

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Model Komunitas Sebagai Mitra

a. Definisi

Teori komunitas sebagai mitra (*Community as Partner*) adalah teori praktis yang diturunkan dari model teori konseptual sistem yang dikembangkan dan dipublikasikan oleh Betty Neuman pada tahun 1970. Model sistem ini merefleksikan sifat klien sebagai sistem terbuka (Sahar, J., Setiawan, A., dan Riasmini, 2019). Fokus model ini adalah menjadikan komunitas sebagai mitra ditandai dengan roda pengkajian komunitas dengan menyatukan anggota masyarakat sebagai intinya dan penerapan proses keperawatan sebagai pendekatan (Widyanto, 2014).

b. Konsep Utama Keperawatan Model Komunitas Sebagai Mitra

Model komunitas sebagai mitra terdapat empat konsep sering disebut sebagai metaparadigma keperawatan (yaitu: Manusia, Lingkungan, Kesehatan, dan Keperawatan) pusat praktik keperawatan profesional. Metaparadigma tercermin dalam model menyediakan kerangka kerja untuk penilaian masyarakat (Anderson, E. T., & McFarlane, 2011).

Konsep pertama adalah manusia yang digambarkan sebagai semua orang dalam komunitas tertentu yang mencakup individu, populasi agregat/kelompok. Semua orang di komunitas adalah representasi pribadi. Konsep ke-dua adalah lingkungan yang merupakan sebagai jaringan manusia dalam hubungannya dengan lingkungan disekitar mereka. Lingkungan dapat dianggap sebagai komunitas secara umum. Konsep ke-tiga adalah kesehatan yang merupakan sebagai sumber daya untuk kehidupan sehari-hari (pribadi ataupun sosial) dan kapasitas fisik. Konsep ke-empat adalah keperawatan, yang dipandang sebagai komponen intervensi dan model pencegahan dalam keperawatan komunitas sebagai mitra.

c. Komponen model komunitas sebagai mitra

Komponen untuk model komunitas sebagai mitra adalah roda pengkajian dan proses keperawatan (Anderson, E. T., & McFarlane, 2011). Komponen pertama adalah roda pengkajian komunitas yang digambarkan sebagai diagram yang digunakan sebagai alat pemandu dari proses penilaian dan terdiri dari inti komunitas dan delapan sub-sistem. Roda pengkajian komunitas berfokus terutama pada tiga bagian: inti komunitas, sub-sistem komunitas, dan persepsi, semuanya merupakan domain yang ditemukan dalam komunitas.

Inti komunitas didefinisikan oleh model sebagai populasi dinilai dan terdiri dari anggota masyarakat. Pengkajian inti komunitas meliputi: data sosio-demografi (seperti usia, jenis kelamin, budaya, pendidikan, pekerjaan, dan status sosial ekonomi). Selain itu, terdapat juga penilaian budaya, nilai, dan sistem kepercayaan masyarakat untuk mengintegrasikan sudut pandang budaya.

Sub-sistem roda pengkajian terdiri dari delapan kategori: Lingkungan Fisik, Pendidikan, Ekonomi, Keamanan & Transportasi, Politik & Pemerintahan, Pelayanan Kesehatan & Sosial, Komunikasi, dan Rekreasi. Pengkajian delapan subsistem dapat mencakup berbagai faktor seperti kualitas udara, taman, klinik, dan organisasi masyarakat tergantung pada fokus dan tujuan pengkajian.

Komponen kedua dari model komunitas sebagai mitra adalah proses keperawatan. Tujuan dari proses keperawatan dalam model komunitas sebagai mitra adalah untuk mencegah atau mengurangi kemungkinan pertemuan dengan stressor dimana komunitas dapat terpapar. Model komunitas sebagai mitra membahas proses keperawatan dari perspektif pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer ditujukan untuk mencegah stresor yang ditentukan oleh model agar tidak terpapar dengan masyarakat. Pencegahan sekunder terjadi setelah stressor sudah kontak dengan masyarakat dan menyebabkan reaksi. Pencegahan sekunder ditujukan pada awal deteksi untuk mencegah kerusakan lebih lanjut.

Dalam model komunitas sebagai mitra, pencegahan tersier bertujuan untuk memulihkan dan/atau mempertahankan status masyarakat yang sehat setelah stressor menimbulkan dampak (Anderson, E. T., & McFarlane, 2011).

