi apakah terdapat tempat khusus untuk warga berkumpul, koran apa yang terdapat di tempat penjualan koran, apakah warga memiliki TV dan radio, alat komunikasi formal dan informal apa yang ada.

Komunikasi mempengaruhi secara tidak langsung terhadap kesehatan. Sarana dan media komunikasi yang digunakan oleh masyarakat dapat menjadi suatu alat untuk mempercepat penyebaran informasi terkait dengan kesehatan. Data yang perlu diidentifikasi pada kelompok lansia adalah sarana komunikasi yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan oleh lansia dan media informasi apa yang digunakan oleh lansia.

### **2.3.1.10 Pendidikan**

Komponen pengkajian pendidikan terdiri dari status pendidikan (usia lulus sekolah, jumlah pendaftar untuk setiap jenis sekolah, bahasa yang digunakan). Sumber pendidikan yang terdiri dari pelayanan yang diberikan (pendidikan, rekreasi, komunikasi, dan kesehatan), sumber lainnya seperti staf, luas lahan, keuangan, sistem pencatatan. Karakteristik pengguna (distribusi geografik dan profil demografik), keadekuatan, keterjangkauan, dan penerimaan pendidikan oleh peserta didik dan staf (Anderson & McFarlane, 2011).

Pendidikan merupakan aspek status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan. Pendidikan penting dalam membentuk pengetahuan dan pola perilaku. Latar belakang pendidikan akan membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit (Potter & Perry, 2005). Tingkat pendidikan

mempengaruhi pengetahuan lansia dalam pengendalian hipertensi, sehingga dalam pengkajian ini perlu dikaji tingkat pendidikan lansia. Hasil penelitian Nuraeni (2013) tingkat pendidikan keluarga dan lansia memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

#### **2.3.1.11 Rekreasi**

Subsistem pengkajian rekreasi terdiri dari fasilitas rekreasi di masyarakat, dimana anak-anak bermain, apa bentuk rekreasi utama masyarakat, siapa peserta yang mengikuti rekreasi (Anderson & McFarlane, 2011). Kegiatan yang dilakukan oleh kelompok dan keluarga dengan lansia pada waktu senggang untuk meningkatkan status kesehatan berkaitan dengan masalah hipertensi. Pengkajian rekreasi ini perlu diidentifikasi mengenai jenis rekreasi yang ada di masyarakat, jenis rekreasi yang dilakukan oleh lansia, frekuensi lansia dalam berekreasi, dan penggunaan waktu senggang lansia.

#### **2.3.1.12 Pengkajian Persepsi**

Selain pengkajian inti dan subsistem perlu juga dilakukan pengkajian mengenai persepsi masyarakat terkait masalah kesehatan yang terjadi. Pengkajian persepsi yang perlu diidentifikasi meliputi persepsi penduduk atau warga masyarakat dan persepsi perawat. Persepsi penduduk meliputi bagaimana perasaan warga terhadap masyarakat, kekuatan masyarakat, masalah yang terjadi di masyarakat. Pengkajian bisa dilakukan dengan kelompok seperti kelompok lansia, remaja, pekerja lapangan, pekerja pabrik, profesional, ibu rumah tangga, dan pemuka agama. Persepsi perawat terdiri dari pernyataan umum tentang kesehatan masyarakat setempat, kekuatan masyarakat, masalah dan potensial masalah yang akan diidentifikasi oleh perawat (Anderson & McFarlane, 2011).

**Pengkajian persepsi** yang perlu diidentifikasi adalah bagaimana persepsi lansia tentang masalah kesehatan hipertensi yang meliputi pengetahuan tentang hipertensi, sikap dan perilaku lansia dalam pengendalian atau perawatan hipertensi. Persepsi penduduk mengenai pengetahuan masalah kesehatan khususnya hipertensi dapat meliputi persepsi mengenai batasan hipertensi bagi

lansia yaitu peningkatan tekanan darah sistolik (lebih dari 140 mmHg) tetapi tidak disertai dengan peningkatan tekanan darah diastolik (kurang dari 90 mmHg) (Lueckenotte, 2000). Klasifikasi hipertensi pada lansia termasuk hipertensi sistolik terisolasi karena hanya tekanan sistolik yang terjadi peningkatan sedangkan diastolik tidak terjadi peningkatan atau masih dalam batas normal.

Faktor risiko atau penyebab terjadinya hipertensi pada lansia yaitu usia, berkaitan dengan proses penuaan yang ditandai dengan perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah, dan hormon. Faktor genetik yaitu seorang individu mempunyai resiko meningkat bila ada anggota keluarga yang juga menderita hipertensi. Hasil penelitian 70 – 80% kasus hipertensi dapat disebabkan karena adanya faktor genetik yaitu apabila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya (Anggraini, Waren, Situmorang, Asputra, Siahaan, 2009; Davidson, dalam Dirjen P2PL, 2006; Tjokronegoro, 2004).

Faktor risiko berikutnya adalah perilaku merokok, dimana kandungan nikotin membuat pembuluh darah vasokonstriksi. Obesitas yaitu berkaitan dengan peningkatan volume darah. Diet tinggi natrium dapat meningkatkan retensi air, sehingga meningkatkan volume darah, peningkatan serum kolesterol yang dapat menimbulkan atherosklerosis dan penyempitan pembuluh darah. Minum minuman yang mengandung alkohol dapat mengakibatkan peningkatan katekolamin plasma yang menimbulkan konstriksi pembuluh darah. Stress emosional berdampak pada stimulasi sistem saraf simpatis yang menyebabkan konstriksi pembuluh darah dan gaya hidup seperti kurang olah raga atau aktivitas menyebabkan peningkatan tekanan darah (Miller, 2012; Smeltzer & Bare, 2002):

Tanda dan gejala hipertensi yang meliputi sakit kepala, rasa berat pada tengkuk, palpitasi, kelelahan, epistaksis, telinga berdenging dan kesulitan tidur (Udjianti, 2010). Hipertensi jika tidak diatasi maka dapat menimbulkan komplikasi lebih lanjut. Komplikasi menurut Tjokronegoro (2004) yaitu apabila penderita

hipertensi tidak ditangani segera, maka akan menimbulkan retinopati (edema pada pupil), penyakit jantung (penyakit jantung koroner), nefrosklerosis (perubahan fungsi pada ginjal) dan serebrovaskuler (stroke).

Pengendalian hipertensi dilakukan dengan cara melakukan modifikasi gaya hidup yaitu mengurangi berat badan, mengurangi konsumsi garam dalam diet, mengurangi konsumsi alkohol, meningkatkan latihan/ aktivitas olahraga serta manajemen stres (Mauk, 2010; Matteson & McConnell, 1988, Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006).

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan Komunitas**

Tahap kedua dari asuhan keperawatan adalah merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan dibuat setelah dilakukan pengkajian dan analisis data yang mengancam masyarakat dan reaksi yang timbul pada masyarakat. Hasil analisis tersebut kemudian disusun diagnosa keperawatan yang mengandung tiga komponen yaitu yang pertama menggambarkan masalah kesehatan, respon, atau situasi yang terdapat di dalam masyarakat. Yang kedua mengidentifikasi etiologi yang berkaitan dengan masalah, dan yang ketiga ialah *sign* atau *symptom* yang merupakan karakteristik masalah (Anderson & McFarlane, 2011)

### **2.3.3 Perencanaan**

Perencanaan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan merupakan tindakan menetapkan rencana tindakan untuk membantu masyarakat dalam upaya promotif, preventif primer, sekunder, dan tersier. Tahapan dalam kegiatan perencanaan program menurut Dignan & Carr (1992) dalam Ervin (2002) terdiri dari membentuk tim perencanaan, menentukan tujuan umum yang ingin dicapai, menentukan tujuan khusus, mengidentifikasi sumber daya dan kelemahan yang dimiliki, memilih metode atau kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Penetapan tujuan dan sasaran kegiatan untuk mengatasi masalah disesuaikan dengan diagnosa keperawatan. Dalam menentukan rencana pelaksanaan kegiatan maka ada dua faktor yang mempengaruhi dan

dipertimbangkan dalam menyusun rencana tersebut yaitu sifat masalah dan sumber atau potensi masyarakat seperti dana, sarana, tenaga yang tersedia.

Strategi intervensi keperawatan menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) terdiri dari pendidikan kesehatan, pemberdayaan, proses kelompok, dan kemitraan. **Pendidikan kesehatan** adalah proses perubahan perilaku yang dinamis yang mencakup dimensi dan kegiatan-kegiatan intelektual, psikologi, dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga, dan masyarakat (Maulana, 2009). Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya mengkaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007).

Strategi ini efektif untuk mengatasi masalah hipertensi dibuktikan dengan hasil penelitian Hacıhasanoglu dan Gozum (2011) bahwa pengaruh pendidikan kesehatan, manajemen stres dan monitoring tekanan darah di rumah yang dilakukan oleh tenaga kesehatan memiliki hubungan yang bermakna dalam menurunkan tekanan darah setelah dilakukan intervensi 6 kali intervensi. Studi penelitian lain yang dilakukan di Cina oleh Zuxun, dkk (2012) menyatakan intervensi pendidikan kesehatan disertai dengan dukungan keluarga dan *self management* efektif dalam meningkatkan perawatan hipertensi ditandai dengan terjadinya penurunan tekanan darah sistolik 6,9 mmHg dan diastolik 3,8 mmHg.

Tujuan pendidikan kesehatan menurut Friedman, Bowden dan Jones (2010) adalah (1) Memberikan informasi sehingga klien dapat membuat keputusan terkait dengan kesehatan dan penyakit. (2) Membantu klien berperan serta secara efektif dalam perawatan. (3) Membantu klien beradaptasi dengan kenyataan penyakit dan



pengobatannya, perjalanan dan prognosis penyakit, dan (4) Membantu klien dalam mencapai kepuasan bahwa upaya mereka dapat meningkatkan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku masyarakat ke arah perilaku sehat sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, untuk mewujudkannya, perubahan perilaku yang diharapkan setelah menerima pendidikan tidak dapat terjadi sekaligus. Oleh karena itu, pencapaian target penyuluhan dibagi menjadi tujuan jangka pendek yaitu tercapainya perubahan pengetahuan, tujuan jangka menengah hasil yang diharapkan adalah adanya peningkatan pengertian, sikap, dan keterampilan yang akan mengubah perilaku ke arah perilaku sehat, dan tujuan jangka panjang adalah dapat menjalankan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-harinya (Notoatmodjo, 2007).

**Pemberdayaan masyarakat** merupakan salah satu pendekatan yang telah terbukti sebagai strategi untuk memecahkan masalah yang terjadi di masyarakat, melalui proses pemberdayaan ini masyarakat mampu menggunakan kekuatan untuk bertindak secara efektif dalam mengubah kehidupan dan lingkungan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat merupakan proses meningkatkan partisipasi seseorang, organisasi, dan masyarakat untuk meningkatkan kontrol individu dan masyarakat, meningkatkan kualitas hidup, dan keadilan sosial (Kasmel & Andersen, 2011).

Empat domain pemberdayaan masyarakat yang telah diaplikasikan di Rapla Estonia (2011) terdiri dari (1) aktifasi atau partisipasi masyarakat yaitu aktifitas untuk mendukung anggota masyarakat agar berpartisipasi dalam proses pemecahan masalah. (2) Kompetensi masyarakat dalam mengatasi masalah yang ada diantara masyarakat yaitu dengan melatih masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dan meningkatkan pengetahuan dalam mengatasi masalah. (3) Program manajemen keterampilan dalam mengatasi masalah yaitu mengajarkan masyarakat mengenai keterampilan mengidentifikasi, memecahkan dan mengelola masalah yang terjadi serta (4) Menciptakan lingkungan yang supportif yaitu

dengan melatih masyarakat keterampilan bernegosiasi, advokasi untuk support politik dan sumber finansial (Kasmel & Andersen, 2011).

Komponen dasar dari pemberdayaan masyarakat adalah partisipasi dari masyarakat (Sardu, Mereu, Sotgiu, & Contu, 2011). Partisipasi masyarakat merupakan proses sosial yang melibatkan orang-orang dari daerah geografis tertentu yang berbagi nilai-nilai bersama dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka. Komponen penting dari partisipasi masyarakat meliputi kerangka kerja untuk mendefinisikan masyarakat, membagi kesadaran di antara anggota masyarakat, dan mekanisme untuk memobilisasi masyarakat untuk mengenal kebutuhannya dan mengembangkan budaya partisipasi.

Melalui pemberdayaan, perawat komunitas mampu mengaktifkan masyarakat untuk membuat keputusan dan bertindak terhadap masalah yang dipercaya sangat penting untuk kesehatan masyarakat. Pemberdayaan melalui partisipasi masyarakat memiliki unsur penting dimana perawat komunitas harus peka agar terjadi transformasi di masyarakat yaitu partisipasi sebagai proses aktif, partisipasi melibatkan pilihan dimana setiap orang memiliki kemampuan untuk membuat keputusan yang dapat mempengaruhi kehidupan mereka dan partisipasi efektif yaitu keputusan yang telah dibuat bersama diimplementasikan di masyarakat. Peran perawat dalam pemberdayaan masyarakat adalah membangun kemitraan yang efektif melalui partisipasi masyarakat (Anderson & McFarlan, 2011).

Pemberdayaan dalam pandangan Pearse dan Stiefel dalam Prijono dan Pranarka (1996) dinyatakan memiliki dua kecenderungan, yakni primer dan sekunder. Kecenderungan primer berarti proses pemberdayaan menekankan proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu menjadi lebih berdaya. Sedangkan kecenderungan sekunder melihat pemberdayaan sebagai proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihannya.

Pemberdayaan ditujukan kepada masyarakat langsung sebagai sasaran primer promosi kesehatan. Tujuannya adalah agar masyarakat memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembagunan masyarakat dalam bentuk pelatihan keterampilan. Melalui kegiatan tersebut masyarakat memiliki kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*self reliance in health*) (Notoatmojo, 2007).

Intervensi pemberdayaan pada lansia dengan hipertensi yang telah dilakukan penelitian oleh Chang, Fritschi, dan Kim (2013) selama 8 minggu efektif meliputi peningkatan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan untuk memberikan berbagai informasi yang dapat membantu pasien dalam memilih dan menggunakan sumber-sumber dalam melakukan perawatan hipertensi. Partisipasi aktif pasien dimana pasien diminta terlibat aktif dalam perkembangan proses perawatan dan membuat keputusan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan perawatan. Sosial support melalui *empowerment group discussion* dan peningkatan keterampilan untuk memberikan keterampilan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan perawatan melalui aktifitas fisik atau olahraga dan manajemen stres. Hasil penelitiannya menunjukkan hasil yang efektif dalam meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia yang ditandai dengan adanya penurunan tekanan darah setelah dilakukan intervensi.

**Proses kelompok** merupakan strategi intervensi yang dapat dilakukan di masyarakat dalam rangka membangun dukungan sosial bagi lansia (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Pembentukan kelompok ini didasari dengan minat yang sama, kebutuhan serta tujuan tertentu. Pembentukan kelompok pendukung lansia dan kelompok swabantu lansia dengan hipertensi merupakan implementasi dari strategi intervensi proses kelompok. Fungsi dari kelompok pendukung lansia hipertensi adalah meningkatkan kesehatan lansia dengan cara menciptakan lingkungan sosial yang mendukung perilaku hidup sehat dan membantu

menurunkan stres akibat kejadian hidup yang dapat mencetuskan tekanan darah tinggi (Pender, Murdaugh, Parsons, 2006).

**Kemitraan** antara anggota masyarakat dan tenaga kesehatan merupakan hal penting dalam mengambil keputusan secara kolaboratif untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman akan kebutuhan kesehatan masyarakat (Anderson & McFarlan, 2011). Kemitraan adalah hubungan atau kerja sama antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan atau memberikan manfaat. Proses Kemitraan diperlukan membangun dukungan, kolaborasi, dan koalisi sebagai suatu mekanisme peningkatan peran serta aktif masyarakat (Allender, Rector, & Warner, 2010).

Bentuk intervensi keperawatan pada lansia dengan hipertensi menggunakan model *Self Care Activity* yang direkomendasikan oleh *The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC7) terdiri dari:

#### 2.3.3.1 Mempertahankan atau menurunkan berat badan

Obesitas merupakan salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi. Upaya mempertahankan atau menurunkan tekanan darah dapat dilakukan dengan cara mengurangi kalori, konsumsi vitamin dan mineral secara adekuat, dan meningkatkan intake serat. Kombinasi modifikasi diet dan aktifitas fisik merupakan pendekatan yang sangat baik dalam menurunkan tekanan darah. Olahraga atau aktifitas fisik meningkatkan pengeluaran energi dan menurunkan berat badan dengan membakar kalori yang berlebihan. Selain itu olahraga dapat mencegah kehilangan protein otot, mineral tulang. Olahraga kombinasi modifikasi diet dengan pembatasan kalori dapat menurunkan tekanan darah (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006).

Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan penderita hipertensi yang mengalami obesitas kemudian berhasil menurunkan 3% - 9% dari berat badannya menunjukkan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik sebesar 3 mmHg. Sedangkan Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan penurunan berat badan

per kg akan menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 1,1 mmHg dan diastolik sebesar 0,9 mmHg.

### 2.3.3.2 Mengurangi konsumsi garam

Mengonsumsi lemak, kolesterol, garam secara berlebihan dapat menyebabkan penyakit hipertensi. Lansia direkomendasikan untuk mengonsumsi makanan rendah garam, lemak, dan kolesterol. Makanan lansia harus mengandung tinggi karbohidrat dan serat (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006). Lansia yang mengalami hipertensi perlu melakukan diet rendah garam. Pembatasan atau mengurangi asupan natrium (garam dapur) terbukti secara efektif dapat menurunkan tekanan darah pada 60% penderita (Agoes, 2011).

Penderita hipertensi yang menurunkan penggunaan garam dari 10 gr menjadi 5 gr per hari (2 sendok teh menjadi 1 sendok teh) dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan darah diastolik 2 mmHg (Luckson, 2010). Anjuran pengurangan garam, harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dilaksanakan sehingga anjurkan penderita untuk membatasi sampai dengan kurang dari 5 gram (1 sendok teh) per hari pada saat memasak (Dirjen P2PL, 2006). Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan penderita hipertensi yang mengurangi konsumsi garam dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan diastolik sebesar 3 mmHg. Sedangkan Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dan diastolik sebesar 2,7 mmHg pada penderita hipertensi yang mengurangi konsumsi garam.

Pendekatan diet hipertensi lainnya melalui *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) yaitu mengonsumsi makanan yang kaya akan buah, rendah lemak atau bebas lemak hewani (Agoes, 2011). Diet DASH dapat dianjurkan pada penderita hipertensi untuk membantu menurunkan tekanan darah. Pendekatan ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Harnden, Frayn dan Hondson (2009) yaitu penderita hipertensi yang melakukan diet dengan pendekatan DASH selama 30 hari yaitu dengan memperbanyak mengonsumsi

buah dan sayuran, mengonsumsi makanan rendah lemak, sereal, berbagai jenis kacang, dan meningkatkan intake makanan yang mengandung potasium, kalsium, magnesium, serat dan protein terjadi penurunan tekanan sistolik 4.6 mmHg dan tekanan diastolik 3.9 mmHg. Subramanian, dkk (2011) efek diet dengan menggunakan pendekatan DASH dan diet rendah garam menunjukkan korelasi yang positif antara diet rendah garam dengan penurunan tekanan darah.

#### 2.3.3.3 Membatasi minum alkohol

Ogihara dan Rakugi (2005) menjelaskan mengonsumsi alkohol memiliki hubungan yang positif terhadap peningkatan tekanan darah. Lansia perlu melakukan pembatasan konsumsi alkohol mengandung etanol hanya 20 – 30 gr perhari. selain itu dianjurkan untuk tidak mengonsumsi makanan yang mengandung alkohol seperti durian dan tape (Kurniawan, 2002; Tjokronegoro, 2004)

Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan penderita hipertensi yang mengurangi konsumsi alkohol rata-rata 3 – 6 gelas perhari menunjukkan penurunan tekanan darah sistolik 4 mmHg dan diastolik sebesar 2,5 mmHg. Sedangkan Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan penderita yang mengurangi minum alkohol dari 3 – 6 gelas perhari menjadi 1- 2 gelas perhari menunjukkan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 3,9 mmHg dan diastolik sebesar 2,4 mmHg.

#### 2.3.3.4 Melakukan aktifitas fisik

Olahraga atau aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30 – 45 menit sebanyak 3 atau 4 kali dalam seminggu, menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh, menurunkan tahanan perifer sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Aktivitas fisik ini sangat efektif dalam mengurangi risiko relatif hipertensi hingga mencapai 19% hingga 30%. (Tjokronegoro, 2004; Dirjen P2PL, 2006; Sugiharto, 2007; Rahajeng & Tuminah, 2009). Olahraga secara teratur dapat memperbaiki aliran darah dan membantu mengurangi frekuensi denyut jantung serta tekanan darah (Agoes, 2011).

Olahraga dengan melakukan jalan kaki 20 menit perhari dapat menurunkan tekanan sistolik dan diastolik sekitar 2 – 3 mmHg (Luckson, 2010). Olahraga seperti senam aerobik atau jalan kaki selama 30-45 menit sebanyak 3 – 4 kali dalam seminggu, dapat menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh yang dapat mengontrol tekanan darah (Depkes, 2006). Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan latihan fisik seperti aerobik dengan intensitas sedang selama 40 menit dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan diastolik sebesar 4 mmHg. Sedangkan Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan latihan fisik seperti aerobik, jalan kaki, jalan cepat dan bersepeda dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 4,9 mmHg dan diastolik sebesar 3,7 mmHg.

#### 2.3.3.5 Mengurangi merokok

Merokok dapat menambah kekakuan pembuluh darah sehingga dapat memperburuk hipertensi. Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke dalam aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, dan mengakibatkan proses artereosklerosis, dan tekanan darah tinggi (Depkes, 2006). Lochner, Ruggae, Judkins (2006) menjelaskan belum ada penelitian yang berkualitas untuk menunjukkan berapa lama dan berapa penurunan tekanan darah yang terjadi setelah mengurangi merokok.

Model intervensi lain yang digunakan oleh penulis adalah *Lifestyle Interventions* menurut Miller (2012). Intervensi ini efektif untuk mencegah penyakit kardiovaskuler seperti hipertensi. Komponen *Lifestyle Interventions* terdiri dari melakukan aktifitas fisik secara teratur, mengurangi merokok, mempertahankan berat badan ideal dan manajemen stres. Komponen intervensi model ini yang akan penulis jelaskan lebih lanjut dalam makalah ini hanya manajemen stres.

Manajemen stres merupakan salah satu faktor pengendalian hipertensi. Manajemen stres dapat dilakukan dengan berbagai teknik relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis yang dapat mengontrol sistem syaraf sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Dirjen P2PL, 2006). Relaksasi merupakan salah satu

mekanisme intrinsik untuk mengubah diameter arteri guna mempertahankan perfusi jaringan dan organ, dimana pada saat relaksasi pembuluh darah secara berangsur-angsur berdilatasi untuk mengurangi resistensi perifer ketika terjadi peningkatan tekanan darah (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011).

Hasil penelitian Subramanian, dkk (2011) terhadap penderita hipertensi di India membuktikan bahwa yoga merupakan teknik relaksasi yang sangat efektif menurunkan tekanan darah sistolik sekitar 2.36 mmHg dan diastolik sekitar 2.44 mmHg sehingga yoga direkomendasikan sebagai salah satu intervensi manajemen stres. Penelitian Dusek, dkk (2008) menunjukkan hasil bahwa kelompok penderita hipertensi yang dilakukan manajemen stres dan modifikasi gaya hidup tekanan darahnya menurun lebih dari 9 mmHg, tetapi hanya pada kelompok intervensi manajemen stres yang berhasil mempertahankan tekanan darahnya tanpa harus menggunakan obat antihipertensi. Mendhurwar dan Gadakari (2012) menjelaskan *Transedental Meditation* dapat menurunkan tekanan darah dan denyut nadi dilakukan 2 kali sehari selama 15 – 20 menit. Dickinson, Campbell, Beyer, Nicolson, Cook, Ford dan Mason (2008) menjelaskan terapi relaksasi otot progresif efektif menurunkan tekanan darah sistolik 5,5 mmHg dan diastolik 3,5 mmHg.

#### **2.3.4 Peran Perawat Komunitas**

Peran perawat dalam program pengendalian hipertensi adalah sebagai berikut:

##### **2.3.4.1. Pemberi Pelayanan Kesehatan**

Peran perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat berupa asuhan keperawatan yang komprehensif. Pemberian asuhan terdiri pencegahan primer, sekunder maupun yang tersier, baik secara langsung maupun tidak langsung meliputi aspek fisik, psikososial, perkembangan, budaya dan spiritual (Allender, Rector & Warner, 2010; Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011). Pada kegiatan pengendalian hipertensi, perawat dapat melakukan pengendalian faktor resiko pada populasi melalui penanggulangan merokok, gizi yang seimbang dan peningkatan aktifitas (Departemen Kesehatan RI, 2006).



#### 2.3.4.2. Penemu kasus

Perawat sebagai penemu kasus berperan untuk mendeteksi dan menemukan kasus serta melakukan penelusuran terjadinya penyakit. Penemuan kasus dapat dilakukan dengan mencari langsung di masyarakat atau pada saat klien berkunjung ke pelayanan kesehatan. Penemuan kasus dilakukan melalui pendekatan deteksi dini yaitu melakukan kegiatan deteksi dini terhadap faktor risiko penyakit hipertensi yang meningkat pada saat ini, dengan cara *screening* kasus (penderita). Deteksi dini dapat dilakukan di masyarakat melalui kegiatan posbindu atau di puskesmas (Departemen Kesehatan RI, 2006).

#### 2.3.4.3 Pendidik

Kozier, Erb, Berman, dan Synder (2011) menerangkan perawat pendidik berperan untuk membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu dilakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan. Perawat sebagai pendidik membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit, tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Allender, Rector dan Warner (2010) menerangkan peran perawat sebagai pendidik sangat penting dalam upaya promosi kesehatan di masyarakat. Informasi yang diberikan bisa dilakukan secara formal dan informal baik yang dilakukan pada individu atau kelompok.

Kegiatan perawat sebagai pendidik dalam pengendalian hipertensi dapat dilakukan melalui promosi kesehatan. Tujuan promosi adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular agar tidak menderita penyakit hipertensi, pencegahan dilakukan dengan menjalankan pola hidup sehat, berupa diet seimbang dengan mengurangi konsumsi lemak jenuh, garam dan memperbanyak makan sayur-dan buah-buahan, tidak merokok, perbanyak aktivitas (Departemen Kesehatan RI, 2006) .

Promosi bagi pencegahan dan penanggulangan hipertensi yang efektif bila dilakukan dalam intensitas yang memadai serta berkesinambungan dan dalam

waktu yang cukup lama, promosi dapat dilakukan dengan menggunakan media cetak dan elektronik. Tahapan dalam melakukan promosi adalah sebagai berikut (1) Menentukan materi atau isi. (2) Menyediakan bahan promosi. (3) Melakukan pelatihan kader kesehatan. (4) Menentukan sasaran promosi. (5) Jenis promosi yang dilakukan antara lain: promosi penanggulangan masalah merokok, peningkatan gizi seimbang, atau peningkatan aktivitas fisik (Departemen Kesehatan RI, 2006).

#### **2.3.4.4 Manajer**

Perawat sebagai manajer berperan dalam mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah sesuai dengan kebutuhan klien. Tugas perawat sebagai manajer adalah menilai secara langsung kebutuhan masyarakat untuk mencapai kesehatan, membuat perencanaan dan mengorganisasikan kebutuhan, melakukan pengerahan dan memimpin kegiatan untuk mencapai hasil yang diharapkan dan melakukan pengawasan serta mengevaluasi perkembangan kegiatan untuk menjamin tercapainya tujuan (Allender, Rector & Warner, 2010).

#### **2.3.4.5 Konselor**

Kozier, Erb, Berman, dan Synder (2011) menjelaskan konseling adalah proses membantu klien untuk mengenali dan menghadapi masalah-masalah psikologis dan sosial yang sangat menekan. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual, dan psikologis. Perawat sebagai konselor memberikan konsultasi terutama kepada individu sehat dengan kesulitan penyesuaian diri yang normal. Fokus konseling membantu mengembangkan sikap, perasaan, dan perilaku baru dengan mendorong klien untuk mencari perilaku alternatif, mengenali pilihan-pilihan yang tersedia, dan mengembangkan rasa pengendalian diri. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

#### **2.3.5 Implementasi**

Implementasi adalah tahapan keempat dalam proses keperawatan dimana perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah

disusun sebelumnya (Allender, Rector, & Warner, 2010). Implementasi keperawatan dilakukan dengan mempersiapkan waktu untuk menyelesaikan setiap kegiatan, menyiapkan dana yang diperlukan, bekerja sama dengan lembaga-lembaga di luar komunitas yang diperlukan, merekrut relawan masyarakat tambahan yang diperlukan untuk implementasi rencana kegiatan, dan menempatkan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Allender, Rector, & Warner, 2010). Perawat komunitas bertanggung jawab untuk melaksanakan tindakan yang telah direncanakan yang sifatnya bantuan dalam upaya mengatasi masalah-masalah yang terjadi pada kelompok lansia khususnya hipertensi, meningkatkan status kesehatan lansia, menndidik masyarakat untuk berperilaku sehat untuk terjadinya masalah hipertensi khususnya pada lansia, dan sebagai advokat masyarakat untuk sekaligus memfasilitasi kebutuhan masyarakat.

### **2.3.6 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Ervin (2002) menerangkan evaluasi keperawatan dilakukan dengan melihat hasil pencapaian dari setiap indikator hasil yang telah ditetapkan akan diukur dengan menggunakan instrumen evaluasi. Penyusunan instrumen evaluasi ini akan mengukur setiap kegiatan yang dilakukan dalam mencapai indikator hasil yang ada. Instrumen evaluasi akan mampu menilai sejauh mana pencapaian program implementasi untuk mengatasi masalah hipertensi pada lansia. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan konsep evaluasi struktur, evaluasi proses dan evaluasi hasil.

## **2.4 Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **2.4.1 Pengkajian**

Proses pengkajian keluarga merupakan proses pengumpulan informasi yang terus menerus, sistematis dengan menggunakan alat pengkajian keluarga, kemudian diklasifikasikan dan dianalisis untuk diinterpretasikan terhadap kemungkinan atau potensi terjadinya suatu masalah kesehatan. Pengkajian keluarga ini menggunakan model *Family Centered Nursing* yang meliputi lima komponen

yaitu identifikasi data sosio-budaya, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan strategi coping keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

#### **2.4.1.1 Identifikasi Sosio-Budaya**

Pengkajian data sosio-budaya meliputi orientasi budaya keluarga termasuk etnik keluarga, kelas sosial keluarga, termasuk strata kelas sosial keluarga. Pengkajian lainnya adalah kemiskinan dalam keluarga, termasuk dampak kemiskinan dalam kesehatan keluarga, status ekonomi keluarga, dan mobilitas kelas sosial keluarga. Kelas sosial dengan latar belakang etnik, berpengaruh pada kehidupan keluarga, nilai dan prioritas keluarga, pola perilaku keluarga, praktik sosialisasi, dan harapan peran keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Perbedaan kelas sosial terletak pada sumber penghasilan, terdapat hubungan yang positif antara status sosioekonomi dan kesehatan fisik serta jiwa. Individu yang berasal dari keluarga miskin cenderung memiliki kesehatan fisik dan mental yang lebih buruk dibandingkan dengan mereka yang memiliki kondisi sosioekonomi lebih baik (Grzywacz, 2000; Ross Mirowsky, & Goldstein, 1991; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007 menemukan kasus hipertensi lebih tinggi pada kelompok yang tidak bekerja. Hasil penelitian Meirina (2011) menyatakan ada hubungan antara penghasilan dengan pemenuhan gizi lansia, dimana dengan bertambahnya penghasilan keluarga maka status gizi akan semakin baik. Pengkajian data sosio-budaya pada keluarga dengan lansia hipertensi meliputi pengkajian komposisi keluarga, latar belakang budaya keluarga, etnik dan religi keluarga serta status sosioekonomi yang meliputi pekerjaan dan penghasilan.