2. Kepatuhan

a. Definisi

Kepatuhan adalah ukuran yang digunakan untuk menentukan apakah protokol telah diikuti (Wilbik et al., 2018). Kepatuhan merupakan istilah yang dipakai dalam pengukuran hasil-hasil kesehatan. Perawatan-kesehatan berfokus pada kepatuhan terhadap program pengobatan yang sudah ditentukan (Bastable, 2009). Kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku seseorang (dalam hal pengobatan, mengikuti diet, dan melaksanakan perubahan gaya hidup) bertepatan dengan medis atau saran kesehatan (Haynes dalam (Rapoff, 2010).

b. Kepatuhan Pasien Program Kesehatan

Eraker dkk; dan Levanthal & Cameron, dalam (Bastable, 2009) menyatakan bahwa kepatuhan dapat di tinjau dari berbagai perspektif teoretis yaitu biomedis, teori perilaku, perputaran umpan balik komunikasi, keyakinan rasional, dan sistem pengaturan diri.

- 1) Biomedis, yang mencakup demografi pasien, keseriusan penyakit, dan kompleksitas program pengobatan.
- 2) Teori perilaku/pembelajaran sosial, yang menggunakan pendekatan behavioristik hal reward, petunjuk, kontrak, dan dukungan sosial.
- 3) Perputaran umpan balik komunikasi dalam hal mengirim, menerima, memahami, menyimpan, dan penerimaan.
- 4) Keyakinan rasional, yang menimbang manfaat pengobatan dan risiko penyakit melalui penggunaan logika *cost-benefit*.
- 5) Sistem pengaturan diri, pasien dilihat sebagai pemecah masalah yang mengatur perilakunya berdasarkan persepsi atas penyakit, keterampilan kognitif, dan

pengalaman masa lalu yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat rencana dan mengatasi penyakitnya.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Brunner & Suddart dalam (Hadidi, 2015) menyatakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu:

1) Individu

Lanjut usia memperlihatkan kepatuhan yang lebih rendah karena penurunan memori serta penyakit degeneratif yang ada pada dirinya. Pandangan pasien terhadap obat dapat mempengaruhi kepatuhan, pasien yang mengerti tentang instruksi obat cenderung akan lebih patuh. Keyakinan dan nilai yang dianut oleh pasien dapat mempengaruhi kepatuhan, pasien yang tidak mematuhi pengobatan biasanya akan mengalami depresi, cemas dengan kesehatannya, memiliki ego yang lemah dan perhatian terpusat pada diri sendiri, dengan demikian pasien merasa tidak ada motivasi,

pengingkaran terhadap penyakit dan kurang memperhatikan program pengobatan yang dijalankan.

2) Penyakit

Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi mempengaruhi kepatuhan klien terhadap pengobatan.

3) Obat yang dikonsumsi

Semakin banyak jumlah obat yang direkomendasikan maka kemungkinan besar makin rendah tingkat kepatuhan karena kompleksitas pengobatan yang dijalankan. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan dari obat juga dapat mempengaruhi kepatuhan.

4) Petugas kesehatan

Kualitas interaksi antara pasien dengan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan petugas dalam memberikan informasi yang lengkap

tentang obat bisa menjadi penyebab ketidakpatuhan pasien.

5) Lingkungan pasien

Keluarga bisa mempengaruhi keyakinan, nilai kesehatan yang dianut serta menentukan program pengobatan yang dapat diterima oleh pasien. Keluarga bisa berperan sebagai pengambilan keputusan tentang perawatan anggota keluarga yang sakit, menentukan, mencari, dan mematuhi anjuran pengobatan dari pelayanan kesehatan. Tingkat dukungan sosial juga menjadi prediktor yang akurat dari kepatuhan.

3. Konsep Kesehatan

a. Status Kesehatan

Status kesehatan adalah keadaan kesehatan individu pada waktu tertentu. Laporan tentang status kesehatan dapat berupa kecemasan, depresi, atau sakit akut, sehingga menggambarkan masalah individu secara umum. Status kesehatan juga dapat menggambarkan hal-hal khusus,

seperti frekuensi nadi dan suhu tubuh (Barbara et al., 2011).

b. Pengertian sehat

Organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization*) dalam (Saam & Wahyuni, 2012) mendefinisikan sehat sebagai keadaan sempurna yang meliputi empat aspek, yaitu fisik, psikis, social dan spiritual. Sehat fisik meliputi tidak sakit, tumbuh dan kembang secara wajar serta tidak mengalami hambatan. Sehat psikis meliputi: menerima sesuai kenyataan, puas dengan hasil belajar, relatif tidak tegang (*tention*) dalam kehidupan sehari-hari serta menyelesaikan permusuhan dengan baik. Sehat sosial meliputi dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial dan berinteraksi sosial secara wajar. Sehat spiritual meliputi dapat menjalani makna hidup, tidak ada konflik agama dalam diri, dan mengakui adanya pencipta.

c. Faktor-faktor penentu kesehatan

Status kesehatan sebuah masyarakat diasosiasikan dengan beberapa faktor, seperti akses pelayanan

kesehatan, kondisi ekonomi, isu-isu sosial dan lingkungan, praktik budaya, perilaku individu dan faktor biologi mempengaruhi kesehatan melalui interaksi antara keduanya dan melalui interaksi dengan lingkungan fisik dan lingkungan sosial individu (Sahar, J., Setiawan, A., dan Riasmini, 2019).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan

Yulianthi, (2019) menyatakan terdapat empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan yaitu lingkungan, pelayanan kesehatan, keturunan dan perilaku kesehatan. Faktor lingkungan sosial yaitu interaksi masyarakat, adat istiadat, pendidikan, dan tingkat ekonomi. Faktor pelayanan kesehatan adalah sistem pelayanan kesehatan, kemudahan masyarakat, untuk dapat menjangkau pelayanan kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa pelayanan, dan sesuai dengan prinsip ilmu dan teknologi kedokteran. Faktor keturunan merupakan faktor yang telah ada dalam diri manusia yang dibawa sejak lahir. Faktor perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-

sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatannya kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Empat perilaku kesehatan menurut (Saam & Wahyuni, 2012), yaitu:

a) Perilaku sakit dan penyakit

Perilaku seseorang dalam menanggapi penyakit adalah bersifat internal dan eksternal, baik respons pasif seperti pengertian, persepsi, dan sikap maupun respons aktif seperti perbuatan/tindakan sehubungan dengan sakit dan penyakit.

b) Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan

Perilaku ini adalah respons individu terhadap sistem pelayanan kesehatan, yang meliputi: respons terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, respon

terhadap cara pelayanan kesehatan, respons terhadap petugas kesehatan, dan respon terhadap pemberian obat-obatan.

c) Perilaku terhadap makanan

Perilaku ini adalah respons individu terhadap makanan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap, dan praktik terhadap makanan, serta pengelolaan makanan.

d) Perilaku terhadap lingkungan kesehatan

Perilaku ini adalah respons terhadap lingkungan sebagai faktor penentu (*determinant*) kesehatan manusia, meliputi: perilaku terhadap air bersih, perilaku yang berkaitan dengan pembuangan kotoran, seperti: *hygiene*, pemeliharaan, teknik, dan penggunaannya, perilaku sehubungan dengan pembuangan limbah (cair dan padat), perilaku terhadap rumah sehat (seperti ventilasi, cahaya, lantai, kelembapan), perilaku terhadap pembersihan sarang-sarang vector.

4. Masalah Kesehatan Lansia

a. Definisi Lansia

Lanjut usia atau lansia merupakan individu yang berada dalam tahapan usia late adulthood atau yang dimaksud dengan tahapan usia dewasa akhir, dengan kisaran usia dimulai dari 60 tahun ke atas (Santrock, 2006 dalam Widyanto, 2014). Setiap individu mengalami proses penuaan (aging) yang terbagi menjadi dua yaitu penuaan primer dan sekunder.

Penuaan primer adalah proses *deteriorasi* tubuh yang sifatnya bertahap, tidak terhindarkan, dan umum dialami manusia. Penuaan sekunder mengarah pada proses yang mempengaruhi tingkat penuaan primer, sebagai akibat dari suatu kondisi penyakit, pemaparan lingkungan fisik yang tidak sehat, dan juga penyalahgunaan yang termasuk di dalam kontrol manusia seperti stress di tempat kerja, paparan racun dari lingkungan, dan lain sebagainya.

b. Perubahan pada lansia

Proses penuaan pada lansia dapat menyebabkan perubahan yang signifikan pada fungsi biologis maupun perilaku. Menurut (Widyanto, 2014) berikut adalah perubahan yang dapat terjadi pada lansia, yaitu:

1) Perubahan fungsi biologis

Bertambahnya usia menyebabkan lansia mengalami berbagai macam perubahan yang sifatnya biologis (seperti: perubahan penampilan fisik, perubahan pada otak, perubahan sistem sensori, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan sistem neurologis, perubahan pola tidur, reproduktif, dan perubahan fungsi seksual).