#### **2.4.1.2 Lingkungan**

Pengkajian lingkungan keluarga berisi tentang lingkungan dan kesehatan keluarga, karakteristik lingkungan rumah meliputi: struktur rumah, keamanan rumah bahaya terhadap kesehatan, sumber-sumber dalam lingkungan rumah. Karakteristik lingkungan dan komunitas meliputi karakteristik fisik dan geografis lingkungan, karakteristik sosial dan demografi lingkungan serta lingkungan sosiopolitik (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Ketersediaan lingkungan yang

sehat dalam bentuk tempat tinggal yang memadai sangat signifikan bagi anggota keluarga karena lingkungan rumah memiliki dampak yang signifikan bagi kesehatan fisik maupun jiwa keluarga dan anggotanya. Pengaruh pemukiman terhadap aspek psikologis yaitu mempengaruhi persepsi diri dan kepuasan hidup, dampak negatifnya dapat menjadi stresor dan faktor yang dapat menyebabkan penyakit. Pemukiman dapat mempengaruhi perilaku yang dapat menyebabkan stres seperti pemukiman yang padat, situasi lingkungan yang penuh stresor, kebisingan tingkat tinggi, dan lain-lain (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

#### **2.4.1.3 Struktur Keluarga**

Pengkajian struktur keluarga menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2010) meliputi pola dan proses komunikasi keluarga, pengkajian ini meliputi pola komunikasi fungsional dalam keluarga, pola komunikasi disfungsional dalam keluarga, faktor-faktor yang mempengaruhi pola komunikasi keluarga, gangguan kesehatan yang berkaitan dengan komunikasi dalam keluarga. Karakteristik kunci keluarga yang sehat adalah komunikasi yang jelas dan kemampuan untuk saling mendengarkan. Komunikasi yang baik diperlukan untuk membina dan memelihara hubungan penuh rasa cinta dan kasih sayang. Faktor utama dalam fungsi keluarga yang sehat ketika seseorang mengalami perubahan kesehatan seperti penyakit kronik adalah adanya komunikasi yang terbuka, jujur, dan jelas dalam mengatasi pengalaman kesehatan yang menimbulkan stres (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Pengkajian struktur keluarga lainnya adalah kekuatan keluarga dan pengambilan keputusan. Secara konsep diuraikan mengenai konsep dan domain kekuatan keluarga, variabel-variabel yang mempengaruhi dinamis kekuatan keluarga, klasifikasi struktur kekuatan keluarga, kekuatan keluarga dalam kesehatan keluarga, kekuatan dinamis dan kekerasan dalam keluarga. Pengkajian peran keluarga menguraikan peran formal keluarga, peran informal keluarga, variabel-variabel yang mempengaruhi struktur peran, fungsi peran kesehatan keluarga, peran keluarga selama perubahan kesehatan. Area pengkajian struktur peran keluarga meliputi struktur peran formal keluarga, struktur peran informal keluarga

(Friedman, Bowden & Jones, 2010). Pengkajian struktur keluarga pada lansia dengan hipertensi meliputi pola komunikasi keluarga yaitu bagaimana cara berkomunikasi antar anggota keluarga, peran dari masing masing anggota keluarga, struktur kekuatan keluarga yang dapat mempengaruhi anggota keluarga untuk merubah perilaku yang berhubungan dengan pencegahan hipertensi

#### **2.4.1.4 Fungsi Keluarga**

Pengkajian fungsi keluarga terdiri dari fungsi afektif keluarga yang menguraikan tentang pentingnya fungsi afektif, komponen-komponen fungsi afektif, fungsi afektif dalam energi keluarga, fungsi afektif dalam keluarga dengan stress. Fungsi sosialisasi keluarga, menjelaskan tentang faktor-faktor yang memengaruhi, sosialisasi. Fungsi perawatan kesehatan keluarga yang menguraikan perilaku keluarga berhubungan dengan sehat-sakit, bagaimana keluarga menampilkan fungsi kesehatan, praktik-praktik perawatan kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Hasil penelitian Maulina (2013) menunjukkan ada hubungan fungsi afektif, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan pengendalian hipertensi pada lanjut usia

Area pengkajian kesehatan keluarga dengan lansia hipertensi meliputi fungsi afektif mengenai bagaimana hubungan psikososial dalam keluarga dan dukungan anggota keluarga pada lansia dengan hipertensi. Fungsi perawatan kesehatan, meliputi bagaimana perilaku kesehatan keluarga seperti praktik diet keluarga, kebiasaan istirahat tidur keluarga, aktivitas fisik dan rekreasi keluarga. Perilaku lainnya adalah praktik penggunaan obat, alkohol, merokok, dan praktik penggunaan obat.

#### **2.4.1.5 Stres dan Koping Keluarga**

Pengkajian stress, koping keluarga dan adaptasi yaitu menguraikan tentang bagaimana kemampuan koping keluarga, konsep dasar koping dan stress, strategi koping dan fase waktu stress, teori stress keluarga, stressor dan dampaknya, strategi koping keluarga, strategi koping keluarga disfungsional, factor yang mempengaruhi koping (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Area pengkajian keluarga dengan hipertensi meliputi stressor keluarga, dan strategi koping

keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi pada lansia. Strategi koping keluarga yang dikaji terdiri dari strategi koping kebersamaan keluarga, kognitif, komunikasi, dukungan sosial dan dukungan spiritual. Hasil penelitian Nuraeni (2013) menunjukkan keluarga yang menggunakan strategi koping kebersamaan keluarga, kognitif, komunikasi, dukungan sosial, dan spiritual berpengaruh positif terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan kumpulan pernyataan, uraian dari hasil wawancara, pengamatan langsung dan pengukuran dengan menunjukkan status kesehatan mulai dari potensial, resiko tinggi sampai dengan masalah yang aktual. Struktur diagnosa keperawatan keluarga meliputi problem (masalah), etiologi (penyebab), *sign* dan *symptom* (tanda dan gejala). Tipe dan komponen diagnosa keperawatan (1) Masalah keperawatan aktual; masalah ini memberikan gambaran berupa tanda dan gejala yang jelas dan mendukung bahwa masalah benar-benar telah terjadi. (2) Masalah keperawatan resiko tinggi; masalah ini sudah ditunjang dengan data-data yang akan mengarah pada timbulnya masalah kesehatan bila tidak segera ditangani. (3) Masalah keperawatan potensial atau sejahtera; status kesehatan berada pada kondisi sehat dan ingin meningkat lebih optimal.

#### **2.4.3 Perencanaan**

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan yang dibuat berdasarkan pengkajian dan diagnosis keperawatan. Dalam tahap perencanaan ini perawat terlibat dalam menyusun rencana perawatan, bekerjasama dengan keluarga, yang menetapkan intervensi dalam rangka mencapai hasil yang diharapkan. Hal ini sesuai dengan definisi perencanaan keperawatan menurut Bulechek dan Mc.Closkey (2000) dalam Friedman, Bowden dan Jones (2010) adalah setiap tindakan berdasarkan berdasarkan keputusan klinis yang dilakukan oleh perawat yang meliputi tindakan perawatan langsung dan tidak langsung yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat untuk mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan.

#### 2.4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan perawat untuk pasien dan keluarga dengan tujuan membantu pasien dan keluarga meningkatkan, mengoreksi, dan menyesuaikan kondisi fisik, emosi, psikososial, spiritual, dan lingkungan sebagai alasan mencari bantuan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Prinsip yang mendasari implementasi keperawatan keluarga antara lain: (1) Implementasi mengacu pada rencana perawatan yang dibuat. (2) Implementasi dilakukan dengan tetap memperhatikan prioritas masalah. (3) Kekuatan-kekuatan keluarga berupa financial, motifasi, dan sumber-sumber pendukung lainnya jangan diabaikan. (4) Pendokumentasian imlementasi keperawatan keluarga janganlah terlupakan dengan menyertakan tanda tangan petugas sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Implementasi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, dan perencanaan keluarga dengan memperhatikan prioritas. Implementasi yang diberikan kepada keluarga mencakup tiga domain yaitu kognitif, psikomotorik, dan afektif. Strategi intervensi dalam keperawatan keluarga mencakup pendidikan kesehatan, konseling, melakukan kontrak, manajemen kasus, kolaborasi, dan konsultasi (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

#### 2.4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan keluarga. Evaluasi merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan di rencana perawatan. Apabila setelah dilakukan evaluasi tujuan tidak tercapai maka ada beberapa kemungkinan yang perlu ditinjau kembali seperti tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan tidak tepat, dan faktor-faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Maglaya (2009) menjelaskan apabila tujuan tidak tercapai maka perlu dilakukan analisa alasan yang dapat diidentifikasi seperti keadekuatan hasil pengkajian, tujuan



umum dan tujuan khusus yang tidak realistis, sumber yang dimiliki keluarga tidak fokus pada kebutuhan yang menjadi prioritas; atau keluarga kehilangan dukungan baik internal maupun eksternal. Dengan demikian evaluasi keperawatan keluarga dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan hingga dapat menyelesaikan masalah yang terjadi di dalam keluarga

#### **2.4.6 Tingkat Kemandirian Keluarga**

Kemandirian keluarga dalam program perawatan kesehatan masyarakat menurut Departemen Kesehatan (2006) dibagi dalam empat tingkatan yaitu: (1) Keluarga mandiri tingkat pertama (KM – I) dengan kriteria yaitu menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan. (2) Keluarga mandiri tingkat kedua (KM – II) dengan kriteria yaitu menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, dan melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran. (3) Keluarga mandiri tingkat ketiga (KM – III) dengan kriteria yaitu menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, dan melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran. (4) Keluarga mandiri tingkat keempat (KM – IV) dengan kriteria yaitu menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran, dan melakukan tindakan promotif secara aktif.

## **BAB 3**

### **KERANGKA KERJA DAN PROFIL WILAYAH**

Pada bab ini akan menguraikan kerangka konsep yang menggambarkan keterkaitan antar konsep yang menjadi dasar dari pelaksanaan praktik keperawatan komunitas pada kelompok lansia dengan hipertensi. Kerangka konsep yang digunakan dalam melakukan praktik keperawatan komunitas ini merupakan integrasi dari beberapa model yaitu yaitu *Community as Partner*, *Family Centered Nursing*, dan *Self Care Activity*.

#### **3.1 Kerangka Kerja Praktik Keperawatan Komunitas**

Kerangka kerja praktik keperawatan komunitas ini menggunakan beberapa model diantaranya adalah *Community as Partner*. Model ini menekankan komunitas sebagai mitra yang memiliki 2 fokus utama yaitu fokus pada (1) komunitas sebagai mitra ditandai dengan roda pengkajian komunitas dengan menyatukan anggota masyarakat sebagai intinya, dan (2) penerapan proses keperawatan. Anderson dan Mc.Farlan (2011) menjelaskan inti roda pengkajian adalah individu yang membentuk komunitas. Inti pengkajian ini terdiri dari sejarah komunitas, demografi, etnis, nilai dan keyakinan. Masyarakat dipengaruhi subsistem yang terdiri dari lingkungan, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, transportasi dan keamanan, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, dan rekreasi. Pengkajian persepsi terdiri dari bagaimana persepsi masyarakat dan perawat tentang kesehatan masyarakat.

Model *Community as Partner* menurut Anderson dan Mc.Farlan (2011) menggambarkan masyarakat yang dikelilingi oleh tiga garis pertahanan. Garis tebal yang mengelilingi masyarakat menunjukkan garis pertahanan normal, atau tingkat kesehatan komunitas. Garis pertahanan normal meliputi berbagai ciri misalnya angka imunitas yang tinggi, mortalitas lansia akibat hipertensi yang rendah, tingkat pendapatan kelas menengah. Garis pertahanan ini juga mencakup pola coping dan kemampuan menyelesaikan masalah. Garis pertahanan fleksibel digambarkan dengan garis putus-putus yang mengelilingi masyarakat

dan garis pertahanan normal. Garis ini menunjukkan tingkat kesehatan dinamis akibat respon sementara terhadap stresor. Garis berikutnya adalah garis resistensi yang merupakan mekanisme internal yang melakukan perlawanan terhadap stresor.

Model *Family Centered Nursing* memandang keluarga sebagai sebagai unit perawatan. Komponen pengkajian berdasarkan model ini terdiri dari identifikasi data sosio-budaya, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan strategi koping keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Model lain yang digunakan adalah teori manajemen yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, personalia, pengarahan, dan pengawasan (Marquis & Huston, 2013). Model teori yang digunakan dalam inovasi MANSET HT adalah Model intervensi *Self Care Activity* untuk hipertensi yang direkomendasikan oleh *The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC7). Intervensi self care untuk penderita hipertensi berdasarkan JNC7 tersebut adalah penggunaan obat antihipertensi, mempertahankan atau menurunkan berat badan, mengurangi konsumsi garam, membatasi minum alkohol, melakukan aktifitas fisik, dan mengurangi merokok.

Integrasi model dan teori yang sudah diuraikan diatas digambarkan dalam skema kerangka kerja praktik keperawatan pada kelompok lansia dengan hipertensi pada skema 3.1 berikut ini

## Skema 3.1

### Kerangka Kerja Praktik Keperawatan pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi

#### INPUT

##### PENGKAJIAN

*CAP, FCN, Teori konsekuensi fungsional dan Manajemen*

1. **Karakteristik keluarga:** Tipe keluarga, tahap perkembangan keluarga, tugas perkembangan keluarga dengan lansia, struktur kekuasaan, struktur peran, fungsi perawatan kesehatan keluarga, strategi koping keluarga, riwayat kes keluarga, tingkat kemandirian keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2010)
  2. **Karakteristik lansia:** jenis kelamin, usia, lama tinggal di wilayah tersebut, status perkawinan, tingkat ketergantungan lansia, perubahan fisik dan mental serta faktor resiko yang terjadi pd fungsi kardiovaskuler.
  3. **Riwayat kesehatan** lansia dan keluarga, terkait penyakit Hipertensi
  4. **Statistik vital** (Mortalitas lansia, Morbiditas lansia dan UHH)
  5. **Etnis,;** Suku, budaya, Kebiasaan hidup, pola makan dan pola aktifitas, stereotype.
  6. **Nilai dan Keyakinan,** seperti: nilai-nilai keluarga, pelaksanaan kegiatan keagamaan dan keyakinan tentang kesehatan.
  7. **Lingkungan:** Kondisi rumah, sumber polusi, cuaca, stressor
  8. **Perencanaan:** Visi dan misi, Biaya, Renstra, rencana tahunan dinkes dan PKM, proses usulan: kegiatan, sarana, prasarana dan anggaran, SPM, kebijakan program terkait dan perkesmas, jenis yankes, jamkes,
  9. **Pengorganisasian:** Staf, Struktur organisasi, garis komando, tupoksi kerja dan Kerjasama lintas program dan sektoral, koordinasi,
  10. **Personalita:** Rekrutmen, seleksi, orientasi, penempatan, beban kerja, pengembangan SDM, turn over, career leader.
  11. **Pengarahan:** Supervisi : proses (perencanaan, umpan balik dan pelaporan), orang, frekuensi, pendelegasian dan sistem evaluasi.
  12. **Pengawasan:** Monev, performance appraisal, QA, Kinerja puskesmas.
  13. **Politik & pemerintahan:** Kebijakan kesehatan lansia, struktur dan program geriatric, ketersediaan fasilitas dan sarana (posyandu, pemberi pelayanan dan jenis pelayanan), ketersediaan kelompok sosial lansia, koordinasi dengan lembaga terkait, LSM, kunjungan rumah/home visit, pelaporan data kesehatan
  14. **Transportasi & keamanan:** Fasilitas, Aksesibilitas transportasi yang digunakan oleh lansia, keluarga dan masyarakat dalam mencapai yankes & yansos, sistem keamanan yg tersedia bagi lansia, keluarga & masy.
  15. **Ekonomi:** Pekerjaan, pendapatan atau pengeluaran, potensi SDA
  16. **Komunikasi:** Sumber informasi kesehatan dalam keluarga dan masyarakat, pola komunikasi keluarga dan masyarakat, komunikasi verbal/tertulis,
  17. **Edukasi:** Tingkat pendidikan, sarana pendidikan formal dan informal
  18. **Rekreasi:** Sarana rekreasi, tempat rekreasi, frekuensi dan akses sarana rekreasi, jenis dan waktu rekreasi.
  19. **Persepsi perawat dan masyarakat tentang lansia** dengan hipertensi: pengetahuan, sikap, dan tindakan, *Modeling and role modelling* : perilaku dan SDM.
- (Anderson & McFarlane, 2011; Miller, 2012; Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dan Keteknisian Medik, 2004; Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Maglaya et al., 2009; Ervin, 2002; Swanburg, 2000; Clark, 2002)

Intervensi *Self Care Activity and Life Changes* menurut JNC7

#### Proyek Inovasi "Program MANSET HT"

Masalah Diagnosis Keperawatan terkait masalah kesehatan aktual dan risiko:

1. Masalah manajemen
2. Masalah komunitas / Agregat
3. Masalah keluarga

#### PROSES

##### Pelayanan Keperawatan.

1. Perencanaan:
  - a. Sosialisasi tujuan dan sasaran kelompok
  - b. Perencanaan SDM, dana, sarana dan prasarana serta tempat
2. Pengorganisasian:
  - a. Pembentukan self help Group (kelompok lansia hipertensi)
  - b. Pembentukan Support group (Kelompok Pendukung) MANSET HT.
- c. Pengarahan :
  - a. Pelatihan /penyegaran kader
  - b. Pelatihan Kelompok pendukung tentang pengendalian hipertensi melalui program MANSET HT
- d. Pengendalian
  - a. Supervisi kunjungan keluarga
  - b. Penkes lansia dengan Hipertensi
  - c. Rujukan kasus lansia Hipertensi ke puskesmas
  - d. Monitoring dan evaluasi program

##### Askep Komunitas

1. Pendidikan kesehatan
2. Screening Hipertensi
3. Manajemen stres: terapi relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif.
4. Exercise/ latihan fisik : senam antistroke
5. Diet: modifikasi diet hipertensi
6. *Self Care Activity* melalui pengendalian hipertensi di rumah secara mandiri oleh lansia

##### Askep Keluarga

1. Mengelola keluarga binaan dengan lansia Hipertensi
2. Pendidikan kesehatan
3. Screening Hipertensi
4. Manajemen stres: terapi relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif.
5. Exercise/ latihan fisik : senam antistroke
6. Diet: modifikasi diet hipertensi
7. Konseling keluarga
8. *Self care activity* melalui pengendalian hipertensi di rumah secara mandiri oleh lansia

#### OUTPUT

##### Indikator Manajemen Pelayanan Keperawatan

1. Teridentifikasi jumlah SDM, dana, sarana dan prasarana serta tempat.
2. Terbentuknya struktur organisasi SHG/ SG
3. Tersusunnya POA kegiatan SHG/ SG
4. Pelatihan kader dilaksanakan sesuai dengan yang direncanakan
5. 80% peran serta Kader meningkat setelah pelatihan/ penyegaran
6. Peningkatan peran serta kader terhadap program MANSET HT
7. Terjadi peningkatan pengetahuan KP MANSET HT minimal 2 SD melalui pre dan post test.
8. Terjadi peningkatan sikap KP MANSET HT minimal 2 SD
9. Terjadi peningkatan tindakan/ keterampilan KP MANSET HT minimal 2 SD
10. Tersusunnya mekanisme bagan sistem rujukan masalah kesehatan

##### Indikator Askep Komunitas

1. Terjadi peningkatan pengetahuan aggregate lansia minimal 2 SD melalui pre dan post test.
2. Terjadi peningkatan sikap lansia melalui pre dan post intervensi program MANSET HT sebesar 2 SD
3. Terjadi peningkatan minimal tindakan/ perilaku melalui pre dan post intervensi MANSET HT sebesar 2 SD
4. 80% lansia mengalami peningkatan *self care activity* hipertensi post intervensi program MANSET HT.
5. 80% lansia mengalami penurunan tekanan darah minimal 10 – 20 mmHg post intervensi program MANSET HT.

##### Indikator hasil

1. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga setelah edukasi dan pemberian informasi
2. Kemandirian keluarga:
  - a. I menjadi II
  - b. II menjadi III
  - c. III menjadi IV

### 3.2 Profil Wilayah Kelurahan Curug

Kelurahan Curug merupakan salah satu kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Cimanggis Kota Depok dengan luas wilayah  $\pm 185$  Ha, dengan batas wilayah sebelah Utara adalah Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis, sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Sukatani Kecamatan Tapos, sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Sukamaju Baru Kecamatan Tapos dan sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Cisalak Kecamatan Sukmajaya (Jln. Raya Bogor). Kelurahan ini terdiri dari 11 RW terdapat diantaranya 2 RW yang merupakan kompleks perumahan yaitu RW 03 dan RW 09. Berdasarkan laporan tahunan Kelurahan tahun 2012, jumlah seluruh penduduk sebanyak 15.025 Jiwa dan penduduk berusia lanjut ( $\geq 60$  tahun) sebanyak 505 orang.

Lingkungan perumahan di wilayah ini merupakan lingkungan yang padat, dimana tiap rumah saling berdempetan atau menyambung. Sebagian besar rumah penduduk jauh dari jalan raya sehingga tidak terjadi polusi suara akibat kebisingan. Rata-rata perumahan penduduk terbuat dari beton dengan tipe permanen. Di wilayah ini tidak ada perkumpulan lansia untuk *sharing* atau berbagi pengalaman terkait masalah yang dialami lansia khususnya masalah kesehatan. Kegiatan kemasyarakatan di setiap RW yang biasa diikuti oleh lansia hanya pengajian dan arisan. Kegiatan olahraga belum menjadi program kegiatan masing-masing RW sehingga banyak lansia yang tidak melakukan olahraga.

Sebagian besar dari penduduk merupakan kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah. Transportasi yang tersedia adalah kendaraan seperti ojek motor. Hal ini menyebabkan keterbatasan lansia dalam menjangkau fasilitas kesehatan khususnya untuk wilayah RW yang letaknya jauh dari Puskesmas Cimanggis dan keterbatasan dalam biaya pengobatan karena penghasilan yang rendah. Pendidikan terakhir pada sebagian besar lansia adalah SD, termasuk pada kategori pendidikan rendah. Tingkat pendidikan lansia ini mempengaruhi bagaimana pengetahuan lansia tentang hipertensi dan pengendaliannya.

Fasilitas kesehatan yang terdapat di Kelurahan Curug diantaranya Puskesmas Kecamatan Cimanggis, praktik dokter dan bidan yang terdapat pada beberapa RW diantaranya RW 04, 06, dan 10. Selain itu terdapat posbindu di masing-masing RW yang menjadi salah satu fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau oleh lansia. Namun masih banyak lansia yang belum memeriksakan kesehatannya ke posbindu. Posbindu dilakukan sebulan sekali berupa pelayanan penimbangan dan pengukuran tekanan darah serta pengobatan bagi lansia yang membutuhkan pengobatan.

Kegiatan penyuluhan kesehatan oleh kader atau petugas kesehatan di posbindu kepada lansia tidak pernah dilakukan. Kegiatan penyuluhan kesehatan hanya dilakukan secara individu oleh petugas kesehatan hanya untuk individu yang membutuhkan pengobatan. Tidak ada pedoman pengendalian hipertensi di posbindu, sehingga kegiatan pengendalian hipertensi belum dilakukan. Hasil *windshield survey* didapatkan data tidak ada sarana atau media informasi terkait pelayanan kesehatan dan pengendalian hipertensi.

### **3.3 Intervensi Keperawatan MANSET HT**

Tahapan intervensi keperawatan melalui MANSET HT dilakukan dengan menggunakan strategi intervensi pendidikan kesehatan dan terapi keperawatan. Tahapan dari intervensi keperawatan MANSET HT terdiri dari:

#### **3.3.1 Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan merupakan tahap awal dari intervensi ini dengan tujuan memberikan informasi kepada lansia tentang hipertensi. Persyaratan peserta yang mengikuti pendidikan kesehatan ini adalah lansia yang menderita hipertensi beserta keluarganya. Persiapan yang dilakukan adalah membuat media berupa lembar balik untuk mempermudah pemberian informasi dan *leaflet* untuk dibagikan kepada peserta agar dibaca dan dipelajari kembali di rumah. Pelaksanaan pendidikan kesehatan dilakukan dengan 4 kali pertemuan. Materi pada setiap pertemuan yaitu (1) hipertensi dan perawatannya, (2) pengaturan diet, (3) aktifitas fisik, dan (4) manajemen stres. Evaluasi untuk mengetahui keberhasilan

pendidikan kesehatan dilakukan pre tes dan post test pada setiap materi yang diberikan.

### 3.3.2 Manajemen Stres

Manajemen stres merupakan upaya yang dilakukan untuk mengendalikan atau mengatasi stres yang dialami. Manajemen stres yang dilatih pertama kali adalah **relaksasi nafas dalam** dan *transcendental meditasi*. Relaksasi nafas dalam dan transcendental meditasi dilakukan selama 15 - 20 menit. Intervensi ini dilakukan sebanyak 4 kali.

Persyaratan peserta untuk mengikuti relaksasi nafas dalam dan *trancendental* meditasi adalah lansia dengan batasan usia 60 tahun lebih, mengalami hipertensi dengan tekanan darah  $\geq 140$  mmHg. Sebelum dilaksanakan intervensi ini seluruh lansia yang hadir dilakukan pengukuran tekanan darah untuk mendeteksi tekanan darah awal. Pada tahap pelaksanaan pelaksanaan relaksasi nafas dalam dan meditasi terdiri dari tahap persiapan dengan mempersiapkan klien (lansia) dan persiapan lingkungan. Persiapan klien meliputi longgarkan pakaian, tidak menggunakan sepatu atau sandal, atur posisi supaya rileks dan konsentrasi yaitu duduk atau berbaring. Persiapan lingkungan dengan mengatur lingkungan yang nyaman dan tenang, tidak ribut, tidak berbau, tidak panas, dan tidak sempit agar mudah berkonsentrasi. lebih baik disertai dengan musik.

Tahap selanjutnya tahap kerja dengan memandu lansia untuk melakukan relaksasi meditasi. Tahapan ini dilakukan dengan memastikan lansia dalam posisi tubuh secara nyaman dan rileks dengan punggung tegak. Pastikan tidak adanya ketegangan atau tekanan pada otot. Kemudian memandu lansia untuk melakukan teknik nafas dalam sehingga tubuh dalam keadaan rileks dengan cara tarik nafas melalui hidung secara perlahan, mendalam, rileks dan rasakan naiknya perut anda, tahan nafas selama 5 – 10 detik, dan keluarkan nafas perlahan dan rileks melewati mulut dan rasakan turunnya perut anda. Lakukan minimal 5 kali siklus pernafasan.

Selanjutnya memandu untuk memejamkan mata dan konsentrasi penuh untuk memusatkan perhatian pada satu pikiran yang menyenangkan dan ucapkan 2 kalimat positif dalam hati secara berulang-ulang. Kemudian diakhiri dengan melakukan teknik nafas dalam (minimal 5 kali siklus pernafasan) dan meminta untuk membuka mata. Evaluasi setelah melakukan intervensi ini dilakukan pengukuran tekanan darah kembali untuk mengetahui apakah terdapat penurunan tekanan darah setelah diberikan intervensi.

Relaksasi kedua yang dilatih adalah **relaksasi otot progresif**. Latihan relaksasi ini adalah melakukan gerakan pada otot-otot tubuh yang bertujuan untuk mengendurkan otot dan saraf. Intervensi tersebut dilakukan selama 30 menit sebanyak 4 kali intervensi. Persyaratan peserta untuk mengikuti relaksasi otot progresif adalah lansia dengan batasan usia 60 tahun lebih, mengalami hipertensi dengan tekanan darah  $\geq 140$  mmHg. Sebelum dilaksanakan intervensi ini seluruh lansia yang hadir dilakukan pengukuran tekanan darah untuk mendeteksi tekanan darah awal.

Pada pelaksanaan relaksasi otot progresif, perawat memandu lansia untuk berbaring dengan kepala ditopang bantal. Kemudian memandu untuk konsentrasi dengan meminta memejamkan mata, hilangkan semua ketegangan, jauhkan pikiran dari masalah, dan lemaskan otot-otot yang dirasakan tegang. Selanjutnya perawat memandu lansia untuk menegangkan dan merileksasikan otot-otot tubuh. Otot yang digerakkan meliputi otot pergelangan tangan, lengan bawah, siku dan lengan atas, kepala dan leher, wajah, punggung, dada dan perut serta paha dan kaki. Kemudian diakhiri dengan relaksasi nafas dalam. Evaluasi yang dilakukan setelah intervensi ini adalah melakukan pengukuran tekanan darah ulang untuk mengetahui apakah terdapat penurunan tekanan darah setelah diberikan intervensi.

### 3.3.3 Exercise

Olahraga atau aktifitas fisik yang dilakukan adalah dengan melatih senam antistroke. Intervensi ini dilakukan minimal 30 menit dengan 4 kali intervensi.



Persyaratan peserta lansia mengikuti kegiatan senam apabila hasil pengukuran tekanan darah sebelum senam diperoleh  $\leq 160/90$  mmHg. Jika tekanan darah lansia lebih dari 160/90 mmHg maka dianjurkan untuk mengikuti kegiatan relaksasi saja dan tidak diperkenankan untuk mengikuti kegiatan senam. Sebelum senam dilakuka pengukuran tekanan darah terlebih dahulu untuk mendeteksi tekanan darah awal dan untuk mendeteksi lansia yang memenuhi syarat untuk mengikuti aktifitas senam.