2) Perubahan fungsi kognitif

Perubahan kognitif dipengaruhi oleh sistem saraf pusat, karakteristik personal, fungsi sensori dan kesehatan fisik serta efek kimia seperti pengobatan. Kemampuan kognitif pada lansia juga dipengaruhi oleh faktor personal dan lingkungan (seperti tingkat pendidikan, persepsi diri dan pengharapan), serta status kesehatan mental (seperti kecemasan dan depresi). Perubahan

fungsi kognitif pada lansia (meliputi fungsi daya ingat, fungsi intelektual dan kemampuan untuk belajar).

3) Perubahan fungsi psikososial

Perubahan psikososial pada lansia akan berdampak pada kepuasan hidup dan perubahan arti hidup. Lansia cenderung mengalami banyak perubahan terkait faktor psikososial. Ketika anak-anaknya sudah meninggalkan rumah dan hidup mandiri, biasanya lansia akan mengalami kehilangan yang mendalam (*empty nest syndrome*).

Berkaitan dengan hubungan psikososial lansia menjadi semakin banyak menghabiskan waktu di rumah akibat dari kondisi kesehatan atau lainnya seperti dukungan sosial yang tidak lagi adekuat.

c. Penyakit degeneratif pada lansia

Proses penuaan dan penyakit degeneratif dari sel mempunyai proses dasar yang sama. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka semakin terasa adanya penyakit-penyakit, seperti: terasa kaku-kaku, kesulitan tidur, gemetar, hingga adanya disfungsi organ tubuh

tertentu. Inilah yang disebut penyakit degeneratif, yaitu penyakit penyakit yang tidak diketahui penyebabnya sehingga sulit disembuhkan kecuali hanya dicegah dan diminimalisasi baik rasa maupun dampaknya bagi tubuh. Penyakit ini sejak usia tiga puluhan tahunpun sudah bisa menyerang, apalagi pada usia 40, 50, dan 60 tahun, untuk itu perlu diwaspadai dan dicegah sedini mungkin timbulnya penyakit ini. Ada sekitar 50 penyakit degeneratif. Penyakit yang masuk dalam kelompok ini antara lain kardiovaskuler, jantung koroner, stroke, diabetes mellitus, obesitas, *dislipidemia*, *osteoporosis*, *osteoarthritis*, *prostatitis*, dan sebagainya (Suiraoaka, 2017).

5. Tekanan Darah Tinggi

a. Pengertian

Tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan tekanan pada arteri yang berlanjut dan menetap. Tekanan darah dikatakan tinggi apabila tekanan sistoliknya 140 mmHg atau lebih secara terus menerus, tekanan diastoliknya 90 mmHg atau lebih secara terus menerus

atau keduanya (Suiraoaka, 2017). Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode (Udjianti, 2010). Target tekanan darah lansia adalah sistolik <150 mmHg sedangkan diastoliknya <90 mmHg (The Joint National Committee VIII dalam Muhadi, 2016).

b. Faktor-faktor resiko hipertensi

Faktor-faktor hipertensi ada yang dapat dikontrol dan tidak dapat dikontrol (Suiraoaka, 2017):

1) Faktor yang dapat dikontrol

Faktor penyebab hipertensi yang dapat dikontrol pada umumnya berkaitan dengan gaya hidup dan pola makan. Faktor-faktor tersebut antara lain:

a) Kegemukan (Obesitas)

Curah jantung dan sirkulasi volume darah pada penderita tekanan darah tinggi yang obesitas lebih tinggi dari penderita yang tidak mengalami obesitas. Meskipun belum diketahui secara pasti hubungan antara hipertensi dan obesitas, namun

terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibanding penderita hipertensi berat badan normal.

b) Kurang olahraga

Orang yang kurang aktif melakukan olahraga pada umumnya cenderung mengalami kegemukan dan akan menaikkan tekanan darah. Dengan olahraga maka dapat meningkatkan kerja jantung. Sehingga darah bisa dipompa dengan baik ke seluruh tubuh.