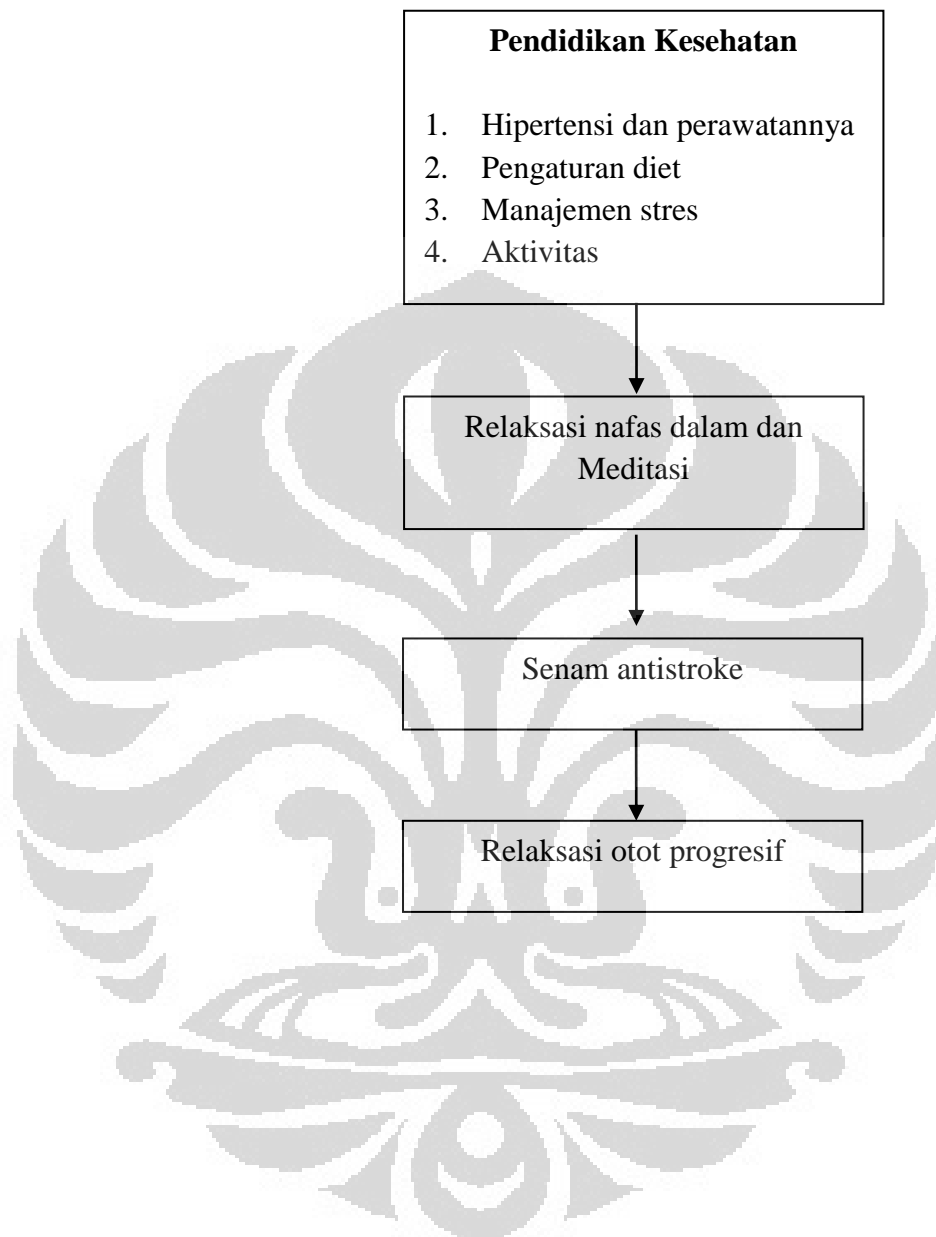
Pelaksanaan senam antistroke ini dilakukan dengan tahapan pemanasan, inti dan pendinginan. Tahapan pemanasan dilakukan selama 10 menit dengan melakukan peregangan mulai dari kepala, bahu, lengan, paha dan kaki. Gerakan inti dilakukan selama 20 menit dengan menggerakkan kepala sampai dengan pergelangan kaki. Selanjutnya adalah gerakan pendinginan yang dilakukan selama 10 menit. Setelah istirahat selama 10 menit dilakukan pengukuran tekanan darah setelah melakukan aktifitas untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada tekanan darah setelah melakukan senam.

#### **3.3.4 Pengaturan Diet**

Pengaturan diet yang dilakukan pada intervensi ini adalah setelah lansia mendapatkan pendidikan kesehatan tentang pengaturan diet hipertensi, lansia dilatih untuk memodifikasi secara mandiri di rumah. Monitoring pengaturan diet hipertensi ini dilakukan dengan menggunakan buku kegiatan pengendalian hipertensi sehingga dapat teridentifikasi lansia yang patuh dengan diet atau tidak. Buku ini di evaluasi setiap minggu pada kegiatan kelompok dan kerjasama dengan keluarga untuk memantau pengaturan diet yang dilakukan oleh lansia.

Program intervensi keperawatan MANSET HT yang telah diuraikan diatas digambarkan pada skema 3.2 dibawah ini:

Skema 3.2  
Program Intervensi Keperawatan MANSET HT



## **BAB 4**

### **PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA KELOMPOK LANSIA DI KELURAHAN CURUG**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai analisis situasi manajemen pelayanan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga pada kelompok lansia dengan hipertensi di Kelurahan Curug.

#### **4.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas**

##### **4.1.1 Analisis Situasi**

Analisis situasi manajemen pelayanan kesehatan lansia dengan hipertensi pada tatanan pelayanan kesehatan di Dinkes Kota Depok, Puskesmas Kecamatan Cimanggis dan wilayah binaan Kelurahan Curug dilakukan dengan cara mengidentifikasi lima fungsi manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, personalia, pengarahan, dan pengawasan. Adapun hasil analisis situasi dijabarkan sebagai berikut:

##### **4.1.1.1 Fungsi Perencanaan**

Visi dan misi Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2012 – 2016 mengacu kepada arahan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Depok Tahun 2012 – 2016. Visi dan misi ini sudah sesuai dengan visi dan misi Puskesmas Kecamatan Cimanggis. Visi dan misi yang dikembangkan oleh Puskesmas Cimanggis sudah mengacu pada visi Dinkes Kota Depok. Kesesuaian ini dapat terlihat pada misi meningkatkan pengembangan mutu pelayanan dan mengembangkan sumber daya manusia.

Perumusan visi dan misi sudah berjenjang dari tingkat atas sampai bawah. Dimana visi dan misi Puskesmas Cimanggis mengacu kepada Dinas Kesehatan, dan Dinas Kesehatan mengacu kepada Pemerintah Kota Depok. Hal ini menunjukkan adanya kesinergisan mulai dari Pemerintah Kota sampai Puskesmas. Kesesuaian visi dan misi antara Pemerintah Kota, Dinas Kesehatan di

tingkat Kabupaten/ Kota dengan Puskesmas yang menjadi wilayahnya akan memudahkan dalam pencapaian keberhasilan program pelayanan kesehatan.

Dinas Kesehatan Kota Depok sudah memiliki rencana strategis yang mengacu kepada visi dan misi serta kebijakan pemerintah Kota Depok. Rencana strategis ini dituangkan menjadi rencana operasional tahunan dengan tersusunnya kendali SMART *planning* dan RKA manual tahun 2013. Kendali SMART *planning* dan RKA manual ini berisi deskripsi rencana kegiatan, anggaran yang dibutuhkan, pelaksanaan dan monitoring kegiatan. Rencana strategi kegiatan program kesehatan lansia ini selain mengacu kepada visi misi Kota Depok juga mengacu kepada Komisi Daerah Lanjut Usia (Komda Lansia) (Interview dengan Penanggungjawab Program Lansia Dinkes Kota Depok, September 2013).

Rencana kegiatan yang tertulis dalam rencana operasional Dinas Kesehatan yaitu desiminasi info, pelatihan kesehatan lansia, seminar lansia, seminar DM, pengadaan sarana cetak dan alat kesehatan, serta monitoring dan evaluasi program lansia di puskesmas (dokumentasi Kendali SMART *planning* dan RKA manual tahun 2013; hasil interview dengan Penanggungjawab Program Lansia, September 2013). Penanggung jawab program lansia menambahkan bahwa program kesehatan lansia belum menjadi prioritas arah kebijakan bidang kesehatan dalam rencana strategi tahun 2011 – 2016. Hasil wawancara dengan penanggung jawab program lansia di Puskesmas Cimanggis menjelaskan puskesmas tidak memiliki rencana operasional khusus untuk program lansia. Selama ini rencana kegiatan di Puskesmas hanya menjalankan kegiatan yang sudah direncanakan oleh pihak Dinas Kesehatan.

Hasil analisis terhadap rencana strategis dan operasional diperoleh perencanaan kegiatan yang telah disusun masih secara umum, belum ada perencanaan kegiatan yang secara spesifik untuk pengendalian hipertensi. Rencana strategis dan operasional tersebut diperuntukkan bagi lansia dengan semua masalah kesehatan secara umum sehingga program pengendalian hipertensi pada lansia menjadi kurang optimal. Beberapa rencana strategis yang dicanangkan oleh Depkes (2006)

yang belum ada dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kota Depok adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam penanggulangan hipertensi dan meningkatkan kemampuan SDM dalam pencegahan dan penanggulangan hipertensi.

Proses penyusunan rencana anggaran kegiatan di Dinkes Kota Depok dilakukan oleh masing-masing penanggung jawab program setiap tahun. Rencana anggaran yang sudah dibuat akan dibahas dalam rapat anggaran di Dinas Kesehatan sebelum diajukan ke Pemerintah Kota Depok karena pembiayaan kegiatan ini menggunakan dana APBD. Penanggung jawab lansia menjelaskan bahwa anggaran yang untuk pembinaan kesehatan lansia lebih minimal dibandingkan program yang lain. Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi sendiri lebih memprioritaskan pada program gizi dengan mendapatkan anggaran lebih banyak dibandingkan dengan program lansia (Hasil interview dengan Penanggungjawab Program Lansia Dinkes Kota Depok, September 2013)

Hasil wawancara dengan, anggaran yang dibuat oleh Puskesmas mengacu pada anggaran dari Dinas Kesehatan. Dalam proses penyusunan anggaran tidak semua pemegang program mengusulkan anggaran (Interview Bendahara Puskesmas Cimanggis, Oktober 2013). Pemegang program lansia tidak memiliki rencana anggaran tersendiri karena anggaran untuk pembinaan kesehatan lansia mengacu kepada anggaran yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan.

Dukungan anggaran yang terbatas menunjukkan program kesehatan lansia bukan merupakan program prioritas sehingga dukungan pemerintah bagi kesejahteraan dan kesehatan lansia kurang optimal. Sukarna, Budiningsih, dan Riyarto (2006) menjelaskan bahwa salah satu risiko desentralisasi terhadap pembiayaan kesehatan adalah kemungkinan pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan, lebih memfokuskan pada kelengkapan infrastruktur.

#### 4.1.1.2 Pengorganisasian

Dinas kesehatan memiliki struktur organisasi dan tupoksi yang jelas. Struktur organisasi program kesehatan lanjut usia di Dinas Kesehatan yaitu Bidang Pelayanan Kesehatan Masyarakat membawahi Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi. Seksi ini membawahi tiga program diantaranya adalah Program Kesehatan Lanjut Usia (Dinas Kesehatan Kota Depok, 2013). Penanggung jawab program Kesehatan Lansia hanya satu orang sebagai penanggungjawab merangkap pelaksana program dengan kualifikasi akademik S1. Penempatan Staf pada struktur organisasi tersebut belum sesuai dengan kualifikasi program karena latar belakang pendidikan tidak sesuai dengan tugasnya. Struktur penanggung jawab program kesehatan lansia merupakan lulusan kedokteran gigi sehingga kurang tepat jika menjalankan program kesehatan lansia secara komprehensif.

Penanggungjawab program lansia mempunyai tupoksi membantu Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi dalam hal merencanakan dan menyusun kegiatan program kesehatan lansia, melaksanakan program dan kegiatan kesehatan lansia, melaksanakan pengawasan (monitoring) dan evaluasi program dan kegiatan kesehatan lansia, pencatatan dan pelaporan program dan kegiatan kesehatan lansia, menganalisa dan pengembangan kinerja dalam rangka tindak lanjut program dan kegiatan kesehatan lansia, membantu koordinasi lintas program, lintas sektoral dan organisasi profesi terkait, masyarakat serta Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), membuat dan mengetik surat tugas, membuat laporan akhir program dan kegiatan kesehatan lansia; sebagai pelaksana administrasi kegiatan seksi kesehatan lansia; sebagai pelaksana administrasi kegiatan Seksi Kesga dan Gizi, sebagai pelaksana pemeriksa barang dan jasa (Interview dengan Kepala Seksi Kesga & Gizi, September 2013, dokumen Penanggung Jawab Program Kesehatan Lansia).

Puskesmas sudah memiliki struktur organisasi dan tupoksi yang jelas. Struktur organisasi untuk pelayanan kesehatan lansia penanggung jawab program lansia di dalam gedung yang dipegang oleh seorang dokter. Tupoksinya adalah memberikan pelayanan kesehatan pada lansia yang membutuhkan pengobatan.

Struktur lainnya adalah pembina kelurahan yang dipegang oleh seorang bidan dengan tupoksi membina posyandu dan posbindu yang menjadi wilayah binaannya.

Struktur organisasi yang terdapat di Dinkes Kota Depok dan Puskesmas Cimanggis menunjukkan struktur organisasi yang formal karena setiap staf menempati posisi tertentu dalam struktur tersebut, mempunyai tanggung jawab, peran dan fungsi yang jelas, tupoksi yang jelas, serta mempunyai garis komunikasi dan garis komando yang jelas. Namun penempatan staf pada struktur organisasi belum disesuaikan dengan kualifikasi pendidikan hal ini akan berdampak pada kualitas kinerja staf.

Hasil wawancara dengan kader, belum ada organisasi masyarakat seperti perkumpulan lansia. Pembinaan terhadap lansia dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan di posbindu. Pembinaan lainnya yang dilakukan dengan membentuk struktur organisasi kelompok Bina Keluarga Lansia (BKL) yang dikelola oleh kader, namun tidak semua RW mempunyai BKL. Tupoksi kelompok BKL ini sudah jelas yaitu melakukan pendataan sasaran lansia, memberikan informasi atau penyuluhan kesehatan kepada keluarga dan lansia, memberikan pelayanan rujukan dan membuat pencatatan dan pelaporan.

Walaupun sudah ada struktur organisasi dan tuposinya namun kelompok Bina Keluarga Lansia (BKL) ini tidak pernah dilaksanakan. Kader yang merangkap sebagai Kelompok Bina Keluarga Lansia belum pernah melakukan kegiatan yang berkaitan dengan program pengendalian hipertensi pada lansia baik yang dilakukan di posbindu maupun melalui kunjungan rumah. Hal ini berdampak pada tidak optimalnya struktur organisasi untuk melakukan pengendalian hipertensi.

Proses kerjasama dan koordinasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Kerjasama lintas program dilakukan oleh penanggung jawab program lansia dengan staf lain dari struktur organisasi yang sama yaitu Seksi Kesga dan Gizi. Hal ini disebabkan karena staf pemegang program kesehatan lansia merangkap

pelaksana hanya satu orang menyebabkan beban kerja yang tinggi. Bentuk kerjasama lintas program lainnya dengan pemegang program penyakit tidak menular (PTM) untuk mengidentifikasi 10 penyakit terbanyak pada lansia Kota Depok dan jumlah penderita dari masing-masing penyakit tersebut.

Kerjasama lintas sektor dilakukan dengan Puskesmas yang menjadi wilayah binaan. Bentuk kerjasama yang dilakukan hanya bersifat koordinasi saja dalam hal mengundang peserta dan lokasi atau tempat untuk mengadakan kegiatan. Seperti kegiatan pelatihan yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Depok yang bersifat langsung kepada masyarakat. Pihak Puskesmas hanya koordinasi untuk mengumpulkan peserta baik lansia maupun kader lansia atau mengundang peserta. Pelatihnya langsung dari Dinas Kesehatan dan yang hadir hanya perwakilan dari tiap kelurahan. Kerjasama lintas sektor lainnya yaitu bekerja sama dengan perkumpulan lansia PERGERI, PERSADIA, dan LLI. (Hasil interview dengan Penanggungjawab Program Lansia Dinkes Kota Depok & Pembina Kelurahan Curug, September 2013).

Pelaksanaan kegiatan pembinaan lansia di puskesmas dilakukan oleh pembina lansia di dalam gedung dan pembina kelurahan. Namun dalam pelaksanaan kegiatan tersebut belum terdapat koordinasi yang jelas. Koordinasi hanya dilakukan untuk rujukan lansia dari posbindu jika memerlukan penanganan yang lebih lanjut di puskesmas (interview pembina kelurahan, Oktober 2013). Pelaksanaan pembinaan lansia bisa dilakukan dengan melakukan koordinasi dengan penanggung jawab perkesmas untuk melakukan follow kasus dengan melakukan kunjungan rumah, namun koordinasi ini belum dilakukan.

#### **4.1.1.3 Personalia**

Jumlah pengelola program lansia di Puskesmas Cimanggis hanya dua orang yang memberikan pelayanan kesehatan khusus untuk lansia di Poli Lansia yaitu seorang dokter umum dan perawat. Pembinaan kesehatan yang dilakukan di Puskesmas dilakukan pada lansia yang berkunjung ke puskesmas untuk mengobati keluhan yang dirasakan, dalam hal ini lebih fokus pada kuratif, sedangkan untuk



pelayanan yang bersifat promotif dan preventif di masyarakat belum dilaksanakan dengan optimal.

Pengelola program lansia di Puskesmas juga dilakukan oleh pembina kelurahan dengan jumlah untuk satu orang untuk satu kelurahan, khususnya Kelurahan Curug dikelola oleh seorang bidan (Hasil interview dengan Pembina Kelurahan Curug Puskesmas Cimanggis, Oktober 2013). Namun pada pelaksanaannya bidan pembina kelurahan bekerja sama dengan bidan praktek yang ada di wilayah Kelurahan Curug khusus di RW yang memiliki praktik bidan di wilayahnya (RT 04 dan RT 08). Perawat Puskesmas Cimanggis tidak terlibat secara langsung dalam pembinaan terhadap lansia yang terdapat di Posbindu. Sebagian besar perawat Puskesmas ditempatkan di ruang rawat dan melakukan kegiatan di dalam gedung, tidak ada yang dilibatkan untuk melakukan kegiatan di luar gedung seperti melakukan pembinaan terhadap lansia. Kegiatan di luar gedung untuk melakukan pembinaan kepada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan hanya dilakukan oleh penanggung jawab Perkesmas dan tidak melibatkan perawat lainnya.

Jumlah kader Posbindu untuk masing-masing RW yang terdapat di Kelurahan Curug bervariasi berkisar antara 4 sampai dengan 13 kader Posbindu. Kader ini sudah dibedakan antara kader Posbindu dan Posyandu namun pada pelaksanaannya tugas kader merangkap sebagai kader Posbindu dan Posyandu, hal ini karena jumlah kader yang aktif sedikit dan beberapa RW melaksanakan kegiatan Posbindu dan Posyandu pada waktu yang sama. Jumlah kader Kelurahan Curug sebanyak 58, pengurus PKK kelurahan yang merupakan kader juga sebanyak 18 orang.

Kegiatan pengembangan staf dilakukan dengan memberikan pelatihan. Kegiatan pelatihan bagi petugas di Dinkes Kota Depok pada tahun 2013, mengenai konseling kesehatan lansia yang diikuti oleh 3 orang yaitu penanggung jawab program kesehatan lansia Dinkes Kota Depok dan 2 orang perwakilan masing-

masing dari Puskesmas Rangkapan Jaya dan Harjamukti (Interview dengan Penanggungjawab Program Lansia Dinkes Kota Depok, September 2013).

Kegiatan pengembangan kader dilakukan hal yang sama yaitu melalui pelatihan. Pelatihan ini direncanakan setiap tahun oleh penanggung jawab program kesehatan kesehatan lansia namun tidak semua kader dapat mengikuti kegiatan tersebut. Kegiatan pelatihan pada bulan September 2013 yang dilaksanakan selama 2 hari hanya diikuti oleh 200 peserta, diantaranya terdapat 3 kader yang berasal dari Kelurahan Curug. Prosentase kader yang mengikuti kegiatan pelatihan ini hanya 6,6% dari seluruh kader yang aktif (3016 kader). Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak kader Posbindu yang belum mengikuti pelatihan. Materi pelatihan ini pun masih bersifat umum yaitu tentang lansia dan masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia. Belum ada kegiatan pelatihan yang khusus untuk menangani masalah kesehatan hipertensi pada lansia. Pelatihan yang dilakukan lebih berfokus pada peningkatan pengetahuan, belum ada pelatihan yang bersifat meningkatkan keterampilan dalam mencegah atau mengendalikan hipertensi seperti relaksasi, olahrag untuk lansia dan pengaturan diet hipertensi pada lansia.

Belum semua kader mendapatkan pelatihan kader baik yang diadakan oleh Puskesmas Kecamatan Cimanggis maupun Dinkes Kota Depok karena setiap pelatihan kader memiliki batas kepesertaan sehingga hanya diikuti oleh perwakilan, namun kader yang dilatih belum mampu mentransfer ilmunya kepada kader yang belum dilatih. Jumlah kader Kelurahan Curug yang mengikuti pelatihan dan seminar kesehatan lansia pada bulan September tahun 2013 yang diadakan oleh Dinkes Kota Depok hanya 3 orang (3,95%). Jumlah kader posbindu yang kurang disertai juga dengan kurangnya pemahaman kader tentang penatalaksanaan masalah kesehatan pada lansia di rumah khususnya masalah kesehatan hipertensi menyebabkan kurang optimalnya sumber daya manusia (kader) dalam pelaksanaan posbindu dan pelaksanaan program pengendalian hipertensi pada lansia dengan hipertensi.

Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan pada meja 4 (empat) posbindu dilakukan oleh seorang bidan. Pelaksanaan promosi kesehatan juga dilakukan hanya oleh Bidan karena Bidan bertindak sebagai Pembina Kelurahan (Hasil interview dengan Pembina Kelurahan Curug Puskesmas Cimanggis, Oktober 2013). Hasil observasi terhadap pelaksanaan Posbindu di Kelurahan Curug kegiatan promosi kesehatan baru dilakukan oleh bidan secara individu pada lansia yang membutuhkan pengobatan. Belum terlihat peran kader posbindu dalam melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat. Secara umum pelaksanaan posbindu di setiap RW Kelurahan Curug lebih menekankan pada pengobatan sedangkan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit khususnya hipertensi belum dilaksanakan dengan optimal.

Pendokumentasian dan pelaporan kegiatan posbindu setiap RW dilakukan oleh kader posbindu dan direkapitulasi oleh kader kelurahan pada rapat koordinasi kader di Kelurahan Curug. Pendokumentasian kegiatan posbindu yang dilaporkan pada saat rapat koordinasi hanya terbatas pada jumlah sasaran lansia dan jumlah lansia yang dibina, sedangkan jumlah penderita hipertensi hanya didokumentasikan di buku pencatatan dan pelaporan di masing-masing posbindu. Hal ini menyebabkan pencatatan dan pelaporan mengenai jumlah penderita hipertensi se-Kelurahan Curug belum terdokumentasi dengan baik.

Penanggungjawab Program Perawat Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) di Puskesmas Cimanggis ditugaskan kepada seorang perawat. Peran perkesmas yaitu melakukan kunjungan pada anggota keluarga yang mengalami masalah terkait status kesehatannya dengan memberikan penyuluhan kesehatan kepada anggota keluarga dan keluarga (Interview dengan Penanggungjawab Program Perkesmas Puskesmas Cimanggis, Oktober 2013). Namun pelaksanaan perkesmas di Puskesmas Kecamatan Cimanggis belum dilaksanakan dengan optimal karena sering bergantinya penanggung jawab perkesmas dan adanya beban ganda tugas penanggung jawab perkesmas yang sekaligus melaksanakan kegiatan pelayanan di program TB.

#### 4.1.1.4 Pengarahan

Fungsi pengarahan merupakan fungsi manajemen untuk mengarahkan pelaksanaan program dengan menggerakkan semua sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati (Muninjaya, 2004). Fungsi ini mencakup kegiatan motivasi, penilaian kinerja, pendelegasian, dan supervisi.

Kegiatan motivasi terhadap staf di Dinkes Kota Depok dilakukan saat apel pagi setiap hari sebelum memulai aktivitas. Motivasi yang diberikan di Dinkes Kota Depok berupa anjuran untuk melaksanakan program kegiatan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Pada setiap apel pagi kepala seksi selalu melaporkan jumlah staf sehingga memotivasi staf untuk hadir setiap hari. Kepala dinas juga selalu mengingatkan staf untuk meningkatkan kehadiran dan meningkatkan kinerja. Motivasi lainnya adalah setiap minggu secara bergiliran memaparkan program kerjanya kemudian diberikan beberapa pertanyaan terkait program kerja yang sudah dipaparkan, dan bagi staf yang dapat menjawab pertanyaan tersebut mendapatkan reward atas jawaban yang benar berupa *doorprize*.

Proses pendelegasian yang dilakukan jika pemegang program berhalangan hadir yaitu berkoordinasi dengan petugas lain dalam satu seksi seperti dengan program UKS atau program gizi namun pendelegasian yang dilakukan hanya secara lisan tanpa ada format pendelegasian secara tertulis (Interview dengan Penanggung jawab Program Lansia Dinkes Kota Depok, September 2013). Kondisi yang sama pun terjadi di tingkat Puskesmas yaitu dalam melakukan pendelegasian hanya dengan penyampaian lisan tanpa ada format tertulis. Proses pendelegasian juga dilaksanakan di tingkat posbindu yaitu apabila bidan pembina Kelurahan Curug berhalangan hadir pada saat kegiatan posbindu maka dilakukan koordinasi dengan praktek bidan yang ada di wilayah RW terkait.

Pelaksanaan supervisi yang dilakukan oleh penanggung jawab program kesehatan lansia Dinkes Kota Depok terhadap puskesmas dilakukan satu kali setahun dalam bentuk desiminasi info dengan jenis kegiatan menyebarluaskan informasi program kesehatan lansia yang akan dilaksanakan dalam setahun dan monitoring evaluasi

program yang sudah dilaksanakan pada tahun sebelumnya, sedangkan supervisi yang dilakukan oleh Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi dilakukan dengan mengikuti kegiatan yang dilaksanakan oleh penanggung jawab program, namun jika berhalangan maka dilakukan dengan meminta laporan kegiatan secara tertulis dari penanggung jawab program (Interview dengan Penanggungjawab Program Lansia dan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinkes Kota Depok, September 2013). Supervisi pihak puskesmas kepada kader dan masyarakat belum dilaksanakan dengan optimal karena belum adanya proses supervisi dan evaluasi terhadap kemampuan kader dalam melaksanakan posbindu 5 meja atau pun supervisi terhadap program pengendalian hipertensi pada lansia.

#### **4.1.1.5 Pengawasan**

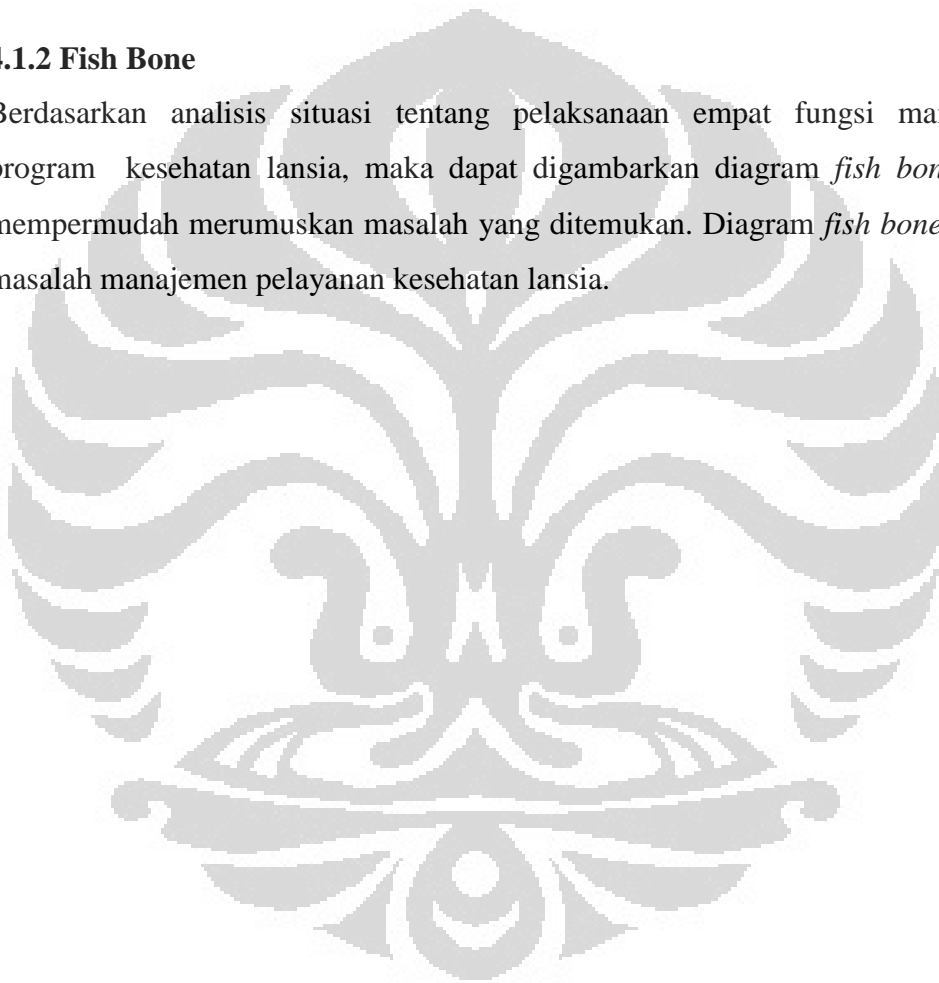
Fungsi pengawasan pada program kesehatan Lansia dilakukan oleh Penanggungjawab Program Lansia Dinkes Kota Depok dengan melakukan monitoring evaluasi sekali dalam setahun terhadap 32 puskesmas yang menjadi binaan Dinkes Kota Depok. Monitoring evaluasi dilakukan setelah seluruh kegiatan program kesehatan lansia selesai dilaksanakan yaitu dimulai pada bulan Oktober sampai akhir November. Kegiatan monitoring evaluasi merupakan evaluasi pelayanan hasil pelayanan kesehatan lansia di Posbindu yang meliputi rekap pelayanan lansia di posbindu, cakupan pelayanan, penyakit terbanyak pada lansia, strata posbindu, evaluasi hasil laporan dari puskesmas.

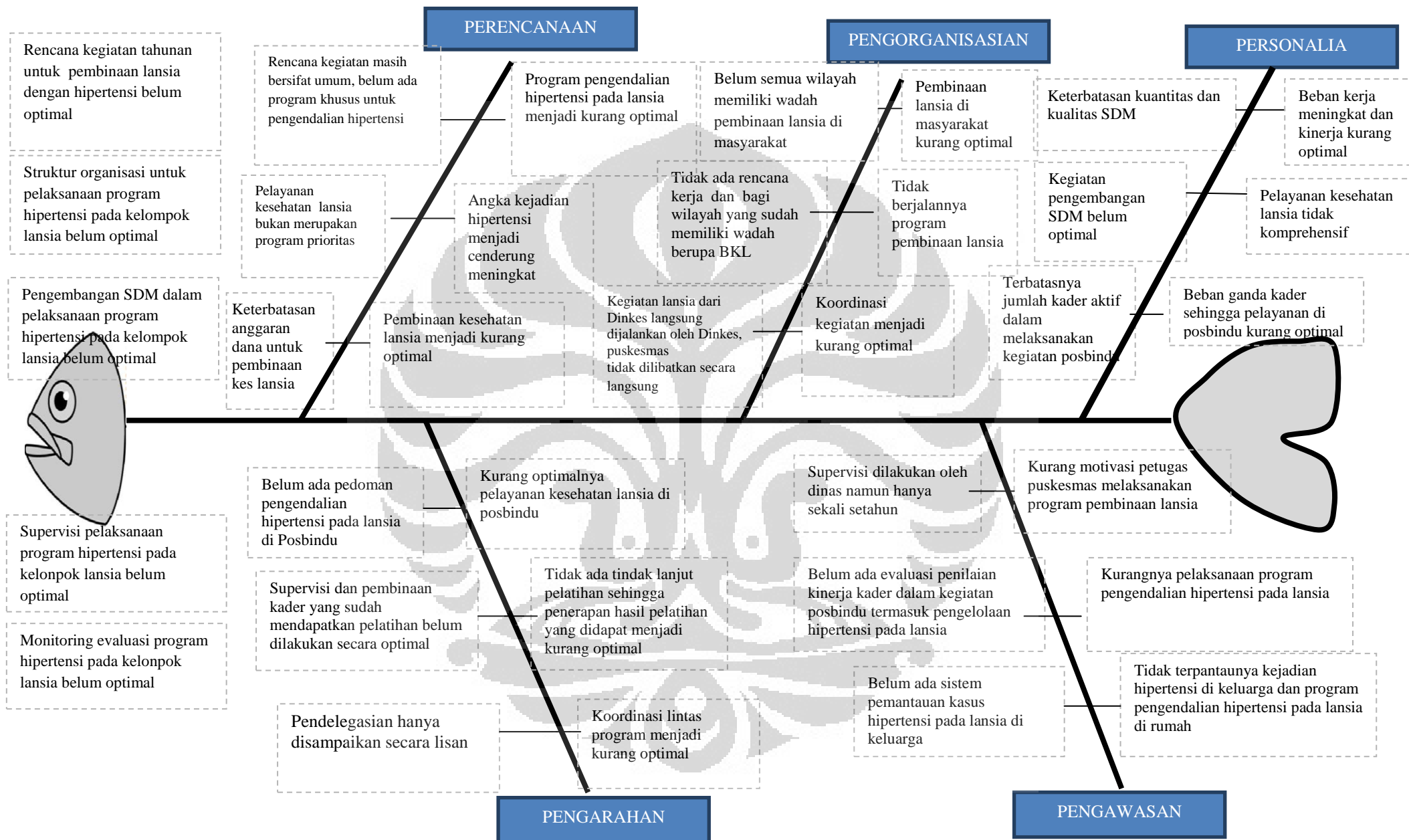
Fungsi pengawasan Dinkes Kota Depok ke puskesmas yang menjadi binaannya masih belum optimal dimana kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh pemegang program kesehatan lansia Dinkes Kota Depok hanya terbatas pada laporan lisan dan tertulis dari penanggung jawab lansia di puskesmas, sedangkan pengawasan dalam bentuk supervisi langsung ke lapangan saat suatu kegiatan sedang berlangsung tidak dilaksanakan hal ini ditandai dengan belum adanya supervisi kegiatan pembinaan lansia hipertensi baik oleh kepala puskesmas maupun oleh penanggung jawab program kesehatan lansia Dinkes Kota Depok.

Selain itu belum adanya evaluasi dari kepala puskesmas terhadap penanggung jawab program lansia di tingkat puskesmas tentang pelaksanaan kegiatan dan kinerja staf, belum ada penilaian kinerja kader dalam kegiatan posbindu termasuk pengelolaan hipertensi pada lansia, belum diterapkannya sistem pemantauan kasus hipertensi pada lansia, serta belum ada kegiatan kunjungan rumah yang dilakukan baik oleh petugas puskesmas maupun kader dalam melakukan program pengendalian hipertensi pada lansia.

#### 4.1.2 Fish Bone

Berdasarkan analisis situasi tentang pelaksanaan empat fungsi manajemen program kesehatan lansia, maka dapat digambarkan diagram *fish bone* untuk mempermudah merumuskan masalah yang ditemukan. Diagram *fish bone* tentang masalah manajemen pelayanan kesehatan lansia.





Skema 3 1. *Fish Bone* Analisis Masalah Manajemen Pelayanan Kesehatan Komunitas Pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi

#### **4.1.3 Penapisan Masalah**

Analisis dengan menggunakan diagram *fish bone* terhadap manajemen pelayanan keperawatan pada kelompok lansia dengan hipertensi teridentifikasi masalah manajemen pelayanan keperawatan komunitas pada kelompok lansia dengan hipertensi yang mencakup (1) Supervisi pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal. (2) Struktur organisasi untuk pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal. (3) Pengembangan sumber daya manusia (kader) dalam pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal. (4) Monitoring evaluasi pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal.

Keempat masalah yang ditemukan dalam fungsi manajemen pada pelaksanaan program pelayanan kesehatan lansia, selanjutnya dilakukan prioritas masalah berdasarkan kesesuaian dan kebutuhan program bagi kesehatan lansia dengan memperhatikan pentingnya masalah, perubahan positif bagi masyarakat peningkatan kualitas hidup kelompok lansia, dan prioritas masalah (Ervin, 2002). Prioritas masalah ini terlampir pada lampiran 1.

#### **4.1.4 Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas**

Diagnosa manajemen pelayanan keperawatan komunitas yang muncul berdasarkan penapisan masalah yaitu (1) Struktur organisasi untuk pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal. (2) Pengembangan sumber daya manusia (kader) dalam pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal. (3) Supervisi pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal. (4) Monitoring evaluasi pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal.

#### **4.1.5 Penyelesaian Masalah Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas**

Kegiatan manajemen pelayanan keperawatan komunitas untuk mengatasi masalah manajemen yang terjadi pada kelompok lansia dengan hipertensi di wilayah Kelurahan Curug yang terdiri dari rencana tindakan, implementasi dan evaluasi kegiatan dapat diuraikan sebagai berikut:



### **Masalah 1**

Struktur organisasi untuk pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal.

### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan struktur organisasi untuk pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia di Kelurahan Curug menjadi optimal.

### **Tujuan Khusus**

1. Terbentuknya struktur organisasi kelompok pendukung (kader) MANSET HT di Kelurahan Curug
2. Tersusunnya rencana kerja kelompok pendukung (kader) MANSET HT di Kelurahan Curug.
3. Terjadi peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap kelompok pendukung (kader) MANSET HT tentang pengendalian hipertensi pada lansia sebesar 2 standar deviasi.

### **Rencana Tindakan Keperawatan**

1. Sosialisasi pembentukan kelompok pendukung (kader) MANSET HT di Kelurahan Curug
2. Pembentukan kelompok pendukung (kader) MANSET HT i di Kelurahan Curug
3. Diskusi struktur organisasi kelompok pendukung (kader) MANSET HT dan tupoksi
4. Diskusi penyusunan program kerja kelompok pendukung (kader) MANSET HT terkait upaya pengendalian hipertensi pada lansia
5. Pelatihan kelompok pendukung mengenai pengendalian hipertensi melalui program MANSET HT.

### **Pembenaran**

Fungsi pengorganisasian diawali dengan pembentukan struktur organisasi yang selanjutnya diperlukan penetapan hubungan organisasi, prosedur pelaksanaan, perlengkapan, dan pembagian tugas. Dalam pengorganisasian diperlukan pembentukan struktur organisasi. Struktur organisasi mengacu kepada bagaimana suatu kelompok dibentuk, jalur komunikasinya, dan cara mengatur otoritas dan mengambil keputusan (Marquis & Huston, 2013). Salah satu struktur organisasi yang dapat dikembangkan di masyarakat adalah kelompok pendukung sebagai salah satu strategi intervensi pemberdayaan masyarakat.

Kelompok pendukung merupakan karakteristik intervensi dan implementasi dalam keperawatan komunitas yang berfokus pada pengembangan kreativitas dan visi melalui suatu pendekatan yang baru (Ervin, 2002). Kelompok pendukung merupakan bagian dari dukungan sosial. Pemberian dukungan sosial melalui pembentukan kelompok pendukung adalah untuk memberikan dukungan dan memfasilitasi lansia dalam melakukan pengendalian hipertensi. Suhadi (2011) menjelaskan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan sosial dari petugas kesehatan atau kader memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan sosial.

### **Pelaksanaan**

1. Pembentukan Kelompok Pendukung dan membuat struktur organisasi kelompok pendukung di RW 10 pada tanggal 29 November 2013 dan RW 04 pada tanggal 18 Maret 2014. Kegiatan pembentukan kelompok pendukung diawali dengan sosialisasi yaitu memberikan informasi tentang kelompok pendukung. Pembentukan kelompok pendukung di RW 10 dihadiri oleh Ketua RW, Ketua RT 01 – 03, dan kader RW 10, sedangkan di RW 04 hanya dihadiri oleh kader. Struktur kelompok pendukung terdiri dari ketua, sekretaris, bendahara dan anggota. Kader ditunjuk oleh Ketua RW untuk menjadi pengurus dan anggota kelompok pendukung. Setelah terbentuk kelompok pendukung dilanjutkan dengan diskusi tupoksi dan rencana kerja.

Kegiatan pembentukan kelompok pendukung diakhiri dengan adanya kesepakatan bersama mengenai tupoksi dan rencana kerja.

2. Pelatihan kelompok pendukung (kader) MANSET HT mengenai pemantauan dan pengendalian hipertensi melalui program MANSET HT di RW 10 pada 4 Desember 2013, 11 Desember 2014, dan 18 Desember 2013 yang dihadiri seluruh anggota kelompok pendukung (8 orang).
3. Pelatihan kelompok pendukung (kader) MANSET HT di RW 04 pada tanggal 25 Maret 2014 dan 4 April 2014 yang dihadiri oleh seluruh anggota kelompok pendukung (5 orang).

### Evaluasi

1. Adanya struktur organisasi yaitu kelompok pendukung (kader) MANSET HT untuk melaksanakan program pengendalian hipertensi yang terdiri dari ketua, sekretaris, bendahara dan anggota. Kelompok pendukung MANSET HT di RW 10 berjumlah 8 orang dan di RW 04 berjumlah 5 orang.
2. Tersusunnya rencana kerja kelompok pendukung MANSET HT.
3. Terlaksananya kegiatan pelatihan kelompok pendukung tentang pengendalian hipertensi melalui program MANSET HT selama 3 hari masing-masing 2 jam.
4. Hasil evaluasi pre dan post pengetahuan terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan kelompok pendukung (kader) MANSET HT meningkat dari 32,96 menjadi 38,91 dengan standar deviasi 0,765. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 5,955 sehingga didapatkan peningkatan pengetahuan signifikan sebesar  $14,95/40 \times 100 = 14,86\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S – W 0,896 untuk pre test dan 0,076 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,001 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah diberikan pelatihan.

## Rencana Tindak Lanjut

### 1. Dinas Kesehatan Kota Depok

Dinas Kesehatan Kota Depok khususnya pemegang program kesehatan lansia dapat menyusun rencana kegiatan untuk mendukung keberlanjutan kegiatan kelompok pendukung lansia dan kelompok lansia dengan hipertensi. Penanggung jawab program kesehatan lansia meningkatkan frekuensi supervisi ke puskesmas yang menjadi wilayah binaannya dalam rangka monitoring kegiatan program pengendalian hipertensi.

### 2. Puskesmas Kecamatan Cimanggis

Pihak puskesmas melakukan pembinaan, supervisi dan pendampingan terhadap kelompok pendukung lansia hipertensi untuk tetap melanjutkan kegiatan program pengendalian hipertensi pada lansia. Pihak puskesmas dalam hal ini petugas kesehatan yang berperan sebagai pembina Kelurahan Curug dapat memberikan pelatihan dan penyegaran kader tentang program pengendalian hipertensi bagi kader yang belum mendapatkan pelatihan guna menundukung keberlanjutan program inovasi MANSET HT.

### 3. Kelurahan Curug

Pihak kelurahan dan pengurus PKK atau kader kelurahan dapat memberikan motivasi pada kelompok pendukung untuk tetap melanjutkan program kerjanya dengan melakukan kegiatan minimal satu bulan sekali dan memberikan motivasi bagi RW lain untuk membentuk kelompok pendukung Manset HT. Selain itu perlu dilakukan supervisi dan pemberian reward pada wilayah RW yang aktif menjalankan program pengendalian hipertensi yang akan berdampak terhadap penurunan insiden penyakit hipertensi di wilayah Kelurahan Curug.

### 4. Kader Kesehatan

Kader kesehatan yang menjadi kelompok pendukung Manset HT dapat melakukan kegiatan pengendalian hipertensi pada lansia dengan melakukan kegiatan kelompok lansia minimal sebulan sekali, melakukan penyebaran informasi mengenai pengendalian hipertensi pada kegiatan-kegiatan kemasyarakatan yang ada di wilayahnya seperti kegiatan pengajian, arisan, dan lain-lain sehingga anggota masyarakat yang tidak mengikuti kegiatan

yang telah dilakukan oleh mahasiswa masih bisa mendapatkan informasi dari kelompok pendukung yang telah diberikan pelatihan mengenai program pengendalian hipertensi.

## **Masalah 2**

Pengembangan sumber daya manusia (kader) dalam pelaksanaan program hipertensi pada kelompok lansia belum optimal.

### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan diharapkan peran kader dalam pelaksanaan pengendalian hipertensi pada kelompok lansia di Kelurahan Curug menjadi optimal

### **Tujuan Khusus**

1. Terlaksananya kegiatan pelatihan kelompok pendukung terkait keterampilan MANSET HT
2. Terjadi peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap kelompok pendukung (kader) tentang MANSET HT sebesar 2 standar deviasi.
3. Kelompok pendukung (kader) mampu melakukan pemantauan dan pengendalian hipertensi yang telah dilakukan oleh lansia di rumah dengan menggunakan buku kerja sebanyak 50% dari anggota kelompok pendukung
4. Kelompok pendukung (kader) mampu melakukan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah sebanyak 50% dari anggota kelompok pendukung
5. Berjalannya upaya pengendalian hipertensi melalui pemberdayaan masyarakat

### **Rencana Tindakan Keperawatan**

1. Pelatihan program MANSET HT dengan mengajarkan keterampilan pada kelompok pendukung tentang relaksasi meditasi, senam antistroke dan relaksasi otot progresif.
2. Pelatihan pemantauan dan pengendalian hipertensi dengan menggunakan buku kerja

3. Lakukan pendampingan dan bimbingan pada kelompok pendukung dalam melakukan pemantauan dan pengendalian hipertensi dengan menggunakan buku kerja
4. Lakukan pendampingan dan bimbingan pada kelompok pendukung dalam melakukan penyuluhan kesehatan tentang pengendalian hipertensi di posbindu, kegiatan kelompok lansia atau kunjungan rumah.
5. Kerjasama lintas program terkait pelaporan hasil kegiatan kelompok pendukung ke Kelurahan, Puskesmas, dan Dinkes dalam pengendalian hipertensi pada lansia

### **Pembenaran**

Marquis dan Huston (2013) menjelaskan dan pelatihan merupakan komponen dalam pengembangan staf. Pelatihan adalah metode terorganisasi yang memastikan bahwa seseorang mempunyai pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakan tugas kerja. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan berdampak pada peningkatan kinerja dan produktifitas (Marquis & Huston, 2013)

Kelompok pendukung sebagai pemberi dukungan sosial bagi lansia perlu ditingkatkan keterampilannya dalam memberi dukungan sosial. Salah satu fungsi kelompok pendukung menurut Pender, Murdaugh, dan Parsons (2006) adalah mewujudkan promosi kesehatan dengan mendukung perilaku sehat. Kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktik kesehatan yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan (*Committee President of Health Education*, 1977, dalam Suliha, dkk, 2001).

### **Pelaksanaan**

1. Pelatihan program MANSET HT dengan mengajarkan keterampilan pada kelompok pendukung tentang relaksasi meditasi, senam antistroke dan

relaksasi otot progresif. Kegiatan diawali dengan demonstrasi keterampilan oleh penulis kemudian dilanjutkan redemonstrasi oleh kelompok pendukung. Kegiatan pelatihan di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2013, 19 Februari 2014 dan 26 Februari 2014. Kegiatan di RW 04 dilaksanakan pada tanggal 15 April 2014 dan 29 April 2014.

2. Pelatihan pemantauan dan pengendalian hipertensi dengan menggunakan buku kerja di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 20 Maret 2014.
3. Pendampingan Kelompok Pendukung dalam melakukan penyuluhan pada kelompok lansia di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 11 Desember 2014, 18 Desember 2013, dan 15 April 2014. Kegiatan di RW 04 dilaksanakan pada tanggal 6 Mei 2014.
4. Pendampingan kelompok pendukung melatih senam antistroke, relaksasi meditasi dan relaksasi otot progresif kepada lansia di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 10 Januari 2014, 28 Maret 2014 dan 13 Mei 2014. Pendampingan di RW 04 pada tanggal 15 April 2014, 22 April 2014, dan 13 Mei 2014.
5. Pendampingan kelompok pendukung dalam melakukan pemantauan dan pengendalian hipertensi dengan menggunakan buku kerja di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 1 April 2014, 6 Mei 2014 dan 8 Mei 2014.
6. Pendampingan kelompok pendukung melakukan kunjungan rumah untuk memberikan penyuluhan kesehatan pada lansia di RW 10 pada tanggal 4 April 2014.

### Evaluasi

1. Hasil evaluasi pre dan post pengetahuan terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan kelompok pendukung (kader) MANSET HT meningkat dari 32,96 menjadi 38,91 dengan standar deviasi 0,765. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 5,955 sehingga didapatkan peningkatan pengetahuan signifikan sebesar  $14,95/40 \times 100 = 14,86\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S – W 0,896 untuk pre test dan 0,076 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,001 dengan nilai alpha

- 0,05. Artinya terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah diberikan pelatihan.
2. Kegiatan pelatihan pemantauan dan pengendalian hipertensi dengan menggunakan buku kerja terlaksana dalam hari. Kehadiran 80% dari anggota kelompok pendukung di RW 10. Peserta pelatihan mampu mengisi buku kerja sebesar 80%.
  3. Hasil evaluasi keterampilan kelompok pendukung (kader) tentang MANSET HT adalah mampu melatih senam antistroke dan relaksasi otot progresif kepada kelompok lansia sebesar 38,46%. Untuk keterampilan relaksasi meditasi kelompok pendukung belum mampu untuk melakukan keterampilan tersebut karena kurang percaya diri untuk membimbing lansia melakukan relaksasi meditasi.
  4. Hasil evaluasi terhadap keterampilan melakukan penyuluhan kesehatan diperoleh 42,6% anggota kelompok pendukung (kader) mampu melakukan kegiatan tersebut dengan rata-rata nilai 78. Kelompok pendukung (kader) mampu melakukan pemantauan dan pengendalian hipertensi yang telah dilakukan oleh lansia melalui kunjungan rumah sebesar 42,6%.
  5. 42,6% anggota kelompok pendukung mampu melakukan pemantauan dan pengendalian hipertensi yang telah dilakukan oleh lansia melalui kunjungan rumah.

### **Rencana Tindak Lanjut**

1. Dinas Kesehatan Kota Depok  
Meningkatkan pengembangan staf dengan membuat rencana operasional tahunan berupa pelatihan bagi petugas kesehatan mengenai pengendalian hipertensi.
2. Puskesmas Kecamatan Cimanggis  
Melakukan sosialisasi mengenai program inovasi MANSET HT agar menjadi program kegiatan puskesmas. Melakukan pembinaan kelompok pendukung (kader) untuk melaksanakan program pengendalian hipertensi di posbindu. Dan meningkatkan pengembangan kader dengan melakukan pelatihan program pengendalian kader pada wilayah binaan lainnya.



### 3. Kelurahan Curug

Melakukan pembinaan kelompok pendukung (kader) untuk melaksanakan program pengendalian hipertensi di posbindu dan memberikan penghargaan terhadap kinerja kader.

### 4. Kader Kesehatan

Melakukan program pengendalian hipertensi di posbindu dan melakukan kunjungan rumah untuk memberikan penyuluhan mengenai pengendalian hipertensi bagi lansia yang baru terdeteksi hipertensi.

## 4.2 Asuhan Keperawatan Komunitas

Pada sub bab ini akan diuraikan mengenai hasil asuhan keperawatan komunitas pada kelompok lansia dengan hipertensi yang dilaksanakan di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis dengan menggunakan pendekatan model *Community As Partner* yang terdiri dari inti (*core*), 8 pengkajian subsistem dan persepsi. Pengkajian inti dilakukan untuk mendapatkan data pada kelompok lansia terdiri dari data demografi, pendidikan, pekerjaan, penghasilan. Pengkajian subsistem terdiri dari lingkungan, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, transportasi dan keamanan, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, dan rekreasi. Pengkajian persepsi terdiri dari pengetahuan, sikap, tindakan atau keterampilan keluarga lansia dalam melakukan perawatan hipertensi.

### 4.2.1 Pengumpulan Data

#### 4.2.1.1 Metode Pengumpulan Data

Metoda yang digunakan dalam pengumpulan data antara lain penyebaran angket, wawancara, *literatur review* dan *windshield survey*. Data kuantitatif diperoleh melalui penyebaran angket berupa instrumen yang berisi kuisioner tentang hipertensi pada lansia yang terdiri dari 2 jenis yaitu data umum responden dan data khusus. Data umum meliputi karakteristik keluarga dan lansia yang terdiri dari usia, jenis kelamin, suku, agama, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, penghasilan keluarga yang disisihkan untuk lansia, jumlah anggota keluarga yang merawat lansia, riwayat penyakit dalam keluarga, sarana kesehatan yang digunakan oleh lansia, jaminan kesehatan yang dimiliki oleh lansia dan keluarga,

jarak pelayanan kesehatan dan transportasi yang digunakan oleh keluarga dan lansia. Data khusus untuk kelompok lansia dengan hipertensi terdiri pengetahuan lansia tentang hipertensi dan perawatannya, sikap lansia terhadap perawatan hipertensi, dan tindakan atau perilaku kebiasaan lansia yang menjadi faktor resiko terjadinya hipertensi. Data kualitatif didapatkan melalui wawancara dengan lansia, keluarga, kader, petugas kesehatan, penanggung jawab program kesehatan lansia Dinkes Kota Depok dan Puskesmas Cimanggis melalui serangkaian tanya jawab.

*Literatur review* dilakukan dengan cara studi dokumentasi baik yang ada di Kelurahan Curug, Puskesmas Cimanggis dan Dinas Kesehatan Kota Depok dengan menggunakan pedoman literatur review yang berisikan beberapa pertanyaan terkait jumlah populasi lansia, prevalensi lansia yang mengalami hipertensi, jumlah kunjungan lansia ke fasilitas kesehatan dan posbindu, angka morbiditas dan mortalitas lansia akibat hipertensi. Selain itu pengumpulan data dilakukan dengan pencarian referensi pendukung dari hasil-hail penelitian terdahulu. Pengumpulan data melalui *winshield survey* dilakukan dengan cara mengobservasi lingkungan fisik yaitu kondisi lingkungan rumah lansia baik fisik maupun psikososial yang berpengaruh pada hipertensi, sarana pelayanan kesehatan dan sosial yang ada di masyarakat. Observasi lainnya adalah sarana komunikasi dan media komunikasi yang terdapat di masyarakat yang dapat digunakan oleh lansia terkait dengan pemberian informasi mengenai hipertensi dan pengendaliannya.

#### **4.2.1.2 Populasi dan Sampel**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang memiliki karakteristik tertentu (Notoatmodjo, 2010; Saefudin, 2011; Sastroasmoro & Ismael, 2011). Populasi pada pengumpulan data ini adalah seluruh penduduk yang berusia lanjut (lansia) yang tinggal di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok yang berjumlah jumlah 505 orang.

Sampel adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi yang diteliti yang dipilih dengan cara tertentu, memiliki karakteristik tertentu dan dianggap mewakili seluruh populasi (Burns & Grove, 2009; Saefiudin, 2011; Sastroasmoro & Ismael, 2011; Dharma, 2011). Metode pengambilan sampel dalam pengumpulan data ini adalah menggunakan *purposive random sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan secara acak, setiap subyek dalam populasi (terjangkau) mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel penelitian dan mengacu pada kriteria yang diharapkan.

Kriteria inklusi pada lansia sebagai berikut: (1) Lansia yang didiagnosis hipertensi (TD  $\geq$  140/90 mmHg). (2) Umur lansia sama atau lebih dari 60 tahun. (3) Lansia tinggal bersama keluarga. (3) Lansia dapat berkomunikasi dengan baik. (4) Bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah lansia yang sedang sakit, hidup sendiri, tidak dapat berkomunikasi dan pikun.

Pengambilan sampel lansia hipertensi dilakukan penghitungan dengan menggunakan rumus Lameshow sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

$$n = z_{\alpha}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Keterangan :

n : perkiraan jumlah sampel

z : nilai standar normal untuk alpha 10% adalah (1,65)

p : proporsi kasus hipertensi pada lansia di Depok sebesar 24,9%.

q : 1 – p

d : tingkat kesalahan yang dipilih (10%)

Hasil perhitungan sampel dengan proporsi kejadian hipertensi di wilayah Kota Depok sebesar 24,9% adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,65)^2 \times 0,249 (1 - 0,249)}{(0,1)^2} = 50,9 = 51$$

Sampel yang dipilih berdasarkan perhitungan diatas didapatkan sampel sebanyak 51 orang. Dari sampel tersebut kemungkinan ada sampel yang *drop out* (DO), *loss to follow-up*, atau subyek yang tidak taat sehingga perlu dilakukan antisipasi dengan menambahkan sejumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan menggunakan rumus koreksi besar sampel menurut Sastroasmoro dan Ismael (2011) sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

Keterangan:

$n'$  = besar sampel setelah dikoreksi

$n$  = besar sampel yang dihitung

$f$  = perkiraan proporsi *drop out*

Perhitungan besar sampel setelah dikoreksi berdasarkan rumus diatas adalah sebagai berikut:

$$n' = \frac{51}{(1 - 0,1)} = 56,67 = 57$$

Berdasarkan rumus koreksi besar sampel diatas maka jumlah sampel yang akan diambil dalam diberikan kuesioner pengkajian sebanyak 57 sampel.

#### 4.2.1.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk menganalisis permasalahan hasil pengkajian adalah data primer merupakan data yang didapatkan secara langsung dari masyarakat Kelurahan Curug dengan menggunakan alat bantu kuesioner yang telah dipersiapkan terlebih dahulu oleh mahasiswa. Data lainnya adalah diambil secara sekunder merupakan data yang didapatkan secara tidak langsung melalui Dinas Kesehatan Kota Depok, Puskesmas Cimanggis, dan Kelurahan Curug.

#### 4.2.2 Analisis Situasi

Hasil pengkajian diperoleh dari sampel lansia sebanyak 72 orang dengan kategori usia sama dengan atau lebih dari 60 tahun ( $\geq 60$  tahun). Sampel ini melebihi target dimana berdasarkan rumus sampel yang diambil seharusnya 56 lansia. Namun untuk mendapatkan data yang lebih akurat dan mendekati hasil populasi yang sebenarnya maka sampel yang diambil melebihi dari target minimal. Hasil analisis dari pengkajian ini adalah teridentifikasinya data demografi berupa karakteristik keluarga dan lansia, teridentifikasinya faktor penyebab, pengetahuan, sikap dan tindakan atau perilaku lansia dalam perawatan hipertensi sehingga dapat dirumuskan masalah asuhan keperawatan komunitas.

Hasil pengkajian karakteristik keluarga dan lansia terdiri dari usia lansia, jenis kelamin lansia, pendidikan lansia, pekerjaan lansia, penghasilan keluarga, tipe keluarga dan suku. Jumlah lansia yang mengalami hipertensi terbanyak pada kelompok usia 60 – 74 tahun (*elderly*) sebesar 83,3% dan hanya sebagian kecil lansia yang berusia lebih dari 75 – 85 tahun (*middle elderly*) sebesar 15,3% dan lebih dari 85 tahun (*old elderly*) sebesar 1,4%. Insiden hipertensi akan mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan usia, hal ini disebabkan karena adanya perubahan biologis akibat proses penuaan khususnya pada sistem kardiovaskuler yaitu serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan resistensi perifer (Stockslager & Schaeffer, 2008; Miller 2012).

Proporsi lansia berdasarkan pendidikan diperoleh sebagian besar adalah SD sebesar 52,8%, sisanya tidak sekolah sebesar 23,6%, SMA sebesar 13,9%, dan SMP sebesar 9,7%. Pendidikan merupakan serangkaian proses dalam mempengaruhi seseorang sehingga dapat menimbulkan perubahan perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah untuk menerima informasi kesehatan. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan mengalami kesulitan dalam menerima informasi kesehatan sehingga mengakibatkan perilaku perawatan menjadi kurang. Stanhope dan Lancaster (2010) menjelaskan faktor predisposisi

terkait sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi kelompok rentan salah satunya adalah pendidikan yang rendah. Keluarga dan lansia dengan pendidikan rendah memiliki kesadaran yang rendah untuk berperilaku hidup sehat dan rendahnya akses terhadap sarana pelayanan kesehatan, sehingga mempengaruhi terhadap status kesehatan keluarga. Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 kasus hipertensi lebih meningkat pada tingkat pendidikan rendah dan menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan.

Sebagian besar lansia dengan hipertensi tidak memiliki pekerjaan (62,5%). Sebagian kecil lansia sebagai pensiunan (18,1%), buruh (9,7%), pedagang (6,9%), wiraswasta (1,4%) dan pegawai swasta (1,4%). Lansia yang tidak bekerja dan memiliki penyakit kronis seperti hipertensi termasuk kedalam kelompok yang memiliki resiko ekonomi dimana tidak adanya sumber finansial yang adekuat menyebabkan lansia kurang mendapatkan akses yang terkait dengan kesehatan seperti tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan dan pelayanan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2010). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 kasus hipertensi lebih tinggi pada kelompok yang tidak bekerja.

Sebagian besar penduduk memiliki penghasilan kurang dari UMR (Rp. 2.040.000) sebesar 79,2%, hal ini menunjukkan banyak lansia berasal dari golongan ekonomi menengah ke bawah yang menyebabkan kurangnya perhatian terhadap masalah kesehatan lansia akibat alokasi biaya untuk pengobatan lansia sangat minimal, hal ini didukung dengan data bahwa masih terdapat keluarga yang tidak menyisihkan penghasilannya untuk lansia khususnya untuk perawatan kesehatan lansia sebesar 48,6%. Minimnya pendapatan/penghasilan keluarga sehingga keluarga berisiko untuk mengalami keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan dan cenderung memiliki kesehatan fisik dan mental yang kurang baik dibandingkan dengan keluarga status sosioekonomi lebih baik.

Hasil pengkajian perilaku keluarga lansia dalam pengendalian hipertensi yang terdiri dari domain pengetahuan, sikap dan tindakan atau keterampilan

diperoleh hampir setengahnya memiliki pengetahuan baik sebesar 56,9% dan sisanya sebesar 43,1% memiliki pengetahuan kurang. Hasil analisis item pertanyaan mengenai mengenai pengertian hipertensi yaitu sebesar 76,4% lansia belum mengetahui batasan hipertensi. Prosentase lansia yang tidak mengetahui faktor penyebab hipertensi karena proses penuaan (43,1%), faktor merokok (22%) alkohol (25%), faktor stres (18,1%) dan kurang olahraga (25%). Sekitar 66,7% lansia tidak mengetahui telinga berdenging merupakan salah satu gejala hipertensi. Lansia yang belum mengetahui komplikasi hipertensi adalah gagal jantung dan ginjal sebesar 51,4%, tidak mengetahui kebutaan merupakan salah satu komplikasi hipertensi sebesar 45,8%.

Lansia belum mengetahui perawatan hipertensi dapat dilakukan dengan cara berolahraga (13,9%), mengurangi bumbu penyedap seperti vetsin (30,6%), mengurangi makanan yang diawetkan (23,6%), dan relaksasi nafas dalam (34,7%). Sikap lansia terhadap masalah hipertensi sudah adekuat yaitu lansia yang memiliki sikap yang baik terhadap hipertensi dan perawatannya sebesar 52,8% tetapi masih ada lansia yang sikapnya kurang terhadap perawatan hipertensi sebanyak 47,2%. Hal tersebut akan berdampak pada terjadinya masalah yang yang serius akibat hipertensi.