c) Konsumsi garam berlebihan

Garam merupakan hal yang sangat penting pada mekanisme timbulnya hipertensi. Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi adalah melalui peningkatan volume plasma atau cairan tubuh dan tekanan darah. Keadaan ini akan diikuti oleh peningkatan pengeluaran kelebihan garam sehingga kembali pada kondisi keadaan sistem hemodinamik (pendarahan) yang normal.

d) Merokok dan mengkonsumsi alkohol

Nikotin yang terdapat dalam rokok sangat membahayakan kesehatan selain dapat meningkatkan penggumpalan darah dalam pembuluh darah, nikotin dapat menyebabkan pengapuran pada dinding pembuluh darah. Mengkonsumsi alkohol juga membahayakan sintesis katekolamin karena katekolamin memicu kenaikan darah.

e) Stres

Dalam keadaan stress maka terjadi respon sel-sel saraf yang mengakibatkan kelainan pengeluaran atau pengangkutan natrium. Hubungan antara stress dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis (saraf yang bekerja ketika beraktivitas) yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap.

2) Faktor yang tidak dapat dikontrol

a) Keturunan (Genetika)

Seseorang yang mempunyai orangtua yang salah satunya menderita hipertensi maka orang tersebut beresiko lebih besar untuk terkena hipertensi dari pada orang yang kedua orangtuanya normal (tidak menderita hipertensi).

b) Jenis Kelamin

Pada umumnya pria lebih banyak terkena hipertensi dibanding dengan wanita. Hal ini disebabkan karena pria mempunyai faktor yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi seperti kelelahan, makan tidak terkontrol, perasaan kurang nyaman terhadap pekerjaan, dan, pengangguran. Sedangkan wanita akan mengalami peningkatan resiko terserang hipertensi setelah masa *menopause*.

c) Umur

Bertambahnya umur, kemungkinan seseorang menderita hipertensi juga semakin

besar. Pada umumnya hipertensi pada pria terjadi di atas usia 31 tahun sedangkan pada wanita terjadi setelah berumur 45 tahun.

c. Gejala

Biasanya tidak ditandai adanya gejala atau tanda-tanda peringatan untuk hipertensi dan sering disebut “*silent killer*”. Pada kasus hipertensi berat, gejala yang dialami klien antara lain: sakit kepala (rasa berat di tengkuk), kelelahan, palpitasi, mual, muntah, keringat berlebihan, ansietas, epistaksis, tremor otot, nyeri dada, pandangan kabur atau ganda, tinnitus (telinga berdenging), serta kesulitan tidur (Udjianti, 2010).

d. Penatalaksanaan Medis

Tujuan penatalaksanaan bagi penderita hipertensi adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah di bawah 140/90 mmHg. Dalam hal ini penatalaksanaan dapat dilakukan dengan modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis (Muttaqin, 2009).

1) Modifikasi gaya hidup

Pendekatan nonfarmakologis, meliputi teknik-teknik mengurangi stress, penurunan berat badan, pembatasan alkohol, natrium, dan tembakau, olahraga/latihan, dan relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi antihipertensi.

2) Terapi farmakologis

Obat-obat antihipertensi dapat digunakan sebagai obat tunggal atau dicampur dengan obat lain. Klasifikasi obat antihipertensi dibagi menjadi lima kategori yaitu: diuretik, menekan simpatetik (simpatolitik), vasodilator arteriol langsung, antagonis angiotensin, dan penghambat saluran kalsium.

6. Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta

memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat (Mubarak & Chayatin, 2009). Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat merupakan subsistem pelayanan kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa pelayanan kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) (Notoatmodjo, 2011).

b. Pemberian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga jenis, yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier (Swarjana, 2017).

1) Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan ini umumnya diberikan kepada masyarakat yang mengalami sakit yang ringan atau masyarakat yang masih dalam kondisi sehat. Pelayanan kesehatan ini umumnya mencakup pelayanan pada populasi yang luas, karena pelayanan yang diberikan

adalah pelayanan dasar kesehatan atau dikenal sebagai *primary health care*. Jenis pelayanan ini bisa didapatkan oleh masyarakat seperti puskesmas induk, puskesmas pembantu, maupun tempat pelayanan primer lainnya di masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan yang dikelola secara swadaya oleh masyarakat.

2) Pelayanan kesehatan sekunder

Pelayanan ini diberikan kepada masyarakat yang telah sakit atau dalam kondisi sakit, sehingga membutuhkan pelayanan pengobatan atau perawatan yang lebih lengkap. Contoh pelayanan sekunder adalah pelayanan yang diberikan di rumah sakit tipe C atau D dan tersedia tenaga spesialis.