Secara garis besar tindakan atau keterampilan lansia terhadap hipertensi dan perawatannya berkategori baik yaitu sebesar 52,8%. Namun masih terdapat lansia yang belum melakukan tindakan perawatan hipertensi dengan baik yaitu sebesar 47,2%. Beberapa lansia masih melakukan tindakan yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi sehingga menyebabkan risiko terjadinya peningkatan prevalensi hipertensi dan peningkatan risiko terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan lansia. Perilaku yang dapat meningkatkan kejadian hipertensi dan komplikasi diantaranya terdapat lansia yang tidak pernah kontrol ke posbindu sebesar 6,9% sehingga lansia tersebut tidak dapat memantau kesehatan khususnya tekanan darah. Sebesar 18,1% lansia tidak pernah menimbang berat badan minimal sebulan sekali hal ini menyebabkan tidak teridentifikasinya berat badan

lansia apakah terjadi kelebihan berat badan atau tidak yang merupakan salah satu faktor resiko hipertensi

Masih terdapat lansia yang belum melakukan pengaturan diet hipertensi dengan baik diantaranya hanya 15,3% yang selalu mengurangi garam pada masakan, sisanya adalah tidak pernah sebesar 8,3%, dan kadang-kadang sebesar 50%. Lansia yang selalu membatasi makan makanan yang diolah dengan menggunakan garam hanya 15,3%, sisanya tidak pernah sebesar 11,1%, dan kadang-kadang 47,2%. Masih terdapat lansia yang makan makanan yang diawetkan yaitu kategori selalu sebesar 11,1% dan sering sebesar 20,8%. Lansia yang sering mengkonsumsi makanan yang mengandung alkohol seperti tape dan durian sebesar 6,9%. Lansia sering makan makanan yang mengandung tinggi lemak sebesar 4,2%. Saat mengolah makanan lansia yang sering menggunakan bumbu yang mengandung garam atau natrium sebesar 23,6%. Sering makan makanan yang bersantan sebesar 18,1% dan sering makan mie instan sebesar 11,1%.

Tindakan pengelolaan aktifitas olahraga dan management stress pada lansia juga masih rendah ditandai dengan lansia yang selalu olahraga setiap hari hanya 8,3%, separuh lansia kadang-kadang melakukan olahraga (56,9%) dan tidak pernah melakukan olahraga sebesar 16,7%. Lansia yang selalu melakukan rekreasi hanya 2,8%, separuh lansia kadang-kadang melakukan rekreasi (50%), dan tidak pernah melakukan rekreasi sebesar 34,7%. Saat stres atau memiliki masalah hampir separuh lansia kadang-kadang bercerita kepada keluarga atau teman sebesar 51,4% dan tidak pernah bercerita sebesar 13,9%. Lansia yang selalu melakukan relaksasi seperti nafas dalam sebesar 6,9%, separuh lansia kadang-kadang melakukan relaksasi sebesar 48,6%, dan tidak pernah melakukan relaksasi sebesar 29,2%.

Hasil wawancara dengan penanggung jawab program kesehatan lansia di Dinkes Kota Depok tidak ada program khusus untuk pembinaan lansia hipertensi tetapi ada untuk seluruh masalah kesehatan atau penyakit yang sering menyertai lansia. Pembinaan kesehatan lansia dilaksanakan oleh puskesmas melalui kegiatan

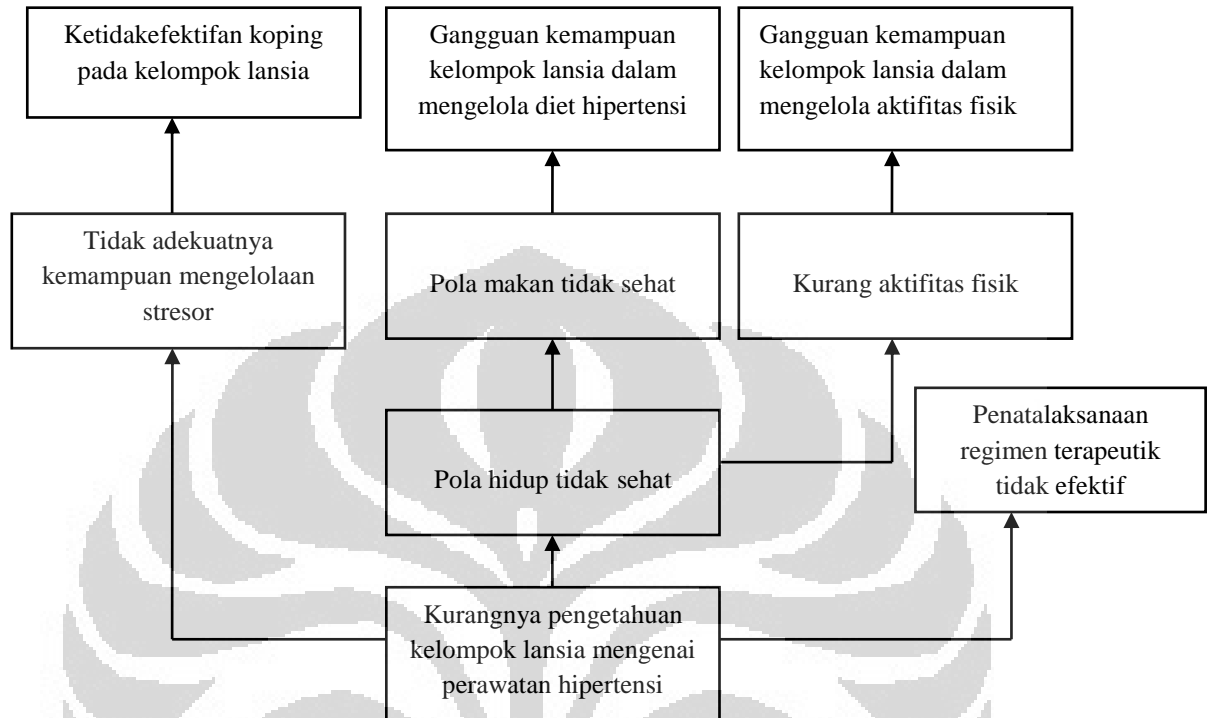


posbindu di tiap RW, Dinas Kesehatan hanya menerima laporannya. Wawancara dengan bidan pembina Kelurahan dan kader kesehatan diperoleh data bahwa penyakit hipertensi merupakan penyakit yang terbanyak yang dialami oleh lansia di Kelurahan Curug, masih banyak lansia yang tidak memeriksakan kesehatannya ke posbindu. Kegiatan posbindu dilaksanakan setiap bulan tetapi hanya berupa penimbangan berat badan dan pengukuran tekanan darah. Pendidikan kesehatan di posbindu tidak pernah dilakukan.

Hasil wawancara dengan keluarga lansia diperoleh data 8 dari 10 keluarga mengatakan penyebab hipertensinya adalah stres atau banyak pikiran. Namun keluarga tersebut mengatakan belum mengetahui apa yang dimaksud dengan relaksasi, tujuan dan bagaimana cara melakukan teknik relaksasi untuk mengatasi hipertensi. Lima keluarga binaan mengatakan tidak pernah melakukan olahraga. Di wilayah RW 10 tidak pernah ada kegiatan senam bagi lansia. Selama ini olahraga yang dilakukan oleh lansia hanya jalan kaki namun jalan kaki tersebut kurang dari 30 menit. 9 dari 10 lansia mengatakan mengetahui perawatan hipertensi harus mengurangi makan makanan yang asin seperti ikan asin, namun kadang-kadang masih makan makanan yang asin tersebut dan belum mengurangi garam dalam masakannya. 9 dari 10 lansia tersebut mengatakan makan masih seperti biasa belum melakukan pantangan makanan sesuai dengan diet hipertensi.

Alur proses terjadinya masalah keperawatan pada kelompok lansia dengan hipertensi digambarkan pada skema 4.2 dibawah ini:

Skema 4.2  
*Web of Causation* Asuhan Keperawatan Komunitas  
 pada Lansia dengan Hipertensi



#### 4.2.3 Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas dan Prioritas

Berdasarkan hasil analisis situasi terhadap data hasil pengkajian keperawatan komunitas maka dirumuskan beberapa masalah keperawatan komunitas yaitu gangguan kemampuan kelompok lansia dalam pengelola penatalaksanaan diet hipertensi (ICNP, 2013), ketidakefektifan koping (management stres) pada kelompok lansia dengan hipertensi (NANDA, 2012 – 2014) dan penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif pada kelompok lansia dengan hipertensi (NANDA, 2012 – 2014).

Sebelum menyusun rencana keperawatan maka sebelumnya dilakukan penentuan prioritas masalah untuk menentukan masalah keperawatan mana yang terlebih dahulu dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi di masyarakat. Penentuan prioritas atau penapisan masalah ini mengacu pada skala ranking dan prioritas masalah kesehatan komunitas yang dirumuskan oleh Stanhope dan Lancaster (2004) yang terdiri dari 6 komponen yaitu kesadaran masyarakat terhadap

masalah, motivasi masyarakat untuk menyelesaikan masalah, kemampuan masyarakat untuk menyelesaikan masalah, tersedianya fasilitas di masyarakat, derajat keparahan masalah, dan waktu untuk menyelesaikan masalah.

Hasil penapisan masalah yang telah dilakukan didapatkan urutan prioritas masalah yaitu ketidakefektifan coping (management stres) pada kelompok lansia dengan hipertensi di Kelurahan Curug dengan skor 334, penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif pada kelompok lansia dengan hipertensi skor 327, gangguan kemampuan kelompok lansia dalam pengelola penatalaksanaan diet hipertensi dengan skor 319. Penapisan masalah terlampir pada lampiran 2.

#### **4.2.4 Alternatif Penyelesaian Masalah Asuhan Keperawatan Komunitas**

##### **Masalah I**

Ketidakefektifan coping (management stres) pada kelompok lansia dengan hipertensi di Kelurahan Curug

##### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan, diharapkan coping kelompok lansia di Kelurahan Curug menjadi efektif.

##### **Tujuan Khusus**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan:

1. Terjadi peningkatan pengetahuan kelompok lansia tentang hipertensi dan perawatannya: manajemen stres sebesar 2 Standar Deviasi (SD) dari 8,37 menjadi 9,9 (SD 0,765).
2. Terjadi peningkatan sikap lansia tentang perawatan hipertensi: manajemen stres sebesar 2 Standar Deviasi (SD) dari 31,53 menjadi 37,65 (SD 3,06).
3. Terjadi peningkatan keterampilan perawatan hipertensi: manajemen stres sebesar 2 Standar Deviasi (SD) dari 59,03 menjadi 47,67 (SD 5,01).
4. 80% lansia mengalami peningkatan *Self Care Activity* hipertensi setelah dilakukan intervensi

5. Terjadi penurunan tekanan darah minimal 10 – 20 mmHg setelah dilakukan intervensi.

### **Rencana Tindakan**

1. Menyiapkan materi dan media pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan manajemen stres.
2. Pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dan manajemen stres.
3. Pembuatan media untuk pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dan manajemen stres, teknik relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi progresif dalam bentuk leaflet, lembar balik, dan booklet.
4. Penyebaran leaflet, booklet mengenai hipertensi dan manajemen stres, teknik relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif untuk mengatasi hipertensi.
5. Melatih manajemen stress: teknik relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif.
6. Kegiatan pemantauan penerapan MANSET HT di rumah dengan peran serta kelompok pendukung.

### **Pembenaran**

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007). Essensi promosi kesehatan adalah upaya untuk membuat daya sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan sendiri.

Intervensi manajemen stres merupakan salah satu faktor pengendalian hipertensi. Penelitian Dusek, dkk (2008) menunjukkan hasil bahwa kelompok penderita hipertensi yang dilakukan manajemen stres dan modifikasi gaya hidup tekanan darahnya menurun lebih dari 9 mmHg, tetapi hanya pada kelompok intervensi

manajemen stres yang berhasil mempertahankan tekanan darahnya tanpa harus menggunakan obat antihipertensi.

Pemberian pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku lansia dalam melakukan pengendalian hipertensi dengan melakukan manajemen stres. Potter dan Perry (2005) menjelaskan keyakinan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor intelektual yaitu pengetahuan tentang penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman di masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang, termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri

#### **Pelaksanaan**

1. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dan manajemen stres di RW 10 dan RW 04
2. Pembuatan dan penyebaran media leaflet, booklet mengenai hipertensi dan manajemen stres: teknik relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif untuk mengatasi hipertensi.
3. Melatih dan mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dan transendental meditasi dengan 4 kali intervensi. Kegiatan relaksasi meditasi di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 3 Desember 2013, 5 Desember 2013, 11 Desember 2013, dan 18 Desember 2013. Pelaksanaan kegiatan ini juga dilaksanakan pada tanggal 6 Maret 2014 dan 28 Maret 2014. Jumlah lansia yang mengikuti kegiatan relaksasi meditasi 30 orang yang terdiri dari 20 orang dari RW 10 dan 10 orang dari RW 04.
4. Melatih dan mendemonstrasikan teknik relaksasi otot progresif dengan 4 kali intervensi. Kegiatan Relaksasi otot progresif di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 11 April 2014, 15 April 2014, 22 April 2014 dan 6 Mei 2014. Kegiatan di RW 04 dilaksanakan pada tanggal 1 April 2014, 15 April 2014, 22 April 2014 dan 29 April 2014.

5. Melakukan pemantauan penerapan MANSET HT di rumah dengan keluarga dan peran serta kelompok pendukung.

### **Evaluasi**

Hasil evaluasi pre dan post pengetahuan terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan kelompok lansia meningkat dari 8,37 menjadi 9,73 dengan standar deviasi 0,765. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 1,36 sehingga didapatkan peningkatan pengetahuan signifikan sebesar  $1,36/10 * 100 = 13,6\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S – W 0,000 untuk pre test dan 0,000 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan tentang materi yang telah diberikan yaitu hipertensi dan manajemen stres. Hasil evaluasi lainnya adalah kelompok lansia dapat mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam, meditasi relaksasi otot progresif secara mandiri. Tersebar nya leaflet dan booklet tentang manajemen stres sebanyak 100 buah.

### **Rencana Tindak Lanjut**

Rencana tindak lanjut untuk berupa: (1) Pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan pengendalian serta manajemen stres diberikan sebulan sekali oleh kelompok pendukung di posbindu dengan didampingi petugas Puskesmas. (2) Membuat kesepakatan jadwal pelaksanaan relaksasi otot progresif yang dilakukan dalam perkumpulan kelompok lansia dibimbing oleh kelompok pendukung MANSET HT. (3) Mendelegasikan pada keluarga dan kelompok pendukung untuk melakukan pemantauan pengendalian hipertensi yaitu manajemen stres yang dilakukan oleh keluarga di rumah. (4) Memperbanyak media seperti leaflet dan booklet untuk disebar ke masyarakat.

### **Masalah II**

Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif pada kelompok lansia dengan hipertensi

### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan, penatalaksanaan regimen terapeutik hipertensi pada kelompok lansia menjadi efektif.

### **Tujuan Khusus**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan:

1. Terjadi peningkatan pengetahuan kelompok lansia tentang perawatan hipertensi dan pengelolaan aktifitas fisik sebesar 2 Standar Deviasi (SD) dari 7,93 menjadi 9,09 (SD 0,583).
2. Terjadi peningkatan sikap lansia tentang perawatan hipertensi dan pengelolaan aktifitas sebesar 2 Standar Deviasi (SD) dari 31,53 menjadi 37,65 (SD 3,06).
3. Terjadi peningkatan keterampilan perawatan hipertensi dan pengelolaan aktifitas sebesar 2 Standar Deviasi (SD) dari 59,03 menjadi 47,67 (SD 5,01).
4. 80% lansia mengalami peningkatan *Self Care Activity* hipertensi setelah dilakukan intervensi
5. 80% lansia mengalami penurunan tekanan darah minimal 10 – 20 mmHg setelah dilakukan intervensi.

### **Rencana Tindakan**

1. Pembuatan media untuk pendidikan kesehatan mengenai aktifitas olahraga untuk mengatasi hipertensi dalam bentuk leaflet, lembar balik, dan booklet.
2. Pendidikan kesehatan mengenai aktifitas olahraga untuk lansia dengan hipertensi.
3. Penyebaran leaflet, booklet, poster mengenai aktifitas olahraga untuk mengatasi hipertensi.
4. Melatih dan mendemonstrasikan olahraga/ senam antistroke.
5. Sosialisasi program kegiatan olahraga untuk lansia hipertensi kepada tokoh masyarakat.
6. Kegiatan pemantauan penerapan MANSET HT di rumah dengan peran serta kelompok pendukung.

### **Pembenaran**

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap maupun praktek baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Notoatmodjo, 2007). Stanhope dan Lancasater (2010) menjelaskan pendidikan kesehatan merupakan salah satu kegiatan dalam rangka tindakan promotif dan preventif melalui penyebaran informasi untuk meningkatkan motivasi masyarakat agar berperilaku sehat.

Intervensi latihan fisik secara teratur seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 3 atau 4 kali dalam seminggu, menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh, menurunkan tahanan perifer sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Aktivitas fisik ini sangat efektif dalam mengurangi risiko relatif hipertensi hingga mencapai 19% hingga 30% (Tjokronegoro, 2004; Dirjen P2PL, 2006; Sugiharto, 2007; Rahajeng & Tuminah, 2009).

### **Pelaksanaan**

1. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan hipertensi dan aktifitas olahraga di RW 10 dan RW 04.
2. Pembuatan dan penyebaran media leaflet, booklet mengenai perawatan hipertensi dan aktifitas olahraga.
3. Melatih dan mendemonstrasikan olahraga (senam antistroke) dengan 4 intervensi. Kegiatan senam di RW 10 dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2013, 10 Januari 2014, 14 Februari 2014, dan 28 Februari 2014. Selanjutnya kegiatan senam dilaksanakan oleh kelompok pendukung RW 10 dan RW 04 pada hari minggu.
4. Melakukan pemantauan penerapan MANSET HT di rumah dengan peran serta keluarga dan kelompok pendukung.
5. Melakukan sosialisasi program kegiatan olahraga untuk lansia hipertensi kepada tokoh masyarakat.



### Evaluasi

Hasil evaluasi pre dan post pengetahuan terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan kelompok lansia meningkat dari 7,93 menjadi 9,73 dengan standar deviasi 0,583. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 1,8 sehingga didapatkan peningkatan pengetahuan signifikan sebesar  $1,8/10 \times 100 = 18\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,000 untuk pre test dan 0,000 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan tentang materi yang telah diberikan yaitu perawatan hipertensi dan aktifitas olahraga bagi penderita hipertensi. Hasil evaluasi lainnya adalah kelompok lansia dapat mempraktikkan senam antistroke dengan bimbingan kelompok pendukung. Tersebar nya leaflet dan booklet tentang latihan/ aktivitas fisik sebanyak 100 buah.

**Hasil evaluasi akhir** setelah dilaksanakan program **intervensi MANSET HT** diperoleh hasil evaluasi pre dan post pengetahuan kelompok lansia terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan kelompok lansia meningkat dari 38 menjadi 44,2 dengan standar deviasi 3,1. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 6,2 sehingga didapatkan peningkatan pengetahuan signifikan sebesar  $6,2/46 \times 100 = 13,47\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,043 untuk pre test dan 0,010 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah dilakukan intervensi.

Hasil evaluasi pre dan post keterampilan kelompok lansia terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata perilaku kelompok lansia meningkat dari 59,03 menjadi 70,9 dengan standar deviasi 5,1. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 14,87 sehingga didapatkan peningkatan perilaku signifikan sebesar  $14,87/80 \times 100 = 18,59\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,007 untuk pre

test dan 0,113 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi peningkatan perilaku yang signifikan setelah dilakukan intervensi.

Hasil evaluasi pre dan post sikap kelompok lansia terjadi perubahan nilai rata-rata. Peningkatan skor rata-rata sikap kelompok lansia meningkat dari 31,53 menjadi 34,97 dengan standar deviasi 3,06. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 3,44 sehingga didapatkan peningkatan sikap signifikan sebesar  $3,44/40 * 100 = 8,6\%$ . Hal ini dibuktikan dengan hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,030 untuk pre test dan 0,006 untuk posttest didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,001 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi peningkatan sikap yang signifikan setelah dilakukan intervensi.

Hasil evaluasi terhadap tekanan darah setelah dilakukan intervensi adalah sebagai berikut:

#### **1. Intervensi Relaksasi Nafas Dalam dan Meditasi**

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik dari 157,33 mmHg menjadi 151,67 mmHg dengan standar deviasi 15,52. Selisih beda nilai rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 5,66 mmHg. hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,001 untuk pre intervensi dan 0,000 untuk post intervensi didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,035 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah diastolik dari 91,83 mmHg menjadi 89 mmHg dengan standar deviasi 11,18. Selisih beda nilai rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 2,83 mmHg. hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,002 untuk pre intervensi dan 0,000 untuk post intervensi didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,05 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

## 2. Intervensi Relaksasi Meditasi dan *Exercise*

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik dari 157,33 mmHg menjadi 147,33 mmHg dengan standar deviasi 15,52. Selisih beda nilai rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 10 mmHg. hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,001 untuk pre intervensi dan 0,001 untuk post intervensi didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah diastolik dari 91,83 mmHg menjadi 87,33 mmHg dengan standar deviasi 11,18. Selisih beda nilai rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 4,5 mmHg. hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,002 untuk pre intervensi dan 0,000 untuk post intervensi didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

## 3. Intervensi Relaksasi Meditasi, *Exercise*, dan Relaksasi Otot Progresif

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik dari 157,33 mmHg menjadi 135,67 mmHg dengan standar deviasi 15,52. Selisih beda nilai rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 21,96 mmHg. hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,001 untuk pre intervensi dan 0,000 untuk post intervensi didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar 0,000 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah diastolik dari 91,83 mmHg menjadi 87,33 mmHg dengan standar deviasi 11,18. Selisih beda nilai rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 4,5 mmHg. hasil uji signifikansi dengan Uji Wilcoxon (data berdistribusi tidak normal, Uji S-W 0,002 untuk pre intervensi dan 0,000 untuk post intervensi didapatkan *p-value* 1-tailed sebesar

0,015 dengan nilai alpha 0,05. Artinya terjadi penurunan tekanan darah secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Hasil penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pre dan post intervensi MANSET HT untuk setiap individu lansia dijelaskan pada tabel 4.3 dibawah ini

Tabel 4.3  
Hasil Pengukuran TD Sistolik dan Diastolik Sebelum  
dan Sesudah Intervensi  
(n = 30 Lansia)

Kode Responden	TD Sistolik		Penurunan TD Sistolik	TD Diastolik		Penurunan TD Diastolik
	Pre Intervensi	Post Intervensi		Pre Intervensi	Post Intervensi	
1	160	130	30	100	90	10
2	180	150	30	120	90	30
3	180	150	30	100	90	10
4	150	130	20	80	90	<b>10</b>
5	140	130	10	80	90	<b>10</b>
6	160	140	20	95	90	5
7	160	140	20	110	90	20
8	200	150	50	100	90	10
9	180	140	40	110	90	20
10	140	120	20	80	90	<b>10</b>
11	180	150	30	100	90	10
12	160	130	30	90	90	0
13	150	130	20	80	90	<b>10</b>
14	140	130	10	80	80	0
15	140	130	10	90	90	0
16	150	150	0	90	90	0
17	160	130	30	100	90	10
18	180	140	40	100	90	10
19	160	140	20	80	80	0
20	160	140	20	80	90	<b>10</b>
21	140	140	0	90	90	0
22	160	130	30	90	90	0
23	150	140	10	90	90	0
24	150	140	10	80	80	0
25	150	120	30	90	80	10
26	140	130	10	80	80	0
27	140	120	20	80	80	0
28	160	140	20	110	90	20
29	150	130	20	90	90	0
30	150	130	20	90	90	0

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan terjadi penurunan tekanan darah yang berbeda untuk setiap individu lansia. Penurunan tekanan darah sistolik tertinggi sebesar 50 mmHg yang terjadi pada 1 orang (3,33%) dan tidak terjadi penurunan tekanan darah sistolik sebanyak 2 orang (6,67%). Penurunan tekanan darah diastolik tertinggi sebesar 30 mmHg terjadi pada 1 orang (3,33%), tidak terjadi penurunan sebanyak 13 orang (43,3%). Setelah dilakukan intervensi MANSET HT didapatkan hasil tidak hanya menurunkan tekanan darah diastolik tetapi justru meningkatkan tekanan darah sebesar 10 mmHg yang terjadi pada 5 orang (16,67%).

Perbedaan hasil penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik ini, selain pengaruh dari intervensi yang telah diberikan juga terdapat faktor yang mempengaruhi penurunan seperti penggunaan obat antihipertensi dan penyakit lain yang diderita. Sekitar 13,3% lansia yang mengikuti intervensi juga mengkonsumsi obat antihipertensi karena tekanan darah lansia tersebut termasuk dalam katagori hipertensi berat. Dan sekitar 6,67% lansia yang mengikuti intervensi selain menderita penyakit hipertensi juga menderita penyakit DM.

Hasil evaluasi terhadap penerapan *Self Care Activity* pengendalian hipertensi diperoleh kelompok lansia yang melakukan pengaturan diet hipertensi katagori baik sebesar 80%. Melakukan olahraga atau aktifitas fisik secara teratur dengan katagori baik sebesar 83,3% dan melakukan manajemen stres dengan katagori baik sebesar 86,67%.

### **Rencana Tindak Lanjut**

Rencana tindak lanjut berupa: (1) Pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan pengendalian serta latihan atau aktifitas fisik untuk mencegah hipertensi diberikan sebulan sekali oleh kelompok pendukung di posbindu dengan didampingi petugas Puskesmas. (2) Membuat kesepakatan jadwal pelaksanaan senam antistroke dipandu oleh kelompok pendukung MANSET HT. (3) Mendelegasikan pada kelompok pendukung dan tokoh masyarakat untuk melaksanakan olahraga minimal 2 kali

dalam seminggu. (4) Memperbanyak media seperti leaflet dan booklet untuk disebarkan ke masyarakat.

### 4.3 Asuhan Keperawatan Keluarga

Pada sub bab ini akan diuraikan mengenai hasil asuhan keperawatan keluarga pada lansia dengan hipertensi yang dilaksanakan di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis dengan menggunakan pendekatan metode proses keperawatan yang diawali dengan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### 4.3.1 Analisis Situasi

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah Kelurahan Curug yang telah dilakukan pada 10 keluarga dengan anggota keluarga lansia yang mengalami hipertensi yang terbagi menjadi 5 keluarga dilakukan pada bulan November 2013 sampai Januari 2014 dan 5 keluarga berikutnya dilakukan pada bulan Februari – Mei 2014. Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dilakukan melalui kunjungan rumah yang dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan per minggu atau minimal 1 kali kunjungan per minggu selama 8 minggu. Asuhan keperawatan keluarga dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga yang terdiri dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan model *Family Centered Nursing* yaitu mengkaji data sosio-budaya keluarga, data lingkungan tempat tinggal keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stres dan strategi koping keluarga.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada keluarga Ibu E dengan masalah kesehatan hipertensi didapatkan data Keluarga Ibu E termasuk ke dalam tipe *extended family*, dimana Ibu E tinggal bersama 2 orang anak, menantu dan 3 orang cucunya. Ibu E mengatakan tidak bekerja dan tidak memiliki penghasilan. Kebutuhan sehari-hari Ibu E didapatkan dari kedua anaknya yang masih tinggal serumah. Keluarga merasa kebutuhannya tercukupi walaupun harus menghemat.

Keluarga tidak memiliki tabungan karena penghasilan anaknya Ibu E hanya cukup untuk membiayai kehidupan sehari-hari keluarganya.

Ibu E mengatakan menderita hipertensi sudah lama sejak melahirkan anak yang ketiga yaitu kira-kira pada saat Ibu E berumur 30 tahun. Saat dilakukan pengkajian Ibu E mengatakan jika tekanan darahnya tinggi sering merasakan pusing dan terasa berat pada tengkuk. Penyebab hipertensi yang dirasakan oleh Ibu E jika banyak pikiran khususnya saat memikirkan cucunya yang kembar yang sudah sejak bayi diasuh dan dirawat oleh Ibu E. Ia selalu memikirkan jika dirinya sudah tidak ada siapa yang akan mengurus cucunya tersebut. Ibu dari cucunya tersebut sibuk bekerja sehingga kurang memperhatikan anaknya. Ibunya hanya memberikan biaya untuk kehidupan sehari-hari dan biaya sekolah, padahal rumahnya berdekatan. Ibu E yang merawat, mengasuh, membesarkan dan mengurus kebutuhan sehari-hari dari kedua cucunya tersebut.

Lingkungan rumah Ibu E tampak berisik dan tidak tenang karena banyak anak tetangga dan cucu-cucu Ibu E yang sering bermain di halaman rumahnya. Ibu E mengatakan kadang pusing dan sakit kepala kambuh jika mendengar cucu-cucunya ribut dan menangis jika sedang bermain. Ibu E juga tidak bisa beristirahat pada siang hari karena lingkungan rumahnya yang berisik dan tidak tenang.

Ibu E mengatakan hipertensi itu darah tinggi tetapi belum tahu berapa batasan hipertensi untuk lansia. Hasil pengukuran tekanan darah Ibu E saat melakukan kunjungan tanggal 6 November 2013 adalah 200/100 mmHg. Ibu E saat itu mengeluh pusing dan terasa berat. Keluarga hanya mengetahui akibat lanjut dari hipertensi itu stroke atau lumpuh. Keluarga Ibu E belum mengetahui dengan jelas tentang cara perawatan hipertensi. Ibu E mengatakan kalau darah tinggi harus mengurangi garam namun cara mengurangi garamnya sesuka Ibu E dan belum sesuai dengan takaran garam yang tepat untuk penderita hipertensi. Ibu E mengatakan hanya mengetahui pantangan makanan yang harus dilakukan oleh penderita hipertensi adalah tidak makan ikan asin dan makanan yang berlemak.

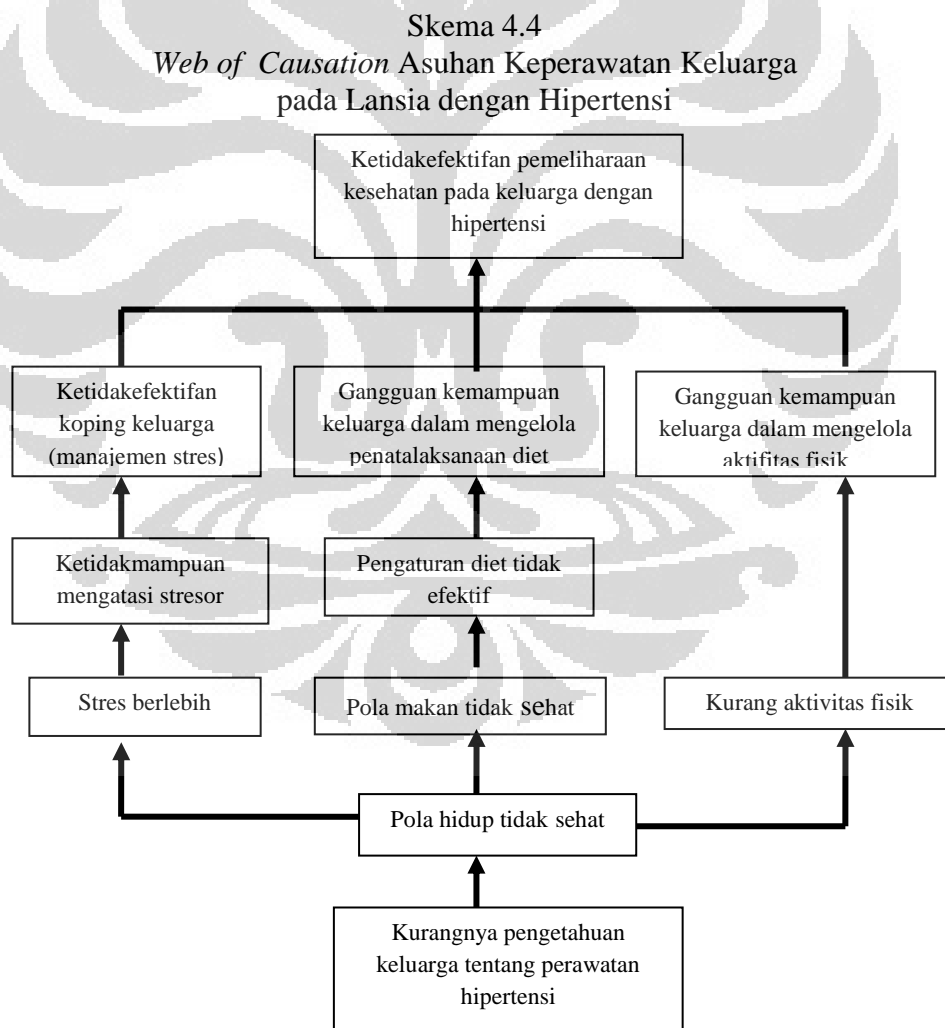
Keluarga Ibu E sudah memanfaatkan tanaman obat tradisional untuk mengurangi hipertensinya, seperti rebusan daun salam, di pekarangan rumah Ibu E ditanami berbagai jenis tanaman obat. Ibu E mengatakan ketika tekanan darahnya tinggi berobat ke bidan untuk mendapatkan obat. Saat pengkajian Ibu E sedang mengkonsumsi obat Amlodipin 10 mg, namun Ibu E tidak pernah teratur minum obat. Ibu E hanya minum obat jika terasa pusing atau jika diketahui tekanan darahnya naik. Ibu E rutin ke posbindu RW 10 setiap bulan sekali sedangkan berobat atau kontrol ke puskesmas tidak pernah dilakukan dengan alasan malas untuk mengantri. Ibu E mengatakan kadang-kadang untuk menurunkan tekanan darahnya dengan berobat ke pengobatan alternatif. Dari pengobatan alternatif tersebut Ibu E mendapatkan obat berupa jamu dan obat pil yang diminum setiap hari.

Ibu E mengatakan yang menjadi pikiran adalah cucunya yang kembar An. I dan An. R. Ia memikirkan bagaimana nasib kedepannya dari kedua cucu tersebut jika dirinya sudah tidak ada. Kedua cucu tersebut sudah dirawat oleh Ibu E sejak masih bayi. Keluarga Ibu E mengatakan stres itu beban pikiran yang mengganggu, namun Ibu E tidak mengetahui stress dapat menyebabkan hipertensi. Ibu E belum mengetahui bagaimana cara mengurangi stres yang dialami, belum mengetahui jika relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah. Saat stres atau memiliki masalah Ibu E kadang-kadang bercerita kepada anaknya, tapi terkadang lebih sering dipendam sendiri. Ibu E tidak pernah untuk mencoba berbicara dengan menantunya untuk mendiskusikan kedua cucunya, Ibu E mengatakan tidak berani untuk mencoba berbicara karena Ibu E merasa segan dimana menantunya memiliki pekerjaan yang tetap sedangkan anak dari Ibu E pekerjaannya tidak tetap. Ibu E juga jarang berkomunikasi dengan menantunya tersebut. Ibu E mengatakan belum tahu apa yang dimaksud dengan relaksasi, tujuan dan bagaimana cara melakukan teknik relaksasi untuk mengatasi hipertensi. Saat bercerita tentang kedua cucunya Ibu E tampak berkaca-kaca dengan ekspresi sedih.



Keluarga Ibu E mengatakan sudah jarang melakukan aktivitas olahraga, dulu pernah mengikuti kegiatan senam yang ada di Rawa Kalong namun sekarang sudah tidak pernah lagi karena repot mengasuh cucu-cucunya. Ibu E mengatakan belum mengetahui olahraga dapat menurunkan tekanan darah, tidak mengetahui kurang olahraga dapat menjadi penyebab hipertensi. Ibu E mengatakan di wilayah RW 10 tidak pernah ada kegiatan senam bagi lansia. Ibu E mengatakan kadang-kadang jalan kaki setelah sholat subuh namun kurang dari 30 menit.

Berdasarkan analisis situasi diatas dapat disimpulkan sebab akibat dari masalah keperawatan yang muncul pada keluarga Ibu E yang dapat digambarkan dalam Skema 4.4 *web of causation* sebagai berikut:



#### **4.3.2 Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga dan Prioritas**

Data hasil pengkajian keperawatan yang telah didapatkan kemudian dilakukan analisis data sehingga dapat dirumuskan beberapa masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E, Ketidakefektifan koping keluarga Ibu E dan ketidakefektifan aktifitas fisik pada keluarga Ibu E. Masalah keperawatan tersebut kemudian dilakukan penapisan masalah untuk menentukan prioritas masalah keperawatan yang akan terlebih dahulu diatasi.

Penentuan prioritas atau penapisan masalah ini mengacu pada skala ranking dan prioritas masalah kesehatan yang dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1990) dalam Maglaya (2009) yang terdiri dari kriteria sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah. Hasil penapisan masalah yang telah dilakukan didapatkan urutan prioritas masalah yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E dengan skor  $4 \frac{1}{2}$ , Ketidakefektifan koping (manajemen stres) pada keluarga Ibu E dengan skor  $4 \frac{1}{6}$ , dan gangguan kemampuan keluarga dalam mengelola aktifitas fisik pada keluarga Ibu E dengan skor  $4 \frac{1}{6}$ . Penapisan masalah terlampir pada lampiran 2.

#### **4.3.3 Alternatif Penyelesaian Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga**

Penyelesaian masalah asuhan keperawatan keluarga pada Ibu E sesuai prioritas masalah keperawatan diuraikan sebagai berikut:

##### **Masalah I**

Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E.

##### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan, pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E menjadi efektif.

### **Tujuan Khusus**

Setelah 12 kali pertemuan selama 45 menit, keluarga mampu (1) mengenal masalah hipertensi dengan: menjelaskan pengertian hipertensi, menyebutkan 4 dari 8 penyebab hipertensi, menyebutkan 4 dari 9 tanda dan gejala hipertensi. (2) keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi dengan menyebutkan 2 dari 4 akibat lanjut dari hipertensi bila tidak segera diatasi. (3) keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan menyebutkan 5 dari 9 perawatan hipertensi, mendemonstrasikan manajemen stres (relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, senam antistroke, diet rendah garam dan diet DASH. (4) keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam perawatan hipertensi dengan menyebutkan 3 dari 4 cara memelihara lingkungan yang aman dan tenang bagi lansia yang menderita hipertensi dan memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang lansia yang menderita hipertensi. (5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi hipertensi dengan menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut.

### **Rencana Tindakan Keperawatan**

1. Pendidikan kesehatan menjelaskan tentang pengertian hipertensi yaitu peningkatan tekanan darah yang lebih dari 140/90 mmHg. Menjelaskan penyebab hipertensi adalah faktor usia, keturunan, mengkonsumsi garam berlebih, merokok, minum-minuman dan makan makanan yang mengandung alkohol, kurang olahraga, kegemukan dan stres. Menjelaskan tanda dan gejala hipertensi yaitu pusing atau sakit kepala, kaku atau terasa berat pada tengkuk, pandangan kabur, telinga berdenging, sulit tidur, jantung berdebar-debar, mudah marah atau tersinggung, mudah lelah dan lemas serta perdarahan dari hidung.
2. Pendidikan kesehatan dengan menjelaskan akibat lanjut dari hipertensi apabila tidak segera diatasi yaitu penyakit jantung, serangan stroke, gagal ginjal dan gangguan penglihatan atau kebutaan. Menjelaskan perawatan hipertensi yaitu kontrol tekanan darah dan berat badan satu bulan sekali, kurangi berat badan bila kelebihan berat badan, hindari merokok, minum

kopi, minum-minuman dan makan-makanan yang mengandung alkohol, kurangi konsumsi garam dengan melakukan diet rendah garam, hindari makanan berlemak tinggi, perbanyak makan sayur dan buah setiap hari (diet DASH), olahraga secara teratur minimal jalan kaki 30 menit perhari, hindari stres dengan lakukan teknik relaksasi.

3. Melatih lansia tentang pengendalian hipertensi melalui program Manset HT terdiri dari manajemen stres, *exercise* atau latihan fisik dan diet hipertensi. Keluarga diajarkan tentang manajemen stres yang terdiri dari relaksasi nafas dalam, relaksasi transedental meditasi, dan relaksasi otot progresif. *Exercise* atau latihan fisik yang diajarkan pada keluarga adalah senam antistroke 2 – 3 kali dalam seminggu , dan jalan kaki 30 menit/ hari, dan diet mengajarkan diet DASH. Cara memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang bagi lansia yang menderita hipertensi adalah lantai tidak licin, penerangan yang cukup, kamar mandi tidak licin, dan suasana rumah tenang dan tidak ada konflik.
4. Pendidikan kesehatan menjelaskan fasilitas kesehatan dan manfaat pelayanan kesehatan. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan mengunjungi pelayanan kesehatan secara rutin.

### **Pembenaran**

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan keluarga masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Peningkatan kemampuan ini tidak peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo,2007). Tujuan pendidikan kesehatan menurut Friedman, Bowden dan Jones (2010) adalah memberikan informasi sehingga klien dapat membuat keputusan terkait dengan kesehatan dan penyakit, membantu klien berperan serta secara efektif dalam perawatan. Selain itu membantu klien beradaptasi dengan kenyataan penyakit dan pengobatannya, perjalanan dan prognosis penyakit, serta membantu klien dalam mencapai kepuasan bahwa upaya mereka dapat meningkatkan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku keluarga dan masyarakat ke arah perilaku sehat sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, untuk mewujudkannya, perubahan perilaku yang diharapkan setelah menerima pendidikan tidak dapat terjadi sekaligus. Oleh karena itu, pencapaian target penyuluhan dibagi menjadi tujuan jangka pendek yaitu tercapainya perubahan pengetahuan, tujuan jangka menengah hasil yang diharapkan adalah adanya peningkatan pengertian, sikap, dan keterampilan yang akan mengubah perilaku ke arah perilaku sehat, dan tujuan jangka panjang adalah dapat menjalankan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-harinya.

### **Pelaksanaan**

Pelaksanaan keperawatan yang telah dilaksanakan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E berdasarkan tujuan khusus (TUK) yang telah disusun yaitu terdiri dari:

TUK: 1 – 2 dengan menggunakan lembar balik (1) Mendiskusikan bersama keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala penyakit hipertensi. (2) Memberi kesempatan pada keluarga untuk membandingkan hasil pengukuran tekanan darah dengan standar. (3) Bersama-sama keluarga mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala hipertensi yang dialami oleh lansia. (4) Memberikan pujian atas perilaku yang benar. (5) Menjelaskan pada keluarga tentang akibat lanjut dari hipertensi jika tidak segera diatasi. (6) Memberikan motivasi atau dukungan keluarga mengambil keputusan untuk menghindari akibat lanjut dari hipertensi. (7) Memberi pujian atas keputusan yang telah diambil.

TUK: 3 dengan menggunakan lembar balik (1) menjelaskan kepada keluarga mengenai perawatan hipertensi pada lansia. (2) Memotivasi keluarga untuk menyebutkan kembali cara perawatan hipertensi pada lansia. (3) Memberikan pujian pada keluarga atas jawaban keluarga. (4) Mengevaluasi apa yang telah dilakukan oleh keluarga. (5) Mengulangi penjelasan jika ada hal-hal yang terlupakan. (5) Mendemonstrasikan cara perawatan hipertensi melalui program Manset HT yang terdiri dari mendemonstrasikan teknik relaksasi, relaksasi

transendental meditasi, relaksasi otot progresif, aktifitas fisik (senam antistroke), dan diet hipertensi.

TUK 4 – 5 dengan (1) Mendiskusikan bersama keluarga cara memelihara lingkungan yang aman dan tenang bagi lansia yang mengalami hipertensi. (2) Memotivasi keluarga untuk memodifikasi lingkungan. (3) Mengobservasi kondisi lingkungan rumah keluarga Ibu E. (4) Memberikan pujian atas hal yang benar. (5) Mendiskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kesehatan dan manfaat pelayanan kesehatan. (6) Memberikan kesempatan pada keluarga untuk memilih pelayanan kesehatan yang akan digunakan. (7) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan mengunjungi pelayanan kesehatan secara rutin. (8) Memberikan pujian atas perilaku yang benar.

### **Evaluasi**

Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi yaitu pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E menjadi efektif ditandai dengan (1) Keluarga mampu mengenal masalah dengan menyebutkan pengertian hipertensi, menyebutkan 4 dari 8 penyebab hipertensi dengan benar, menyebutkan 4 dari 9 tanda dan gejala hipertensi. (2) Keluarga mampu memutuskan untuk merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi dengan menyebutkan 2 dari 4 akibat lanjut dari hipertensi bila tidak segera diatasi. (3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan menyebutkan 5 dari 9 perawatan hipertensi, mendemonstrasikan manajemen stres (relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, senam antistroke, diet rendah garam dan diet DASH. (4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam perawatan hipertensi dengan menyebutkan 3 dari 4 cara memelihara lingkungan yang aman dan tenang bagi lansia yang menderita hipertensi dan keluarga sudah memodifikasi lingkungan yang aman dan tenang lansia yang menderita hipertensi. (5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi hipertensi dengan menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut dengan mengunjungi posbindu secara rutin setiap bulan dan mengunjungi

praktik dokter untuk mendapatkan pengobatan ketika tekanan darah Ibu E meningkat.

### **Rencana Tindak Lanjut**

1. Membuat kesepakatan dengan keluarga untuk selalu melakukan program Manset HT secara rutin
2. Keluarga melakukan pengendalian hipertensi dan mendokumentasikan kegiatan pengendalian hipertensi pada buku pengendalian hipertensi oleh keluarga di rumah.
3. Mendelegasikan pada keluarga dan kelompok pendukung untuk melakukan pemantauan pengendalian hipertensi yang dilakukan oleh keluarga di rumah dengan melakukan kunjungan rumah.

### **Masalah II**

Ketidakefektifan koping keluarga Ibu E

### **Tujuan Umum**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 9 bulan, koping keluarga Ibu E menjadi efektif.

### **Tujuan Khusus**

Setelah 12 kali pertemuan selama 45 menit, keluarga mampu (1) Mengenal masalah stres dan koping tidak efektif dengan menyebutkan pengertian stres, menyebutkan 5 dari 10 penyebab stres, menyebutkan 10 dari 20 tanda dan gejala stres. (2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menggunakan koping yang efektif dalam mengatasi stres dengan menyebutkan 2 dari 4 dampak stres apabila stres tidak segera diatasi dan keluarga mengungkapkan keinginan merawat anggota keluarga dengan masalah koping tidak efektif. (3) Keluarga mampu melakukan perawatan dengan masalah koping tidak efektif dengan menjelaskan pengertian manajemen stres menyebutkan manajemen stres yang dapat dilakukan untuk koping yang tidak efektif saat stres datang diantaranya adalah nafas dalam, transendental meditasi, relaksasi otot progresif, mendemonstrasikan cara

mengatasi stres yang timbul sewaktu-waktu di rumah. (4) Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan rumah yang mendukung peningkatan coping adaptif untuk pencegahan meningkatnya tekanan darah dengan menyebutkan cara untuk mengurangi stres dan mendukung terhadap upaya peningkatan coping adaptif adalah pemberian support, komunikasi terbuka, dan menciptakan lingkungan yang selalu tenang. (5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi stres yang dialami dengan menjelaskan manfaat keberadaan pelayanan kesehatan sebagai tempat rujukan untuk masalah coping yang tidak efektif dan mengenali tanda-tanda bahaya akibat stres.

### **Rencana Tindakan Keperawatan**

1. Pendidikan kesehatan menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala stres serta dampak yang akan terjadi jika stres tidak segera diatasi, motivasi keluarga untuk lebih memahami pengertian, penyebab, tanda dan gejala stres serta dampak yang akan terjadi jika stres tidak segera diatasi, diskusikan dengan keluarga tentang hal yang belum dipahami, minta keluarga untuk lebih mengenali penyebab, tanda dan gejala stres serta dampak yang dialami selama ini, dan berikan pujian atas keberhasilan keluarga mengenali dampak stres. Jelaskan pada keluarga cara memodifikasi dan menciptakan lingkungan rumah yang mendukung peningkatan coping adaptif untuk pencegahan meningkatnya tekanan darah dengan cara pemberian support, komunikasi terbuka, dan menciptakan lingkungan yang selalu tenang. Jelaskan manfaat keberadaan pelayanan kesehatan sebagai tempat rujukan untuk masalah coping yang tidak efektif dan mengenali tanda-tanda bahaya akibat stres.
2. Konseling keluarga tentang keputusan keluarga dalam menangani masalah coping tidak efektif dengan menggali pendapat keluarga bagaimana cara mengatasi dampak stres yang sudah dilakukan, mengkaji pencapaian hasil dari cara yang sudah diterapkan, bimbing dan motivasi keluarga untuk menangani masalah dengan tepat, dan beri *reinforcement* positif atas keputusan yang telah diambil



3. *Coaching* keluarga tentang perawatan koping tidak efektif dengan menggali pengalaman keluarga dalam mengatasi masalah koping, diskusikan dengan keluarga tentang cara koping untuk mengatasi stres, kenalkan kepada keluarga mekanisme koping adaptif, anjurkan keluarga untuk memilih salah satu mekanisme koping yang adaptif, anjurkan keluarga untuk menyebutkan kembali apa yang telah disampaikan, jelaskan kembali kepada keluarga jika keluarga belum mampu mengungkapkan sesuai standar, beri pujian atas jawaban yang diberikan keluarga, diskusikan dengan keluarga tentang manajemen stres untuk mencegah peningkatan tekanan darah, berikan pujian atas kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi manajemen stres, demonstrasikan manajemen stres dengan cara relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, relaksasi otot progresif, beri pujian atas kemampuan keluarga dalam mempraktikkan manajemen stres.

### **Pembenaran**

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan keluarga masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2007). Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan adalah memberikan informasi sehingga klien dapat membuat keputusan terkait dengan kesehatan dan penyakit, membantu klien berperan serta secara efektif dalam perawatan, membantu klien beradaptasi dengan kenyataan penyakit dan pengobatannya, perjalanan dan prognosis penyakit, dan membantu klien dalam mencapai kepuasan bahwa upaya mereka dapat meningkatkan kesehatan.

*Coaching* atau bimbingan merupakan proses belajar intensif melalui bimbingan perorangan, demonstrasi dan praktik yang diikuti pemberian umpan balik dengan segera (Departemen Kesehatan, 2007). *Coaching* yang diberikan kepada keluarga berupa pemberian bimbingan secara langsung dengan mendemonstrasikan manajemen stres mulai dari relaksasi nafas dalam, *transcendental* meditasi, dan relaksasi otot progresif.

## Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan yang telah dilaksanakan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan koping keluarga Ibu E berdasarkan tujuan khusus (TUK) yang telah disusun yaitu terdiri dari:

TUK: 1 – 2 dengan menggunakan lembar balik (1) Mendiskusikan bersama keluarga mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala stres serta dampak yang akan terjadi jika stres tidak segera diatasi. (2) Memotivasi keluarga untuk lebih memahami pengertian, penyebab, tanda dan gejala stres serta dampak yang akan terjadi jika stres tidak segera diatasi. (3) Mendiskusikan bersama keluarga tentang hal yang belum dipahami. (4) Meminta keluarga untuk lebih mengenali penyebab, tanda dan gejala stres serta dampak yang dialami selama ini. (5) Memberikan pujian atas keberhasilan keluarga mengenali dampak stres. (6) Menggali pendapat keluarga bagaimana cara mengatasi dampak stres yang sudah dilakukan. (7) Mengkaji pencapaian hasil dari cara yang sudah diterapkan oleh keluarga. (8) Membimbing dan memotivasi keluarga untuk menangani masalah dengan tepat, dan (9) Memberikan reinforcement positif atas keputusan yang telah diambil

TUK 3: *Coaching* keluarga tentang perawatan koping tidak efektif dengan (1) Menggali pengalaman keluarga dalam mengatasi masalah koping. (2) Mendiskusikan bersama keluarga tentang cara koping untuk mengatasi stres. (3) Mengajarkan kepada keluarga mekanisme koping adaptif. (4) Mengajukan keluarga untuk memilih salah satu mekanisme koping yang adaptif. (5) Mengajukan keluarga untuk menyebutkan kembali apa yang telah disampaikan. (6) Menjelaskan kembali kepada keluarga jika keluarga belum mampu mengungkapkan sesuai standar. (7) Memberikan pujian atas jawaban yang diberikan keluarga. (8) Mendiskusikan bersama keluarga tentang manajemen stres untuk mencegah peningkatan tekanan darah. (9) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi manajemen stres. (10) Mendemonstrasikan manajemen stres dengan cara relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif. (11) Memberikan pujian atas kemampuan keluarga dalam mempraktikkan manajemen stres.

TUK: 4 – 5 dengan menggunakan lembar balik (1) Menjelaskan kepada keluarga cara memodifikasi dan menciptakan lingkungan rumah yang mendukung peningkatan coping adaptif untuk pencegahan meningkatnya tekanan darah dengan cara pemberian support, komunikasi terbuka, dan menciptakan lingkungan yang selalu tenang. (2) Menjelaskan manfaat keberadaan pelayanan kesehatan sebagai tempat rujukan untuk masalah coping yang tidak efektif dan mengenali tanda-tanda bahaya akibat stres.

### **Evaluasi**

Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi yaitu coping keluarga Ibu E menjadi efektif ditandai dengan (1) keluarga mampu mengenal masalah stres dan coping tidak efektif dengan menyebutkan pengertian stres, menyebutkan 5 dari 10 penyebab stres, menyebutkan 10 dari 20 tanda dan gejala stres. (2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menggunakan coping yang efektif dalam mengatasi stres dengan menyebutkan 2 dari 4 dampak stres apabila stres tidak segera diatasi dan keluarga mengungkapkan keinginan merawat anggota keluarga dengan masalah coping tidak efektif. (3) Keluarga mampu melakukan perawatan dengan masalah coping tidak efektif dengan menjelaskan pengertian manajemen stres menyebutkan manajemen stres yang dapat dilakukan untuk coping yang tidak efektif saat stres datang diantaranya adalah nafas dalam, transendental meditasi, relaksasi otot progresif dan keluarga mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, dan relaksasi otot progresif. (4) Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan rumah yang mendukung peningkatan coping adaptif untuk pencegahan meningkatnya tekanan darah dengan menyebutkan cara untuk mengurangi stres dan mendukung terhadap upaya peningkatan coping adaptif adalah anak-anak Ibu E sudah memberikan support dan motivasi pada Ibu E untuk mengatasi stres yang dialami dengan melakukan komunikasi terbuka atau menceritakan masalah yang dialami pada anak-anak Ibu E, dan keluarga berusaha untuk menciptakan lingkungan yang selalu tenang. (5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi stres yang dialami dengan

menjelaskan manfaat keberadaan pelayanan kesehatan sebagai tempat rujukan dan kontrol rutin minimal sebulan sekali.

### **Rencana Tindak Lanjut**

1. Membuat kesepakatan dengan keluarga untuk selalu melakukan manajemen stres (relaksasi nafas dalam, transendental meditasi, relaksasi otot progresif) secara rutin
2. Keluarga melakukan manajemen stres yang sudah diajarkan dan mendokumentasikan kegiatan tersebut pada buku pengendalian hipertensi oleh keluarga di rumah.
3. Mendelegasikan pada keluarga dan kelompok pendukung untuk melakukan pemantauan pengendalian hipertensi khususnya manajemen stres yang dilakukan oleh keluarga di rumah dengan melakukan kunjungan rumah.

Upaya untuk mengatasi masalah keperawatan pada 10 keluarga binaan dilakukan pemberian pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pengertian hipertensi, klasifikasi, penyebab, tanda dan gejala hipertensi, serta akibat lanjut. Informasi selanjutnya tentang perawatan dan pengendalian hipertensi, cara memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Setelah keluarga mendapatkan pengetahuan maka selanjutnya adalah melatih keterampilan keluarga dalam melakukan pengendalian hipertensi melalui program MANSET HT yang terdiri dari Manajemen stres (relaksasi meditasi dan relaksasi otot progresif), exercise (senam antistroke), dan modifikasi diet hipertensi.

**Evaluasi akhir** yang didapatkan setelah melakukan pendidikan kesehatan terhadap 10 keluarga binaan yaitu terjadi perubahan nilai rata-rata pengetahuan pre dan post intervensi. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan 10 keluarga binaan meningkat (dari 37,9 menjadi 43,9 dengan standar deviasi 2,64). Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 6 dan prosentase peningkatan pengetahuan sebesar 13,04%.

Hasil evaluasi terhadap sikap keluarga terjadi perubahan nilai rata-rata pre dan post intervensi. Peningkatan skor rata-rata sikap 10 keluarga binaan meningkat (dari 32 menjadi 34,5 dengan standar deviasi 3,43. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 2,5 dan prosentase peningkatan keterampilan sebesar 6,2% setelah dilakukan intervensi. Evaluasi keterampilan keluarga diperoleh adanya perubahan nilai rata-rata keterampilan pre dan post intervensi. Peningkatan skor rata-rata keterampilan 10 keluarga binaan meningkat (dari 61,4 menjadi 73,5 dengan standar deviasi 4,83. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 12,1 dan prosentase peningkatan keterampilan sebesar 15,1%.

Hasil evaluasi terhadap penerapan *Self Care Activity* pengendalian hipertensi diperoleh keluarga yang melakukan pengaturan diet hipertensi katagori baik sebesar 70%. Melakukan olahraga atau aktifitas fisik secara teratur dengan katagori baik sebesar 90% dan melakukan manajemen stres dengan katagori baik sebesar 70%. Evaluasi yang diharapkan setelah diberikan pendidikan kesehatan dan mempraktikan keterampilan yang sudah diajarkan adalah adanya penurunan tekanan darah. Hasil analisis terhadap penurunan tekanan darah terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik sebesar 28 mmHg dan diastolik sebesar 8 mmHg.

Evaluasi terhadap tingkat kemandirian keluarga dari 10 keluarga yang dibina diperoleh keluarga dengan tingkat kemandirian III sebesar 30% dan tingkat kemandirian IV sebesar 70%. Kriteria tingkat kemandirian yang telah dicapai oleh 10 keluarga diuraikan pada tabel 4.5 di bawah ini:

Tabel 4.5  
Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Mengatasi Hipertensi pada Lansia

No	Kriteria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Menerima petugas (perkesmas)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
2.	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya dengan benar	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
4.	Memanfaatkan fasilitas kesehatan secara benar	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5.	Melakukan tindakan pencegahan sederhana sesuai anjuran	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
7.	Melakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif	√	-	√	√	-	√	√	√	√	-
	<b>Tingkat Kemandirian Keluarga Akhir</b>	<b>IV</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>IV</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>IV</b>	<b>IV</b>	<b>IV</b>	<b>III</b>

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan menguraikan mengenai analisis pencapaian dan kesenjangan pengelolaan manajemen pelayanan kesehatan komunitas, asuhan keperawatan komunitas dan keluarga dengan lansia hipertensi setelah dilakukan intervensi MANSET HT. Pembahasan ini juga akan menguraikan mengenai faktor pendukung dan penghambat selama melakukan praktik keperawatan komunitas pada kelompok lansia dengan hipertensi.

#### **5.1 Analisis Pencapaian dan Kesenjangan**

##### **5.1.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Komunitas**

Intervensi yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah pertama yaitu struktur organisasi untuk pelaksanaan program pengendalian hipertensi belum optimal adalah pembentukan kelompok pendukung (Kader) MANSET HT dan pelatihan kader tentang program MANSET HT. Evaluasi yang diperoleh adalah terbentuknya kelompok pendukung (Kader) MANSET HT di RW 10 dan RW 04. Tupoksi yang disusun bersama kelompok pendukung adalah melakukan pendataan sasaran dengan cara melakukan deteksi pada lansia dengan hipertensi, memberikan informasi atau penyuluhan kesehatan kepada keluarga dan lansia dengan hipertensi, melaksanakan kegiatan di kelompok lansia, memberikan pelayanan rujukan, dan membuat pencatatan dan pelaporan.

Pembentukan kelompok pendukung sesuai dengan studi penelitian sebelumnya yaitu Amigo (2013) melakukan pembinaan lansia hipertensi dengan membentuk struktur organisasi berupa kelompok pendukung yang anggotanya berasal dari kader. Yenni (2012) melibatkan kader untuk menjadi kelompok pendukung untuk meningkatkan kesehatan pada kelompok dewasa dengan hipertensi. Suhadi (2012) membentuk kelompok peduli lansia yang merupakan modifikasi istilah dari kelompok pendukung (kader) yang telah disesuaikan dengan kondisi masyarakat setempat. Kelompok pendukung yang telah dibentuk oleh ketiga penulis tersebut

menunjukkan hasil yang positif untuk meningkatkan pengendalian hipertensi pada lansia.

Kelompok pendukung (kader) merupakan salah satu sumber dukungan sosial yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia. Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan kader dan tenaga kesehatan merupakan sumber dukungan sosial yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga dan masyarakat. Hasil penelitian Sabri (2002) menunjukkan bahwa dukungan sosial dari teman atau sahabat mempunyai peranan penting bagi lansia dan memberikan dampak positif terhadap kemandirian keluarga dan kesehatan psikososial lansia. Suhadi (2011) menjelaskan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan sosial dari petugas kesehatan atau kader memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan sosial. Strategi dukungan sosial yang digunakan oleh keluarga mempunyai hubungan yang bermakna dengan perawatan hipertensi oleh lansia (Nuraeni, 2013)

Pembentukan kelompok pendukung MANSET ini memberikan dampak positif terhadap pengendalian hipertensi pada lansia. Dengan adanya wadah atau struktur organisasi dan tupoksi yang jelas akan membantu mengatasi permasalahan yang ada di masyarakat tersebut khususnya masalah kesehatan hipertensi. Dalam struktur organisasi ini terdapat pembagian kerja, peran dan tanggung jawab sehingga kinerja kelompok pendukung menjadi lebih terorganisir sehingga lebih mudah untuk mengatasi masalah kesehatan hipertensi pada lansia. Pembentukan kelompok pendukung merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas yang melibatkan partisipasi masyarakat, keluarga, dan kelompok berisiko tinggi atau bekerja sama dengan kelompok yang telah ada di masyarakat untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2010).

Marquis dan Huston (2013) menyatakan organisasi diperlukan untuk menyelesaikan lebih banyak pekerjaan daripada yang dapat dilakukan oleh



individu. Dengan adanya struktur organisasi dapat memberikan jalur komunikasi yang jelas, kerangka dan rencana kerja yang jelas, peran dan fungsi serta tanggung jawab ditetapkan dan diatur secara sistematis. Struktur organisasi mengacu kepada bagaimana suatu kelompok dibentuk, jalur komunikasinya, dan cara mengatur otoritas dan mengambil keputusan (Marquis & Huston, 2013).

Pembentukan kelompok pendukung ini sesuai dengan kebijakan pemerintah terkait program pengendalian hipertensi yaitu perlunya struktur organisasi yang jelas. Besar kecilnya struktur akan mempengaruhi kegiatan rutin dan pengembangan program pengendalian. Tujuan pengorganisasian dalam pengendalian hipertensi agar program dilakukan secara efektif, efisien, dan berkualitas serta dapat memanfaatkan sumber daya atau potensi yang ada (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Memanfaatkan sumber daya dan potensi yang ada dapat dilakukan dengan pembentukan kelompok pendukung (kader). Pembentukan kelompok pendukung termasuk strategi intervensi pemberdayaan yang melibatkan masyarakat, kelompok dan keluarga. Pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu pendekatan yang telah terbukti sebagai strategi untuk memecahkan masalah yang terjadi di masyarakat, melalui proses pemberdayaan ini masyarakat mampu menggunakan kekuatan untuk bertindak secara efektif dalam mengubah kehidupan dan lingkungan masyarakat (Kasmel & Andersen, 2011). Pemberdayaan masyarakat ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pembangunan masyarakat dalam bentuk pelatihan keterampilan. Melalui kegiatan tersebut masyarakat memiliki kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (*self reliance in health*) (Notoatmojo, 2007).