3) Pelayanan kesehatan tersier

Masyarakat atau pasien yang dilayani adalah masyarakat yang tidak mampu dilayani di rumah sakit pada pelayanan sekunder. Pelayanan yang diberikan lebih sulit dan lebih kompleks dibandingkan dengan pelayanan di pelayanan kesehatan sekunder. Fasilitas

kesehatan yang umumnya melayani masyarakat atau pasien adalah rumah sakit tipe B atau A yang memiliki tenaga subspesialis maupun super spesialis.

c. Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia (Lansia)

Menurut (Notoatmodjo, 2011), secara umum pelayanan kesehatan pada lansia dapat dibagi menjadi dua, yakni: Pelayanan kesehatan lansia berbasis rumah sakit (*Hospital Based Geriatric Service*). Pelayanan kesehatan lansia di masyarakat (*Community Based Geriatric Service*).

Pada upaya pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, semua upaya kesehatan yang berhubungan dan dilaksanakan oleh masyarakat harus diupayakan berperan serta dalam menangani kesehatan para lansia. Puskesmas berperan dalam membentuk kelompok atau klub lansia. Di dalam dan melalui klub lansia ini pelayanan kesehatan dapat lebih mudah dilaksanakan baik usaha promotif, preventif, kuratif, atau rehabilitative.

1) Pelayanan kesehatan di kelompok lansia

Notoatmodjo (2011), menyatakan pelayanan kesehatan di kelompok lansia meliputi pemeriksaan fisik, mental, dan emosional. Adapun jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan pada lansia antara lain: Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, (seperti: makan atau minum, berjalan, mandi, berpakaian, pemeriksaan status mental), pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan lalu dicatat dalam grafik indeks massa tubuh, pengukuran tekanan darah, pemeriksaan laboratorium sederhana (hemoglobin) pemeriksaan gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit diabetes mellitus, dan pemeriksaan protein dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal, pelaksanaan rujukan ke puskesmas bila diperlukan, penyuluhan, bisa dilakukan di dalam atau diluar kelompok dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu atau kelompok lansia,

dokter praktik swasta terutama menangani para lansia yang memerlukan tindakan kuratif insidental.

2) Program Kesehatan bagi Lansia

Kementerian Kesehatan RI mempunyai tiga program kesehatan bagi lansia berupa Puskesmas Santun Usia Lanjut, Pembinaan Kelompok Usia Lanjut, dan Posyandu Usia Lanjut (Depkes RI 2005 dalam (Notoatmodjo, 2011).

a) Puskesmas Santun Usia Lanjut

Puskesmas santun lansia merupakan bentuk pendekatan pelayanan proaktif bagi usia lanjut untuk mendukung peningkatan kualitas hidup dan kemandirian usia lanjut, yang mengutamakan aspek promotif dan preventif, di samping aspek kuratif dan rehabilitative.

b) Pembinaan Kelompok Lanjut Usia

Pembinaan kesehatan lanjut usia melalui puskesmas dapat dilakukan terhadap sasaran lanjut usia yang dikelompokkan menjadi sasaran langsung dan tidak langsung. Sasaran Langsung meliputi: Pra

lanjut usia 45-59 tahun, lanjut usia 60-69 tahun, dan lanjut usia resiko tinggi, yaitu usia lebih dari 70 tahun atau lanjut usia berumur 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan. Sasaran tidak langsung meliputi: keluarga di mana lanjut usia berada, masyarakat di lingkungan lanjut usia berada, organisasi sosial yang bergerak dalam pembinaan kesehatan usia lanjut, masyarakat luas.

c) Kegiatan-kegiatan pembinaan kesehatan lanjut usia

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan melalui puskesmas adalah pendataan sasaran lanjut usia, penyuluhan kesehatan lanjut usia, pembinaan kebugaran melalui senam lanjut usia, deteksi dini keadaan kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara berkala yang dilakukan setiap bulan melalui kelompok lanjut usia (posyandu/posbindu), pengobatan penyakit yang ditemukan pada sasaran lanjut usia sampai kepada upaya rujukan ke rumah sakit bila diperlukan.