Setelah terbentuk kelompok pendukung MANSET HT maka perlu dibekali dengan pengetahuan mengenai program MANSET HT melalui pelatihan. Hasil evaluasi yang diperoleh kelompok pendukung (kader) mengenai program MANSET HT terjadi peningkatan pengetahuan signifikan sebesar 14,86% (dari

rata-rata nilai 32,96 menjadi 38,91) dengan hasil uji statistik menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah diberikan pelatihan.

Peningkatan pengetahuan kelompok pendukung (kader) setelah dilakukan pelatihan ini sesuai dengan studi sebelumnya. Amigo (2013) melakukan pelatihan pada kelompok pendukung dan evaluasi yang diperoleh adalah terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan setelah dilakukan pelatihan. Yenni (2012) melibatkan kader untuk menjadi kelompok pendukung dan upaya meningkatkan kemampuan kader tersebut dilakukan pelatihan. Hasilnya menunjukkan peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap setelah diberikan pelatihan. Marquis dan Huston (2013) menjelaskan bahwa seseorang dapat melakukan tugasnya dengan baik apabila memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik. Pelatihan pada kelompok pendukung merupakan salah satu bentuk pengorganisasian sumber daya manusia untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (Huber, 2006).

Dampak peningkatan pengetahuan pada kelompok pendukung menyebabkan peningkatan perilaku untuk melaksanakan program pengendalian hipertensi melalui MANSET HT. Kelompok pendukung yang telah dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan ini diharapkan aktif memberikan dukungan kepada lansia sehingga dapat mempengaruhi dan mengubah perilaku lansia untuk menjalankan pola hidup sehat. Hal ini sesuai dengan pendapat Dalyoko (2010) pengetahuan atau kognitif berperan penting dalam membentuk perilaku seseorang. Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan salah satunya oleh faktor pengetahuan.

Hasil analisis penulis, struktur organisasi yang jelas berupa kelompok pendukung MANSET HT disertai tupoksi yang jelas dapat membantu melaksanakan program pengendalian hipertensi lebih efektif. Pengorganisasian sumber daya manusia dilakukan melalui pelatihan pada kelompok pendukung. Kelompok pendukung yang telah dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan memiliki hubungan yang bermakna dalam pengendalian hipertensi pada lansia. Pembentukan

kelompok pendukung dapat dimanfaatkan oleh lansia sebagai sumber dukungan sosial untuk meningkatkan derajat kesehatan. Friedman, Bowden dan Jones (2010) menjelaskan bahwa salah satu strategi koping dalam keluarga adalah dukungan sosial. Dukungan sosial dapat diperoleh secara internal dan external. Dukungan internal berasal dari keluarga sedangkan dukungan external berasal dari teman, tetangga, kader dan petugas kesehatan. Berdasarkan hal diatas maka kelompok pendukung yang dibentuk bisa dimanfaatkan oleh keluarga untuk mendapatkan informasi tentang perawatan hipertensi.

Intervensi yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah kedua yaitu pengembangan sumber daya manusia (kader) dalam pelaksanaan program hipertensi belum optimal yaitu melakukan pelatihan mengenai program MANSET HT kepada kelompok pendukung (Kader). Tindak lanjut dari pelatihan maka intervensi selanjutnya adalah pendampingan kader dalam mempraktikkan MANSET HT pada saat kegiatan kelompok lansia dan melakukan pendampingan kader dalam melakukan penyuluhan kesehatan dan pengendalian MANSET HT melalui kunjungan rumah.

Hasil evaluasi keterampilan kelompok pendukung (kader) tentang MANSET HT adalah mampu melatih senam antistroke dan relaksasi otot progresif kepada kelompok lansia sebesar 38,46%. Untuk keterampilan relaksasi meditasi kelompok pendukung belum mampu untuk melakukan keterampilan tersebut karena kurang percaya diri untuk membimbing lansia melakukan relaksasi meditasi. keterampilan relaksasi meditasi ini perlu dilatih terus menerus karena membutuhkan keahlian yang terampil dan profesional sehingga lebih tepat dilakukan oleh petugas kesehatan yang sudah terlatih.

Hasil evaluasi terhadap keterampilan melakukan penyuluhan kesehatan diperoleh 42,6% anggota kelompok pendukung (kader) mampu melakukan kegiatan tersebut dengan rata-rata nilai 78. Kelompok pendukung (kader) mampu melakukan pemantauan dan pengendalian hipertensi yang telah dilakukan oleh lansia melalui kunjungan rumah sebesar 42,6%. Suhadi (2012) melakukan pelatihan pada

kelompok peduli lansia dengan hasil terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan setelah diberikan pelatihan. Hasil lainnya adalah terjadi peningkatan kemampuan kelompok peduli lansia dalam melakukan penyuluhan kesehatan pada lansia.

Kepersonaliaan (*staffing*) adalah fase ketiga dari proses manajemen. Salah satu tugas kepersonaliaan adalah pengembangan sumber daya manusia (Marquis & Huston, 2013). Setelah terbentuk struktur organisasi kelompok pendukung MANSET HT maka langkah selanjutnya adalah melakukan pelatihan sebagai upaya pengembangan staf untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Marquis dan Huston (2013) menjelaskan pelatihan merupakan komponen dalam pengembangan staf. Pelatihan adalah metode terorganisasi yang memastikan bahwa seseorang mempunyai pengetahuan dan keterampilan khusus untuk melaksanakan tugas kerja. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan berdampak pada peningkatan kinerja dan produktifitas (Marquis & Huston, 2013)

Analisis penulis, pembentukkan struktur organisasi dan program pelatihan pada kelompok pendukung berdampak positif terhadap program pengendalian hipertensi. Adanya kelompok pendukung yang terlatih dapat membantu dalam melaksanakan program pengendalian hipertensi di masyarakat. Fungsi dari kelompok pendukung lansia hipertensi adalah meningkatkan kesehatan lansia dengan cara menciptakan lingkungan sosial yang mendukung perilaku hidup sehat dan membantu menurunkan stres akibat kejadian hidup yang dapat mencetuskan tekanan darah tinggi (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006).

Kelompok pendukung ini merupakan salah satu sumber dukungan sosial bagi lansia dengan hipertensi untuk melakukan perawatan hipertensi dengan baik. Hal ini sesuai dengan teori Miller (2012) bahwa lansia yang mendapatkan dukungan sosial yang baik dapat mencegah terjadinya stres dalam kehidupan lansia, dan meningkatkan kemampuan fungsional lansia. Anwar (2006) menjelaskan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu konsep penting bagi perawat sebab

dukungan sosial tidak saja berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan, namun juga berpengaruh terhadap perilaku sehat lansia.

### 5.1.2 Asuhan Keperawatan Komunitas

Intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan komunitas pada lansia dengan hipertensi yaitu melaksanakan program MANSET HT yang terdiri dari pendidikan kesehatan, dan melatih keterampilan manajemen stres, *exercise*, dan diet hipertensi. Evaluasi yang diperoleh setelah memberikan pendidikan kesehatan terjadi perubahan nilai rata-rata pre dan post. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan kelompok lansia meningkat (dari 38 menjadi 44,2 dengan standar deviasi 3,1). Prosentase peningkatan pengetahuan signifikan sebesar 13,47%. Hasil uji statistik menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah dilakukan intervensi.

Evaluasi hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Widyasari dan Candrasari (2010) yaitu terdapat perbedaan rata-rata pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi pada lansia. Amigo (2013) memperoleh hasil peningkatan pengetahuan pada kelompok lansia setelah diberikan pendidikan kesehatan. Suhadi (2012) menyatakan pemberian pendidikan kesehatan pada anggota kelompok peduli lansia hipertensi memiliki dampak positif berupa peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan lansia dan keluarganya.

Peningkatan pengetahuan pada kelompok lansia menyebabkan peningkatan perilaku perawatan hipertensi (MANSET HT). Dalyoko (2010) menjelaskan pengetahuan atau kognitif berperan penting dalam membentuk perilaku seseorang. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan salah satunya oleh faktor pengetahuan. Pender, Murdaugh dan Parsons (2006) menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan merupakan upaya program multidimensial dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pengetahuan mengenai masalah kesehatan dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap penyakit tersebut (Anderson & McFarlan, 2011).

Evaluasi terhadap keterampilan perawatan hipertensi (MANSET HT) terjadi perubahan nilai rata-rata pre dan post. Skor rata-rata keterampilan kelompok lansia meningkat (dari 59,03 menjadi 70,9 dengan standar deviasi 5,1). Prosentase peningkatan keterampilan signifikan sebesar 18,59%. Hasil uji statistik menunjukkan terjadi peningkatan perilaku yang signifikan setelah dilakukan intervensi. Hasil ini sesuai dengan Amigo (2013) yang memperoleh hasil terjadi peningkatan keterampilan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Hasil evaluasi pre dan post sikap kelompok lansia terjadi perubahan nilai rata-rata. Skor rata-rata sikap kelompok lansia meningkat (dari 31,53 menjadi 34,97 dengan standar deviasi 3,06). Prosentase peningkatan sikap signifikan sebesar 8,6%. Hasil uji statistik menunjukkan terjadinya peningkatan sikap yang signifikan setelah dilakukan intervensi. Hasil ini sesuai dengan Umah, Madyastuti dan Rizqiyah (2012) menyatakan penderita hipertensi mengalami peningkatan sikap tentang diet hipertensi setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kesehatan dengan sikap. Amigo (2013) menyatakan ada peningkatan sikap kelompok lansia dengan hipertensi setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Analisis penulis informasi tentang hipertensi dan perawatannya melalui program MANSET HT yang diberikan melalui pendidikan kesehatan kepada kelompok lansia mempengaruhi pembentukan pengetahuan, perilaku, dan sikap dalam pengendalian hipertensi. Informasi yang diberikan baik secara langsung maupun tidak langsung mempunyai pengaruh dalam peningkatan pengetahuan, pembentukan opini dan kepercayaan orang. Kelompok lansia yang mendapatkan pendidikan kesehatan yang benar dan tepat akan memberikan bekal pengetahuan yang cukup untuk dapat melaksanakan pola hidup sehat sehingga terbentuk perilaku dan sikap yang baik dalam pengendalian hipertensi.

Hasil evaluasi penurunan tekanan darah setelah dilakukan intervensi diperoleh perbedaan dari masing masing intervensi yang diberikan. Tahap pertama adalah melakukan intervensi **Relaksasi Meditasi** diperoleh hasil terjadi penurunan rata-

rata tekanan darah sistolik dari 157,33 mmHg menjadi 151,67 mmHg dengan standar deviasi 15,52. Selisih beda tekanan darah rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 5,66 mmHg. hasil uji stastistik terjadi penurunan tekanan darah sistolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi. Untuk tekanan darah diastolik terjadi perubahan rata-rata dari 91,83 mmHg menjadi 89 mmHg dengan standar deviasi 11,18. Selisih beda tekanan darah rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 2,83 mmHg. hasil uji statsitik menunjukkan terjadi penurunan tekanan darah diastolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Intervensi relaksasi meditasi yang penulis lakukan menghasilkan penurunan tekanan darah lebih besar dibandingkan dengan penelitian Subramanian, dkk (2011) yang memperoleh hasil penurunan tekanan darah sistolik sebesar 2,36 mmHg dan diastolik sebesar 2,44 setelah diberikan intervensi teknik relaksasi meditasi (yoga). Sudiarto (2007) melakukan teknik relaksasi meditasi pada lansia dengan hasil terjadi penurunan tekanan darah sistolik secara sebesar 7,67 mmHg sedangkan tekanan darah diastolik tidak terjadi penurunan yang signifikan.

Perbedaan ini terdapat pada metodologi dan lamanya dan frekuensi pelaksanaan relaksasi. Teknik relaksasi meditasi yang dilakukan oleh penulis tidak hanya dilakukan dalam kelompok tetapi ditindaklanjuti dengan melakukan relaksasi meditasi oleh lansia secara mandiri di rumah setiap hari sebanyak 2 kali sehari. Penulis juga bekerja sama dengan keluarga untuk memantau apakah teknik relaksasi tersebut dilakukan atau tidak oleh lansia. Selain itu pemantauan dilakukan dengan mendokumentasikan kegiatan di buku pemantauan pengendalian hipertensi di rumah. Dukungan sosial dari keluarga memberi dampak positif terhadap pengendalian hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Edelman dan Mandle (2010) menyatakan dukungan sosial dari keluarga, teman dan tenaga kesehatan berkontribusi terhadap derajat kesehatan.

Kelompok lansia yang melakukan relaksasi meditasi ini rata-rata mengalami penurunan tekanan darah namun jika dianalisa per individu terdapat 26,7% lansia yang belum mengalami penurunan tekanan darah. Hal ini disebabkan lansia

tersebut belum melakukan relaksasi meditasi dengan baik dimana konsentrasi lansia belum terfokus pada satu pikiran. Relaksasi meditasi sangat dipengaruhi oleh kemampuan lansia dalam berkonsentrasi dan faktor lingkungan. Edelman dan Mandle (2010) menjelaskan meditasi merupakan teknik relaksasi dengan cara fokus berkonsentrasi pada satu pikiran, bisa disertai dengan nafas dalam, mengucapkan kata atau kalimat. Meditasi ini memerlukan lingkungan yang tenang untuk meningkatkan konsentrasi.

Tahap kedua yaitu melakukan intervensi **Relaksasi Meditasi dan Exercise** terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik (dari 157,33 mmHg menjadi 147,33 mmHg dengan standar deviasi 15,52). Selisih beda tekanan darah rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 10 mmHg. Hasil uji statistik terjadi penurunan tekanan darah sistolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi. Tekanan darah diastolik terjadi penurunan rata-rata tekanan darah (dari 91,83 mmHg menjadi 87,33 mmHg dengan standar deviasi 11,18). Selisih beda tekanan darah rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 4,5 mmHg. Hasil uji statistik terjadi penurunan tekanan darah diastolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Intervensi relaksasi meditasi yang dikombinasikan dengan *exercise* menghasilkan penurunan tekanan darah yang lebih besar. Tekanan darah sistolik menurun sebesar 5,66 mmHg dan 2,83 mmHg sedangkan setelah dikombinasikan tekanan darah sistolik menurun menjadi 10 mmHg dan diastolik 4,5 mmHg. Hasil penelitian terkait aktifitas fisik memiliki perbedaan penurunan tekanan darah namun penurunan tersebut masih lebih rendah dibandingkan jika dikombinasikan dengan intervensi lain. Luckson (2010) menyatakan olahraga jalan kaki 20 menit perhari dapat menurunkan tekanan sistolik dan diastolik sekitar 2 – 3 mmHg. Lochner, Ruggae, dan Judkins (2006) menyatakan latihan fisik seperti aerobik dengan intensitas sedang selama 40 menit dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan diastolik sebesar 4 mmHg. Sedangkan Padwal, Campbell, dan Touyz (2005) menjelaskan latihan fisik seperti aerobik, jalan kaki, jalan cepat



dan bersepeda dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 4,9 mmHg dan diastolik sebesar 3,7 mmHg.

Hal ini menunjukkan intervensi dengan kombinasi 2 intervensi akan menghasilkan penurunan tekanan darah yang lebih besar dibandingkan dengan 1 intervensi. Efek *exercise* secara fisiologis adalah terjadi penurunan sistem saraf simpatis yang mengakibatkan dilatasi pembuluh darah lalu menurunkan tahanan perifer sehingga terjadi penurunan tekanan darah (Edelman & Mandle, 2010). Selain itu aktivitas fisik dapat meningkatkan sirkulasi darah ke jantung dan kelenturan arteri (Kowalski, 2010). Meditasi menyebabkan fungsi fisiologi tubuh rileks, frekuensi nafas dan denyut nadi menjadi menurun. Sistem saraf otonom yang melakukan pengaturan proses organ dalam menjadi lebih stabil. Perubahan fisiologis ini yang berdampak terhadap penurunan tekanan darah (Mendhurwar & Gadakari, 2012). Kombinasi dari kedua efek intervensi ini menghasilkan efek yang lebih baik sehingga terjadi penurunan tekanan darah.

Walaupun kombinasi 2 intervensi menghasilkan penurunan tekanan darah secara bermakna namun jika dianalisa tekanan darah secara individu, masih ada yang belum mengalami penurunan tekanan darah sebesar 10%. Hal ini disebabkan karena selain faktor konsentrasi yang menurun pada lansia saat melakukan meditasi terdapat faktor lainnya. Faktor tersebut adalah saat melakukan latihan fisik (senam antistroke) lansia tersebut belum melakukan gerakan dengan benar dan belum melaksanakan latihan fisik secara teratur. Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur dapat menurunkan tekanan darah (Edelman & Mandle, 2010).

Setelah dilakukan intervensi **Relaksasi meditasi, Exercise, dan Relaksasi Otot Progresif** diperoleh hasil terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik (dari 157,33 mmHg menjadi 135,67 mmHg dengan standar deviasi 15,52). Selisih beda tekanan darah rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 21,96 mmHg. Hasil uji statistik terjadi penurunan tekanan darah sistolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi. Tekanan darah diastolik Terjadi penurunan rata-rata

tekanan darah (dari 91,83 mmHg menjadi 87,33 mmHg dengan standar deviasi 11,18). Selisih beda tekanan darah rata-rata pre intervensi dan post intervensi sebesar 4,5 mmHg. Hasil uji statistik terjadi penurunan tekanan darah diastolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi.

Penurunan tekanan darah pada tahap ketiga yaitu setelah menambahkan intervensi relaksasi otot hasilnya lebih besar daripada tahap kedua. Penurunan tekanan darah sistolik sebesar 21,96 mmHg dan diastolik sebesar 4,5 mmHg. Hasil ini berbeda jika melakukan intervensi relaksasi otot progresif secara terpisah. Dickinson, Campbell, Beyer, Nicolson, Cook, Ford dan Mason (2008) menjelaskan terapi relaksasi otot progresif efektif menurunkan tekanan darah sistolik 5,5 mmHg dan diastolik 3,5 mmHg. Harmono (2010) melakukan penelitian relaksasi otot progresif pada penderita hipertensi selama 6 hari berturut-turut memperoleh hasil penurunan tekanan darah sistolik sebesar 16,6 mmHg dan diastolik sebesar 3,8 mmHg. Uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara relaksasi otot progresif dengan penurunan tekanan darah.

Perbedaan hasil ini disebabkan adanya perbedaan metodologi dimana penulis melakukan kombinasi 3 intervensi sedangkan penelitian Campbell, Beyer, Nicolson, Cook, Ford dan Mason (2008) dan Harmono (2010) hanya melakukan intervensi relaksasi otot progresif saja. Perbedaan lain yaitu lama pelaksanaan intervensi. Penulis melakukan intervensi masing-masing tahap dilakukan selama 4 minggu sehingga total intervensi adalah 12 minggu. Sedangkan Harmono (2010) hanya melakukan intervensi selama 6 hari selama 15 menit.

Hasil evaluasi dari kombinasi 3 intervensi diatas dapat dilihat bahwa jika intervensi dilakukan secara terpisah akan berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah. Paket intervensi dengan mengkombinasikan beberapa intervensi akan menyebabkan semakin besar penurunan tekanan darah yang terjadi. Hasil analisis penulis berdasarkan hasil intervensi yang didapatkan dan berdasarkan hasil jurnal penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa walaupun hasil uji statistik setiap intervensi menunjukkan hasil yang bermakna namun kombinasi

beberapa intervensi akan menghasilkan penurunan tekanan darah lebih tinggi dibandingkan dengan melakukan intervensi secara terpisah.

Analisis terhadap penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik juga menunjukkan perbedaan. Penurunan tekanan darah sistolik pada tahap pertama sampai ketiga lebih besar dibandingkan penurunan tekanan diastolik. Hal ini disebabkan karena hipertensi pada lansia merupakan hipertensi sistolik terisolasi yaitu peningkatan tekanan darah sistolik (lebih dari 140 mmHg) tetapi tidak disertai dengan peningkatan tekanan darah diastolik (kurang dari 90 mmHg) (Lueckenotte, 2000). Hasil pengukuran tekanan darah pertama sebesar 66,67% didapatkan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan diastolik kurang dari 90 mmHg.

Hipertensi ini disebabkan karena proses penuaan yaitu terjadinya penurunan elastisitas dan kemampuan meregang pada arteri besar. Penurunan volume darah dan output jantung disertai kekakuan arteri besar menyebabkan penurunan tekanan diastolik (Lueckenotte, 2000). Berdasarkan proses fisiologis tersebut maka tekanan darah yang lebih terlihat berfluktuasi menurun dan meningkat adalah tekanan darah sistolik. Efek dari intervensi relaksasi meditasi, *exercise* dan relaksasi progresif adalah vasodilatasi pembuluh darah dan peningkatan sirkulasi darah. Tekanan darah sistolik akan menurun drastis dibandingkan tekanan darah diastolik setelah dilakukan intervensi, karena vasodilatasi dan peningkatan sirkulasi darah menyebabkan tahanan perifer menurun dan kontraksi jantung meningkat sehingga darah dipompakan ke seluruh tubuh dengan adekuat.

Tekanan diastolik setelah melakukan intervensi tahap kedua dan ketiga menghasilkan angka yang sama yaitu 4,5 mmHg. Hasil observasi penulis terdapat 10% lansia yang belum melakukan latihan peregangan dan relaksasi dengan maksimal terutama ketika melakukan gerakan pada otot wajah, otot dada dan perut. Pelaksanaan latihan relaksasi otot progresif yang akan mempengaruhi terhadap hasil penurunan tekanan darah. Apabila latihan relaksasi tersebut belum efektif maka hasil yang diperoleh pun tidak terlalu maksimal.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, penulis menganalisis bahwa setiap intervensi keperawatan yang dilakukan kepada lansia akan menghasilkan penurunan tekanan darah yang signifikan. Namun penurunan tekanan darah ini akan lebih maksimal apabila melakukan kombinasi dari beberapa intervensi keperawatan.

### 5.1.3 Asuhan Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada 10 keluarga binaan dengan lansia hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses pengkajian menggunakan model *Family Centered Nursing*. Berdasarkan hasil pengkajian pada 10 keluarga binaan ditemukan diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga (NANDA 2012 -.2014), Koping keluarga tidak efektif (NANDA 2012 -.2014), gangguan kemampuan keluarga dalam mengelola penatalaksanaan diet hipertensi (ICNP, 2013), dan gangguan kemampuan keluarga dalam mengelola aktifitas fisi (ICNP, 2013).

Tujuan intervensi untuk mengatasi diagnosa keperawatan tersebut mengacu kepada 5 tugas keluarga keluarga mampu mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Status kesehatan keluarga dipengaruhi oleh pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga (Amigo, 2012). Maglaya (2009) menjelaskan kesehatan anggota keluarga sangat dipengaruhi oleh kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup lima tugas yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

Upaya untuk mengatasi diagnosa tersebut maka dilakukan pemberian pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang pengertian hipertensi, klasifikasi, penyebab, tanda dan gejala hipertensi, serta akibat lanjut. Informasi selanjutnya tentang perawatan dan pengendalian hipertensi, cara memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Evaluasi yang didapatkan setelah melakukan pendidikan kesehatan terhadap 10 keluarga binaan yaitu terjadi perubahan nilai

rata-rata pengetahuan pre dan post intervensi. Peningkatan skor rata-rata pengetahuan 10 keluarga binaan meningkat (dari 37,9 menjadi 43,9 dengan standar deviasi 2,64). Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 6 dan prosentase peningkatan pengetahuan sebesar 13,04% setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Notoatmodjo (2007) menjelaskan pengetahuan merupakan salah satu faktor yang membentuk perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan. Keluarga yang mendapatkan pengetahuan tentang perawatan hipertensi menunjukkan perawatan yang lebih efektif dibandingkan dengan keluarga yang tidak mendapatkan pengetahuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan Suhadi (2011) yang menjelaskan pengetahuan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan lansia dalam melakukan perawatan hipertensi. Nuraeni (2013) dukungan kognitif keluarga dengan mencari pengetahuan atau informasi tentang perawatan hipertensi memiliki hubungan yang bermakna dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia di rumah.

Perilaku perawatan hipertensi dibentuk dari domain kognitif, afektif dan perilaku. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku tersebut akan tetap dipertahankan menurut Notoatmodjo (2007). Maka upaya selanjutnya untuk membantu keluarga dan lansia dalam meningkatkan perilaku pengendalian hipertensi adalah melatih dan membimbing keluarga dalam melakukan keterampilan perawatan hipertensi. Keterampilan yang dilatih meliputi pengaturan diet rendah garam dan diet DASH, manajemen stres (meditasi dan relaksasi otot progresif) dan latihan fisik (senam antistroke).

Hasil evaluasi terhadap sikap keluarga terjadi perubahan nilai rata-rata pre dan post intervensi. Peningkatan skor rata-rata sikap 10 keluarga binaan meningkat (dari 32 menjadi 34,5 dengan standar deviasi 3,43. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 2,5 dan prosentase peningkatan keterampilan sebesar 6,2% setelah dilakukan intervensi. Evaluasi keterampilan keluarga diperoleh adanya perubahan nilai rata-rata keterampilan pre dan post intervensi.

Peningkatan skor rata-rata keterampilan 10 keluarga binaan meningkat (dari 61,4 menjadi 73,5 dengan standar deviasi 4,83. Selisih beda nilai rata-rata pre test dan post test sebesar 12,1 dan prosentase peningkatan keterampilan sebesar 15,1% setelah dilakukan intervensi.

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap juga diartikan sebagai penilaian seseorang terhadap stimulus masalah kesehatan. Setelah mengetahui stimulus, kemudian mengadakan penilaian, maka selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan hasil evaluasi peningkatan sikap sebesar 6,2%. Peningkatan sikap ini merupakan dampak dari peningkatan pengetahuan. Adanya peningkatan pengetahuan dan sikap maka mendorong keluarga untuk mempraktikkan keterampilan pengendalian hipertensi yang diajarkan. Hal ini didukung dengan adanya peningkatan keterampilan sebesar 15,1%.

Hasil evaluasi terhadap penerapan *self care activity* pengendalian hipertensi diperoleh keluarga yang melakukan pengaturan diet hipertensi katagori baik sebesar 70%. Melakukan olahraga atau aktifitas fisik secara teratur dengan katagori baik sebesar 90% dan melakukan manajemen stres dengan katagori baik sebesar 70%. Hal ini menunjukkan bahwa lansia memiliki kemampuan untuk melakukan pengendalian hipertensi secara mandiri di rumah. Keberhasilan pengendalian hipertensi di rumah tidak terlepas dari dukungan keluarga. Herlinah (2011) menjelaskan dukungan keluarga sangat diperlukan oleh lansia dalam mengendalikan hipertensi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia. Dukungan ini dapat berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, informasi, dan instrumental.

Evaluasi yang diharapkan setelah diberikan pendidikan kesehatan dan mempraktikkan keterampilan yang sudah diajarkan adalah adanya penurunan tekanan darah. Hasil analisis terhadap penurunan tekanan darah terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistolik sebesar 28 mmHg dan diastolik sebesar 8 mmHg. Rumijati (2008) melakukan intervensi keperawatan manajemen stres

berupa relaksasi nafas dalam, imagery dan relaksasi otot progresif. Hasil evaluasi tekanan darah setelah dilakukan intervensi selama 12 kali pertemuan diperoleh penurunan tekanan darah sistolik sebesar 11,7 mmHg.

Penurunan sistolik lebih besar dibandingkan dengan diastolik karena ada lansia yang pada pengukuran awal sebesar 200/100 mmHg. Penatalaksanaan yang sudah dilakukan pada lansia tersebut adalah dengan merujuk untuk mendapatkan pengobatan dan tetap melakukan *self care activity* berupa pengaturan diet, olahraga dan manajemen stres. Pada akhir intervensi lansia tersebut mengalami penurunan tekanan darah secara signifikan sehingga mempengaruhi rata-rata penurunan tekanan darah. manajemen stres

Analisis penulis penurunan tekanan darah akan terjadi secara signifikan jika keluarga dan lansia memiliki perilaku pengendalian hipertensi yang baik. Perilaku dibentuk oleh pengetahuan, sikap dan tindakan. Jika keluarga memiliki pengetahuan, sikap dan tindakan yang baik maka perilaku pengendalian hipertensi akan baik pula. Dukungan keluarga dan masyarakat akan membantu lansia dalam meningkatkan pengendalian hipertensi. Hal ini sesuai dengan teori perilaku Snehandu Kar (dalam Notoatmodjo, 2007) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh ada atau tidaknya informasi kesehatan, keinginan mengambil keputusan untuk bertindak, situasi yang memungkinkan untuk bertindak dan dukungan dari masyarakat.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada keluarga diharapkan dapat meningkatkan kemandirian keluarga terhadap perawatan kesehatan. Kemandirian keluarga dinilai berdasarkan pelaksanaan lima tugas keluarga (Depkes RI, 2006). Hasil evaluasi kemandirian keluarga pada 10 keluarga binaan diperoleh 70% (7 keluarga) mencapai tingkat kemandirian IV dan 30% (3 keluarga) mencapai tingkat kemandirian III. Hal ini disebabkan. Hal ini disebabkan sistem dukungan keluarga belum optimal. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial internal dalam melakukan perawatan kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Dukungan sosial salah satunya berasal dari keluarga besar yang sangat

berkontribusi terhadap kesehatan dengan menciptakan lingkungan yang mendorong seseorang untuk berperilaku sehat, meningkatkan rasa percaya diri dan kesejahteraan, dan memberikan umpan balik sehingga tindakan individu menciptakan hasil yang diharapkan (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010).

Berdasarkan hasil evaluasi dari 10 keluarga binaan yang sudah diuraikan diatas, selanjutnya penulis akan menguraikan hasil evaluasi pada 1 keluarga binaan yaitu keluarga Ibu E. Diagnosa keperawatan pertama yang ditemukan pada keluarga Ibu E adalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan hipertensi pada keluarga Ibu E. Upaya untuk mengatasi diagnosa tersebut adalah melakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan perawatannya. evaluasi yang didapatkan setelah pemberian pendidikan kesehatan adalah nilai rata-rata pengetahuan meningkat (dari nilai rata-rata 39 menjadi 43) dengan prosentase peningkatan sebesar 8,7%. Nilai rata-rata sikap meningkat (dari nilai rata-rata 33 menjadi 40) dengan prosentase peningkatan 17,5%. Nilai rata-rata keterampilan meningkat (nilai rata-rata 59 menjadi 79) dengan prosentase peningkatan sebesar 25%

Walaupun peningkatan pengetahuan lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata pengetahuan 10 keluarga binaan. Namun keluarga Ibu E memiliki dukungan dari keluarga besar yaitu Adik dari Ibu E dan anak ibu E yang lain yang tinggal di wilayah RW yang sama. Adanya dukungan dari keluarga inti dan keluarga besar membuat Ibu E memiliki keinginan dan motivasi untuk melakukan perawatan hipertensi dan mempraktikkan keterampilan yang dimiliki. Hal ini didukung dengan prosentase sikap meningkat sebesar 17,5% dan keterampilan meningkat sebesar 25%. Peningkatan ini lebih tinggi dibandingkan dengan peningkatan rata-rata 10 keluarga binaan.

Sunandar (2006) menjelaskan pengetahuan keluarga tentang perawatan kesehatan lanjut usia merupakan salah satu aspek pemberdayaan keluarga dalam perawatan lansia di komunitas. Kolaborasi dan kemitraan yang dibangun oleh perawat komunitas dengan keluarga memberikan kesempatan kepada keluarga untuk melakukan perawatan lansia di rumah. Stanhope dan Lancaster (2010)



menjelaskan pengembangan potensi keluarga dalam perawatan lansia memberikan dampak terhadap penurunan biaya perawatan yang harus dikeluarkan.

Evaluasi terhadap keterampilan spesifik pengaturan diet dan olahraga dilakukan dengan menghitung nilai *self care activity* pengendalian hipertensi yang dilakukan oleh keluarga. Keluarga ibu E mampu mengatur diet hipertensi dalam menu makanan sehari-hari dengan kategori baik (nilai rata-rata keterampilan Ibu E 51, mean 47). Hal ini disebabkan Ibu E sudah memiliki pengetahuan tentang diet hipertensi dan mendapat dukungan dari keluarga dengan selalu mengingatkan makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak boleh dikonsumsi. Hal ini sesuai dengan penelitian Umah, Madyastuti dan Rizqiyah (2012) menyatakan penderita hipertensi mengalami peningkatan keterampilan dalam mengatur diet setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan. Hasil uji statistiknya menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kesehatan dengan pengetahuan lansia tentang diet hipertensi.

Evaluasi terhadap keterampilan aktifitas fisik mengalami peningkatan. Ibu E melakukan olahraga secara teratur dengan mengikuti senam antistroke yang dilaksanakan oleh penulis setiap hari Rabu dan dilaksanakan oleh kelompok pendukung (kader) setiap hari minggu. Ibu E juga setiap pagi melakukan aktifitas fisik jalan kaki 30 menit setiap hari. Aktifitas fisik keluarga Ibu termasuk kategori baik (nilai rata-rata keterampilan Ibu E 8, mean 6,8). Evaluasi tekanan darah setelah dilakukan intervensi selama 8 kali kunjungan terjadi penurunan dari 200/100 mmHg menjadi 160/90 mmHg. Pender, Murdauhg, dan Parsons (2006) menjelaskan aktifitas yang dilakukan secara teratur memberikan efek terhadap penurunan tekanan darah. Padwal, Campbell, Touyz (2005) menjelaskan latihan fisik seperti aerobik, jalan kaki, jalan cepat dan bersepeda dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 4,9 mmHg dan diastolik sebesar 3,7 mmHg.

Diagnosa keperawatan kedua pada Ibu E adalah coping keluarga tidak efektif. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa tersebut adalah melakukan pendidikan kesehatan, melatih manajemen stres meliputi relaksasi meditasi dan

relaksasi otot progresif serta konseling keluarga mengenai koping adaptif yang digunakan untuk mengatasi masalah keluarga Ibu E. Hasil evaluasi yang diperoleh Ibu E mampu melakukan meditasi dan relaksasi otot progresif. Pengendalian hipertensi melalui manajemen stres yang dilakukan oleh Ibu E termasuk kategori baik (nilai rata-rata keterampilan Ibu E 12, mean 11). Evaluasi tekanan darah setelah diberikan intervensi keperawatan berupa relaksasi meditasi, relaksasi otot progresif diperoleh penurunan tekanan darah menjadi 150/90 mmHg setelah 12 kali kunjungan rumah.

Intervensi manajemen stres pada Ibu E menghasilkan penurunan tekanan darah namun penurunan tekanan darah dari pertemuan ke-8 sampai ke-12 hanya menghasilkan penurunan tekanan darah sistolik 10 mmHg sedangkan diastolik tidak ada penurunan. Hal ini disebabkan karena lingkungan rumah Ibu E tidak kondusif dimana lingkungan rumah ramai oleh cucu Ibu E dan teman-temannya yang selalu bermain di rumah Ibu E. Selain itu Ibu E belum berkonsentrasi secara maksimal dan kurang rileks sehingga mempengaruhi penurunan tekanan darah. Edelman dan Mandle (2010) menjelaskan relaksasi memerlukan konsentrasi dan lingkungan yang kondusif.

Tingkat kemandirian Ibu E berada pada tingkat IV karena ibu sudah mampu melakukan tindakan pencegahan dan melakukan upaya peningkatan kesehatan setelah diberikan pendidikan kesehatan dan dilatih keterampilan dalam melakukan pengendalian hipertensi. Evaluasi terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan menunjukkan keluarga Ibu E memiliki perilaku yang baik dalam pengendalian hipertensi. Kemampuan perilaku keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi dipengaruhi oleh pengetahuan. Keluarga yang mendapatkan pengetahuan tentang perawatan hipertensi menunjukkan perawatan yang lebih efektif dibandingkan dengan keluarga yang tidak mendapatkan pengetahuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan Suhadi (2011) yang menjelaskan pengetahuan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan lansia dalam melakukan perawatan hipertensi. Nuraeni (2013) dukungan kognitif keluarga dengan mencari

pengetahuan atau informasi tentang perawatan hipertensi memiliki hubungan yang bermakna dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia di rumah.

## 5.2 Keterbatasan

Keterbatasan pelaksanaan intervensi keperawatan MANSET HT terkait evaluasi terhadap pengembangan kemampuan kader yaitu belum optimalnya keterampilan kader tentang MANSET HT khususnya relaksasi meditasi. Kader belum mampu untuk mempraktikkan melatih teknik relaksasi meditasi kepada lansia. Relaksasi meditasi ini membutuhkan keahlian yang terampil dan profesional. Keterampilan ini akan efektif jika dilatih oleh tenaga kesehatan sehingga memerlukan kerjasama dengan petugas kesehatan Puskesmas untuk melaksanakan intervensi ini pada saat melakukan kegiatan perkesmas berupa kunjungan rumah ke keluarga lansia dengan hipertensi.

Keterbatasan lain adalah tidak semua kader dapat melakukan penyuluhan kesehatan dalam kelompok dan melakukan kunjungan rumah. Evaluasi yang diperoleh hanya 42,6% kelompok pendukung yang sudah mampu melakukan keterampilan dalam melakukan penyuluhan dan kunjungan rumah. Hal ini disebabkan kader melakukan tugas ganda, yaitu melakukan pelayanan posbindu juga sebagai anggota kelompok pendukung MANSET HT. Kegiatan yang diikuti oleh kader sangat banyak menyebabkan ada beberapa kader yang belum dilakukan evaluasi akhir terhadap keterampilan dalam melakukan penyuluhan dan kunjungan rumah. Berdasarkan hal tersebut perlu dilakukan pelatihan berkelanjutan dan supervisi dari petugas kesehatan dalam upaya untuk meningkatkan keterampilan kader dalam melaksanakan program MANSET HT.

Keterbatasan pada kelompok lansia adalah ada beberapa lansia yang belum melakukan keterampilan dengan benar. Keterbatasan saat melakukan relaksasi meditasi adalah penurunan daya konsentrasi lansia, dan belum maksimalnya gerakan peregangan dan relaksasi saat melakukan relaksasi progresif sehingga mempengaruhi terhadap hasil penurunan tekanan darah. Dalam rangka meningkatkan keterampilan relaksasi meditasi dan relaksasi otot progresif maka

diperlukan kegiatan berkelanjutan. Kegiatan ini dapat dilakukan oleh kelompok pendukung (kader) yang sudah dilatih dan kerjasama dengan Puskesmas untuk melakukan supervisi terhadap kegiatan kelompok lansia dan kemampuan kader dalam melatih lansia.

Keterbatasan lain adalah belum optimalnya pemantauan terhadap program pengendalian hipertensi di rumah oleh keluarga yang ditandai dengan 30% lansia belum melakukan pengaturan diet hipertensi di rumah dengan baik, 10% lansia belum melakukan aktifitas secara teratur, dan 30% lansia belum melakukan manajemen stres dengan baik. Hal ini disebabkan karena kurangnya dukungan keluarga. Penulis pun tidak bisa melakukan pemantauan kepada seluruh anggota kelompok sehingga diperlukan kerjasama dengan kelompok pendukung untuk melakukan pemantauan program pengendalian hipertensi di rumah.

### **5.3. Implikasi Keperawatan**

#### **5.3.1. Implikasi Pelayanan Keperawatan Komunitas**

Intervensi keperawatan MANSET HT merupakan intervensi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah. Intervensi ini seharusnya dilakukan oleh tenaga yang profesional seperti perawat. Namun karena keterbatasan sumber daya dilakukan strategi intervensi pemberdayaan dengan meningkatkan peran serta kader. Untuk meningkatkan keterampilan kader perlu dilakukan pelatihan secara berkala dan berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan kader dalam program pengendalian hipertensi melalui MANSET HT. Namun tidak semua intervensi tersebut dapat dilakukan oleh kader. Intervensi relaksasi meditasi harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terampil.

Intervensi MANSET HT yang dilakukan oleh perawat dan kelompok pendukung (kader) dengan menggunakan buku kerja kunjungan rumah terbukti efektif dalam melakukan pengendalian hipertensi pada lansia sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Program intervensi ini dapat dijadikan sebagai program pembinaan kesehatan lansia di Dinas Kesehatan melalui program perawatan kesehatan masyarakat. Program ini dapat dilakukan oleh perawat puskesmas pada saat melakukan perawatan kesehatan masyarakat melalui kunjungan rumah. Kader

terlatih dapat melakukan kunjungan rumah untuk melakukan intervensi MANSET HT menggunakan buku kerja namun memerlukan bimbingan, supervisi dan monitoring dari penanggung jawab lansia di puskesmas.

Bagi dinas kesehatan bahwa hasil intervensi MANSET HT menunjukkan hasil yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah sehingga dapat dijadikan sebagai program kerja dalam rencana tahunan Dinas Kesehatan dalam rangka pengendalian hipertensi. Selain itu dapat menjadi alternatif pengembangan SDM yang dilakukan dengan meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan mengenai intervensi MANSET HT, sehingga pengembangan SDM tidak hanya pemberian pengetahuan saja.

### **5.3.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Intervensi MANSET HT menunjukkan hasil yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah. Perbedaan intervensi jika terpisah dan dikombinasikan menunjukkan perbedaan penurunan tekanan darah. Tekanan darah akan lebih menurun jika dilakukan secara kombinasi dibandingkan melakukan secara terpisah. Hal tersebut dapat dijadikan sebagai *evidence based* penelitian sehingga dapat dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai keefektifan program MANSET HT khususnya variabel manajemen stres terhadap pengendalian hipertensi yang dilakukan oleh lansia dan kelompok pendukung agar dapat teruji secara ilmiah sehingga bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan komunitas dan keluarga.

Intervensi MANSET HT yang dilakukan efektif dalam menurunkan tekanan darah, namun terdapat hambatan saat dilakukan oleh kelompok pendukung (kader) khususnya dalam melakukan intervensi relaksasi meditasi. Dengan demikian intervensi ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan keterampilan tenaga profesional. Guna meningkatkan keahlian dan keterampilan seorang perawat maka hendaknya intervensi ini dapat dijadikan sebagai kompetensi yang harus dicapai dari seorang perawat dengan jenjang minimal S1.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai simpulan dan saran dari uraian bab sebelumnya terhadap hasil praktik keperawatan komunitas yang meliputi manajemen pelayanan komunitas, asuhan keperawatan komunitas dan keluarga.

#### **6.1 Simpulan**

- 6.1.1 Telah terbentuk kelompok pendukung MANSET HT untuk melakukan program pengendalian hipertensi di RW 10 dan RW 04. Kegiatan kelompok pendukung ini berupa pemberian penyuluhan kesehatan dan kunjungan rumah. Pembentukan struktur pendukung sebagai salah satu sumber dukungan sosial bagi lansia terbukti efektif dalam melakukan pengendalian hipertensi pada lansia.
- 6.1.2 Peningkatan perilaku kelompok pendukung MANSET HT yang mencakup peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melaksanakan program MANSET HT. Program pelatihan tentang pengendalian hipertensi pada lansia yang diberikan pada kelompok pendukung memberikan dampak positif dimana dengan adanya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan kelompok pendukung meningkatkan motivasi mereka untuk membantu lansia dalam mengendalikan hipertensi.
- 6.1.3 Peningkatan perilaku kelompok lansia yang mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melaksanakan program pengendalian hipertensi melalui MANSET HT. Peningkatan perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi memberikan dampak positif yaitu adanya motivasi lansia untuk melakukan program MANSET HT di rumah sehingga terjadi penurunan tekanan darah.
- 6.1.4 Peningkatan perilaku keluarga yang mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melaksanakan program pengendalian hipertensi melalui MANSET HT. Keluarga yang memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang baik dapat memberikan motivasi dan membimbing lansia serta dapat memantau lansia dalam melakukan pengendalian MANSET HT di rumah.

- 6.1.5 Peningkatan kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi pada lansia.
- 6.1.6 Terjadi penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik secara signifikan setelah dilakukan intervensi MANSET HT. Integrasi beberapa intervensi yang dikemas menjadi MANSET HT ini terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah dibandingkan jika melakukan intervensi secara terpisah.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan**

- 6.2.1.1 Meningkatkan kebijakan perencanaan program pengendalian hipertensi dengan memasukkan intervensi MANSET HT sebagai bagian dari rencana tahunan untuk pembinaan kesehatan lansia.
- 6.2.1.2 Meningkatkan pengembangan SDM di Puskesmas mengenai intervensi MANSET HT sehingga dapat mengaplikasikan intervensi tersebut saat melakukan kegiatan perkesmas.
- 6.2.1.3 Melakukan pelatihan secara berkala bagi kader sebagai kelompok pendukung untuk meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan program MANSET HT.
- 6.2.1.4 Melakukan supervisi dan monitoring berkala yang dilakukan oleh penanggung jawab lansia di Puskesmas untuk meningkatkan motivasi dan kinerja kelompok pendukung (kader) dalam melaksanakan program MANSET HT.
- 6.2.1.5 Meningkatkan peran serta kader untuk terlibat dalam program pengendalian hipertensi melalui MANSET HT.

### **6.2.2 Bagi Perawat Komunitas**

- 6.2.2.1 Menggunakan intervensi MANSET HT untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada lansia dengan hipertensi.
- 6.2.2.2 Meningkatkan pembinaan kader dengan melakukan supervisi bagi kader kesehatan yang terdapat di masyarakat bekerja sama dengan perawat puskesmas.

- 6.2.2.3 Meningkatkan peran serta dalam pelatihan, kunjungan rumah untuk melakukan pembinaan secara langsung pada keluarga dengan lansia hipertensi.

### **6.2.3 Perkembangan Riset Keperawatan**

Hasil intervensi ini dapat dijadikan sebagai *evidence based* untuk melakukan penelitian secara kuantitatif untuk menguji secara ilmiah keefektifan program MANSET HT terhadap pengendalian hipertensi yang dilakukan oleh lansia dan kelompok pendukung khususnya variabel manajemen stres dan penelitian secara kualitatif untuk mengetahui bagaimana pengalaman kelompok pendukung dalam melaksanakan program MANSET HT pada lansia dengan hipertensi guna meningkatkan perkembangan ilmu keperawatan komunitas dan keluarga.





## DAFTAR PUSTAKA

- Agoes, A. (2010). *Penyakit Tua*. Jakarta: EGC.
- Allender, Rector, & Warner. (2010). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott.
- Alparslan, G.B & Akdemir, N. (2010). Effects of Walking and Relaxation Exercises on Controlling Hypertension. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, Vol.16, 2010, pp. 9 – 13. <http://www.ebscohost.com>
- Amigo, T.A.E. (2013). *Salam Aktif Sebagai Bentuk Intervensi Keperawatan Komunitas pada Kelompok Lansia dengan Hipertensi Di Kelurahan Cisalak Pasar, Cimanggis, Depok ( KIA)*. Depok: FIK UI.
- Amigo, T. A. E., Sahar, J., & Sukihananto. (2012). *Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Aggregate Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Yogyakarta*. (Tesis). Depok: FIK UI
- Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2011). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anggraini, D.A, Waren, A, Situmorang E, Asputra, H, & Siahaan, S.S. (2009). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien yang Berobat di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang*. Riau: FK UNRI.
- Anwar, S. (2006). *Analisis Hubungan Dukungan Sosial dan Olahraga Terhadap Kemampuan Kognitif Lanjut Usia di Panti Sasana Tresna Werdha Budi Mulia DKI Jakarta*. (Tesis). Depok: FIK UI.
- Babatsikou, F & Zavitsanou, A. (2010). Epidemiology of Hypertension in the Elderly. *www.hsj.gr Health Science*. Vol. 4 Issue 1. <http://www.ebscohost.com>
- BPS (2010). Data Statistik Indonesia. 20 Juni 2012. <http://www.datastatistikindonesia.com>
- Badan Penelitian & Pengembangan Kesehatan Depkes RI. (2008). *Laporan Hasil Riskesdas Tahun 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Badan Penelitian & Pengembangan Kesehatan Depkes RI. (2013). *Laporan Hasil Riskesdas Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research*. St. Louis: Saunders.

- Chang, K.A, Fritschi, C, & Kim, J.A. (2013). Sedentary Behavior, Physical Activity, and Pshychological Health of Korean Older Adults with Hypertension. *Research Gerontological Nursing*. Vol.6, No.2, 2013. <http://www.ebscohost.com>
- Dalyoko, D.A.P. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Hipertensi di Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali*. Surakarta: UMS
- Darmojo & Martono. (2004). *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta: FKUI
- Dirjen P2PL. (2006). *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Depkes RI.
- Dirjen P2PL. (2011). *Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2010*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dusek, et.al., (2008). Stress Management Versus Modification on Systolic Hypertension and Medication Elimination: A Randomized Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Vol. 14, No 2, 2008, pp.129 – 138. <http://www.ebscohost.com>
- Edelman, C.L. & Mandle, C.L. (2010). *Health Promotion: Throghout the Life Span*. St Louis: Mosby Elsevier.
- Ervin, N. E. (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice: Population - Focused Care*. New Jersey: Pearson Education.
- Findlow, J.W. & Seymour, R.B. (2011). Prevalence Rates Hypertension Self Care Activities Among African American. *Journal of The National Medical Association*. Vol.103, No.6, June 2011. <http://www.ebscohost.com>
- Friedman, M.M, Bowden, V.R, & Jones, E.G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Teory, Research, and Practice*. 4<sup>th</sup> Edition. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Gray, H.H, Dawkins, K.D, Simpson, I.A, & Morgan, J.M. (2005). *Kardiologi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hachihasanoglu, R & Gozum, S. (2011). The Effect of Patient Education and Home Monitoring on Medication Compliance, Hypertension Management, Healthy Lifestyle Behaviors and BMI in a Primary Health Care Setting. *Journal od Clinical Nursing*. Vol.20, pp. 692 – 705. <http://www.ebscohost.com>

- Harmono, R. (2010). Pengaruh Latihan Relaksasi Otot Progresif terhadap Tekanan Darah pada Klien Hipertensi Primer di Kota Malang. (Tesis). Depok: FIK UI.
- Harnden, K.E, Frayn, K.N, & Hodson, L. (2009). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet: Applicability and Acceptability to a UK Population. *Journal of Human and Dietetics*, Vol.23, 2009, pp. 3 – 10. <http://www.ebscohost.com>
- Herlinah, L. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi di Kecamatan Koja Jakarta Utara*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.
- Hitchcock, J. E., Schubert, P. E., & Thomas, S. A. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. New York: Delmar Publishers.
- Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. (2012). *Lansia Kini dan Mendatang*. <http://www.kemenkokesra.go.id>.
- Kowalak, J.P, Welsh, W, & Mayer, B. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kowalski, R.E. (2010). *Terapi Hipertensi*. Mizan Media Utama: Bandung
- Kozier. B, Erb. G, Berman. A, & Synder.S.J. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Kurniawan, A. (2002). *Gizi Seimbang untuk Mencegah Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat.
- Lochner, J. Ruggae, B. Judkins, D. (2006). How Effective are Lifestyle Changes for Controlling Hypertension?. *The Journal of Family Practice*. Vol.55, No.1/January 2006. <http://www.ebscohost.com>
- Lucson, M. (2010). Hypertension Management in Older People. *British Journal of Community Nursing*. Vol 15, No. 01. <http://www.ebscohost.com>
- Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontology Nursing*. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Mosby Year Book
- Lundy, K.S. & Janes, S. (2009). *Community Health Nursing Practice: Caring for the Public's Health*. 2<sup>nd</sup> edition. Canada: Jones and Bartlett Publisher.
- Mahan, L.K, & Stump, S.E. (2008). *Krause's Food and Nutrition Therapy*. St.Louis: Saunders Elsevier.
- Maglaya, A.S. (2009). *Nursing Practice in the Community*. 5<sup>th</sup> Edition. Marikina City: Argonauta Corporation.

- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2013). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Teori & Aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Matteson, M.A & McConnell, E.S. (1988). *Gerontological Nursing: Concept and Practice*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Mauk, K.L. (2010). *Gerontological Nursing Competencies for Care*. 2<sup>nd</sup> Edition. Canada: Jones and Bartlet Publisher.
- Maulana, H.D.J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Maurer, F.A., & Smith, C.M. (2005). *Community Public Health Nursing Practice: Health for Families and Population*. St.Louis: Elsevier Saunders.
- Meirina. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Lansia dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.
- Mendhurwar, S.S., & Gadakari, J.G. (2012). Effect of Transcendental Meditation on Pulse Rate and Blood Pressure. *International Journal of Medical and Clinical Research*. Volume 3, Issue 1, 2012, pp. 107 – 109. <http://www.ebscohost.com>
- Miller, C.A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults: Theory and Practice*. 6<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Mubarok, Santoso, Rozikin, & Patonah. (2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas II*. Jakarta: Sagung Seto.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Nuraeni, A. (2013). *Hubungan Karakteristik Keluarga dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia Di Kelurahan Cislak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok*. (Tesis). Depok: FIK UI
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan: Aolikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ogihara, T. & Rakugi, H. (2005). Hypertension in the Elderly: A Japanese Perspective. *Drugs Aging*, Vol. 22 (4), 2005, pp. 297 – 314. <http://www.ebscohost.com>

- Padwal, R., Campbell, N., & Touyz, R.M. (2005). Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations: 3. Lifestyle Modifications to Prevent and Treat Hypertension. *Canadian Medical Association Journal*. Sept 27, 2005; 173 (7).
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th Edition. USA: Pearson Education.
- Potter, P & Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Rahajeng, E & Tuminah S. (2009). *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia, Vol: 59, Nomor: 12, Desember 2009.
- Rahmawati, A. (2013). Pengaruh Persepsi Pelaksanaan Fungsi Manajerial Asuhan Keperawatan Kepala Ruang terhadap Kepuasan Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap. Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah.
- Rumijati, T. (2008). *Pemberdayaan Masyarakat dalam Pengelolaan Keperawatan Hipertensi pada Lansia dengan Menggunakan Model Community as Partner dan Precede-Procede di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok*. (KIA). Jakarta: FIK UI.
- Sabri, R. (2002). *Analisis Hubungan antara Karakteristik Usia Lanjut, Dukungan Sosial, dan Keaktifannya dalam Kelompok dengan Kesehatan Psikososial di Kecamatan Cakung Jakarta Timur*. (Tesis). Depok: FIK UI.
- Saepudin, M. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: TIM.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-4. Jakarta: Sagung Seto.
- Sistem Kesehatan Nasional. (2009). *Bentuk dan Cara Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Vol.2. Jakarta: EGC.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stanley, M. & Beare, P.G. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Stockslanger, J.L, & Schaeffer. (2008). *Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Jakarta: EGC.

- Subramanian, dkk. (2011). Non-Pharmacological Intervention in Hypertension: A Community-based Cross-over Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Community Medicine*. Vol.36, Juli 2011, pp 191-196. <http://www.ebscohost.com>
- Sudiarto. (2007). Pengaruh Terapi Relaksasi Meditasi terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi di Wilayah Binaan Rumah Sakit Emanuel Klampok Banjarnegara. *Jurnal Keperawatan Sudirman (JKS)*. Vol.2, No.3 (2007).
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sugiharto, A. (2007). *Faktor-faktor Risiko Hipertensi Grade II pada Masyarakat (Studi Kasus Di Kabupaten Karanganyar)*. Semarang: UNDIP.
- Suhadi. (2011). *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srandol, Kota Semarang 2011*. (Tesis). Depok: FIK UI.
- Suhadi. (2012). *Implementasi Pelaksanaan Kelompok Peduli Lansia Pada Aggregate Lansia Hipertensi Di Kelurahan Tugu, Cimanggis, Depok*. Depok - Indonesia: Universitas Indonesia.
- Sukarna, L.A, Budingsih, N, & Riyarto, S. (2006). Analisis Kesiapan Dinas Kesehatan dalam Mengalokasikan Anggaran Kesehatan pada Era Desentralisasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol.09, No.1, 1 Maret 2006.
- Sunandar, K. (2006). *Kontribusi Waktu, Frekuensi, dan Intensitas Olahraga terhadap Kemampuan Melakukan Aktivitas Sehari-hari pada Lanjut Usia*. (Tesis) Depok: FIK UI.
- Swanburg, R. C. (2000). *Pengantar Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tapan, E. (2004). *Penyakit Ginjal dan Hipertensi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Tjokronegoro, A. (2004). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*. Jakarta: FKUI
- Undang-undang No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- Umah, K. Madyastuti, L. & Rizqiyah, Z. (2012). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Perilaku Diet Rendah Garam pada Pasien Hipertensi*. Gresik: PSIK UNGRES

Watson, R. (2003). *Perawatan pada Lansia*. Jakarta:EGC.

Yenni. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.

Yetti, H. (2007). *Hubungan Karakteristik, Dukungan Keluarga, dan Hasil Pendidikan Kesehatan terhadap Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia di Kelurahan Paseban Kecamatan Senen Jakarta Pusat*. (Tesis). Depok: FIK UI.

\_\_\_\_\_. Laporan PKK Kelurahan Curug tahun 2012.

\_\_\_\_\_. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2012.



## SKORING

## MASALAH MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

No.	Masalah Manajemen	Tingkat pentingnya masalah untuk diselesaikan 1= rendah 2= sedang 3= tinggi	Perubahan positif bagi masyarakat jika masalah diselesaikan 0= tidak ada 1= rendah 2= sedang 3= tinggi	Peningkatan kualitas hidup jika diselesaikan 0= tdk ada 1= rendah 2= sedang 3= tinggi	Prioritas masalah dari 1 sampai 6 : 1=kurang penting, 6=sangat penting	Jml
1.	Belum optimalnya supervisi pelaksanaan pengendalian hipertensi pada kelompok lansia	3	3	2	5	13
2.	Belum optimalnya struktur organisasi untuk pengendalian hipertensi pada kelompok lansia	3	3	3	5	14
3.	Belum optimalnya pengembangan sumber daya manusia (kader) dalam pengendalian hipertensi kelompok lansia	2	2	2	5	11
4.	Belum optimalnya monitoring evaluasi dalam pengendalian hipertensi pada agregat lansia	2	2	2	4	10



## SKORING ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

### Ketidakefektifan koping pada kelompok lansia dengan hipertensi di Kelurahan Curug

Komponen Penilaian	Skor	Bobot	Total (Skor X Bobot)
Kesadaran masyarakat terhadap masalah	6	5	30
Motivasi masyarakat untuk menyelesaikan masalah	10	8	80
Kemampuan masyarakat untuk menyelesaikan masalah	8	7	56
Tersedianya fasilitas di masyarakat	10	10	100
Derajat keparahan masalah	6	8	48
Waktu untuk menyelesaikan masalah	4	5	20
<b>Total</b>			<b>334</b>

### Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif pada kelompok lansia dengan Hipertensi di Kelurahan Curug

Komponen Penilaian	Skor	Bobot	Total (Skor X Bobot)
Kesadaran masyarakat terhadap masalah	6	5	30
Motivasi masyarakat untuk menyelesaikan masalah	10	8	80
Kemampuan masyarakat untuk menyelesaikan masalah	7	7	49
Tersedianya fasilitas di masyarakat	10	10	100
Derajat keparahan masalah	6	8	48
Waktu untuk menyelesaikan masalah	4	5	20
<b>Total</b>			<b>327</b>

### Gangguan kemampuan kelompok lansia dalam mengelola penatalaksanaan diet hipertensi

Komponen Penilaian	Skor	Bobot	Total (Skor X Bobot)
Kesadaran masyarakat terhadap masalah	6	5	30
Motivasi masyarakat untuk menyelesaikan masalah	10	8	80
Kemampuan masyarakat untuk menyelesaikan masalah	7	7	49
Tersedianya fasilitas di masyarakat	10	10	100
Derajat keparahan masalah	5	8	40
Waktu untuk menyelesaikan masalah	4	5	20
<b>Total</b>			<b>319</b>

### PRIORITAS MASALAH ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

#### 1. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan Regimen pada keluarga Ibu E

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah : aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sedang terjadi pada Keluarga Ibu E. Hasil pemeriksaan TD Ibu E: 200/100 mmHg. Walaupun Ibu E sudah menderita hipertensi cukup lama tetapi tidak mendapatkan pengobatan hipertensi dengan adekuat.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Penanganan hipertensi mudah, keluarga sudah mengetahui penyakit hipertensi yang diderita Ibu E, sumber daya keluarga ada yaitu keluarga memiliki motivasi untuk merawat Ibu E dan memiliki jamkesmas untuk berobat ke puskesmas. Perawatan hipertensi sudah dilakukan yaitu dengan tidak mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi garam.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : tinggi	$3/3 \times 1 = 1$	Ibu E sudah menderita hipertensi cukup lama yaitu sejak Ibu E berusia 30 tahun. Tekanan darah Ibu E pernah melebihi 200 mmHg dan Ibu E pernah mengalami serangan stroke, saat dilakukan pemeriksaan TD Ibu E 200/100 mmHg.
4.	Menonjolnya masalah : Dirasakan tetapi tidak segera ditangani	$1/2 \times 1 = 1/2$	Keluarga merasakan bahwa Ibu E menderita hipertensi tetapi keluarga tidak segera menangani masalah tersebut. Keluarga Ibu E baru memeriksakan ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pengobatan jika ada keluhan saja.
		4 1/2	

## 2. Koping keluarga tidak efektif pada keluarga Ibu E

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah : aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sedang terjadi pada Keluarga. Ibu E merasakan penyebab hipertensinya karena banyak pikiran namun selama ini keluarga Ibu E tidak tahu bagaimana mengurangi stres tersebut.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Penanganan hipertensi mudah, keluarga sudah mengetahui penyakit hipertensi yang diderita Ibu E disebabkan karena stres, sumber daya keluarga ada yaitu keluarga memiliki motivasi untuk merawat Ibu E. Upaya yang dilakukan oleh Ibu E hanya bercerita kepada anaknya namun tetap belum mengurangi masalah yang selalu dipikirkannya.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : cukup	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah yang membebani Ibu E sudah dirasakan lama namun belum ada penanganan yang efektif untuk mengatasi masalah tersebut.
4.	Menonjolnya masalah : Dirasakan tetapi tidak segera ditangani	$1/2 \times 1 = 1/2$	Keluarga merasakan bahwa Ibu E selalu memikirkan cucunya dan hal itu menjadi penyebab tekanan darahnya naik tetapi keluarga tidak segera menangani masalah tersebut.
		4 1/6	

## 3. Ketidakefektifan aktifitas fisik pada Keluarga Ibu E

No.	Kriteria	Skor	Pembenaran
1.	Sifat masalah : aktual	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sedang terjadi pada Keluarga. Ibu E mengatakan tidak pernah melakukan olahraga dan tidak pernah mengetahui jika kurangnya olahraga dapat menyebabkan hipertensi.
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : mudah	$2/2 \times 2 = 2$	Penanganan hipertensi mudah, olahraga dapat dilakukan oleh Ibu E setiap hari, sumber daya keluarga ada yaitu keluarga memotivasi Ibu E untuk melakukan olahraga secara teratur. Sebelumnya Ibu E pernah mengikuti olahraga namun saat ini sudah tidak lagi karena kesibukan mengurus cucu.
3.	Potensi masalah untuk dicegah : cukup	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah belum lama dirasakan oleh Ibu E karena sebelumnya pernah melakukan aktifitas olahraga. Ibu E akan berusaha untuk melakukan olahraga secara teratur.
4.	Menonjolnya masalah : Dirasakan tetapi tidak segera ditangani	$1/2 \times 1 = 1/2$	Masalah kurangnya aktifitas olahraga dirasakan oleh keluarga Ibu E namun tidak segera diatasi
		4 1/6	