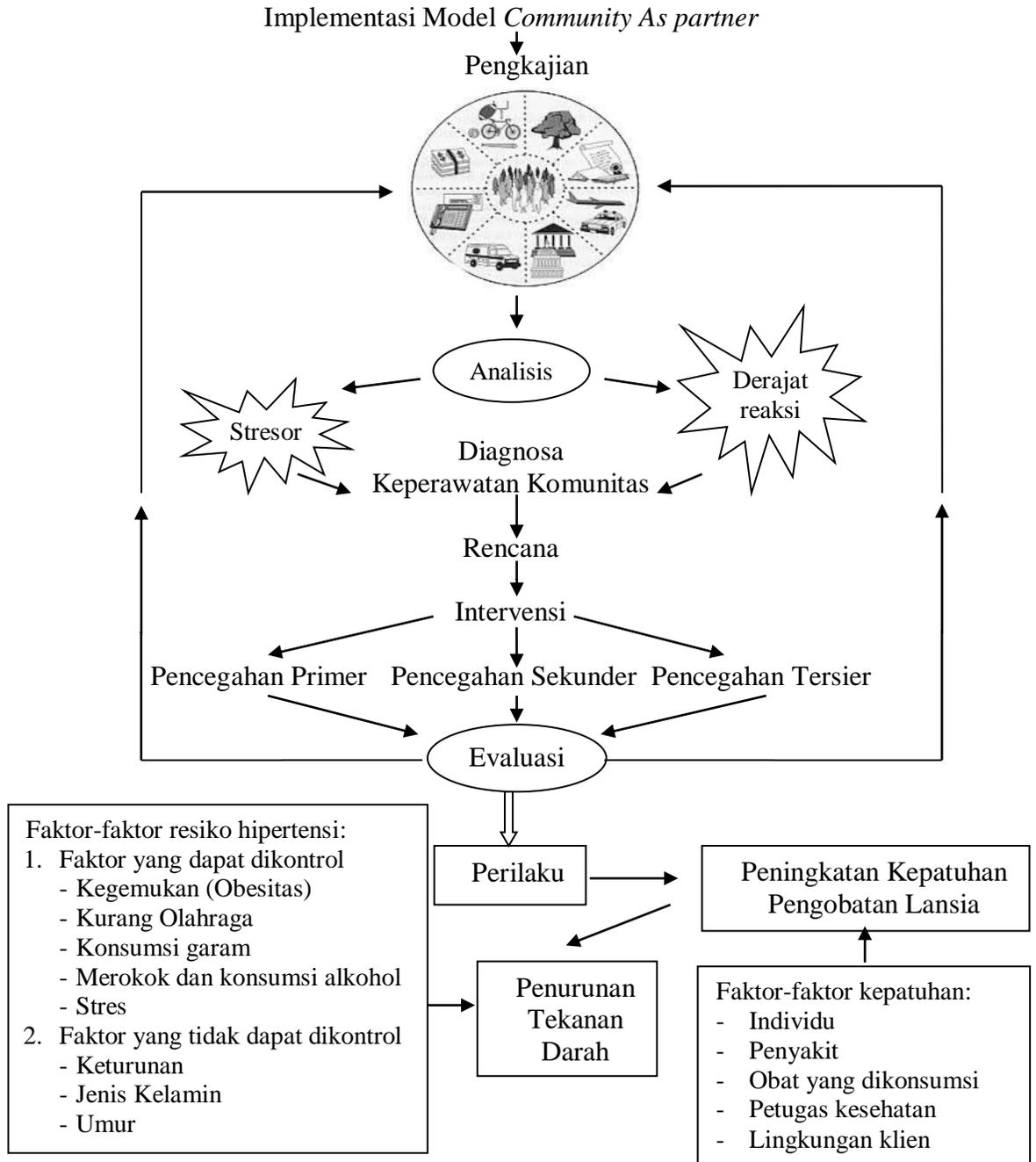
Upaya rehabilitatif (pemulihan) berupa upaya medis, psikososial, dan edukatif yang dimaksudkan untuk mengembalikan semaksimal mungkin kemampuan fungsional dan kemandirian lanjut usia, melakukan/memantapkan kerja sama dengan lintas sektor terkait melalui asas kemitraan dengan melakukan pembinaan terpadu pada kegiatan yang dilaksanakan di kelompok usia lanjut atau kegiatan lainnya, melakukan fasilitasi dan bimbingan dalam rangka meningkatkan peran serta dan pemberdayaan masyarakat dalam pembinaan kesehatan usia lanjut antara lain dengan pengembangan kelompok lanjut usia, dan dana sehat, melaksanakan pembinaan kesehatan lanjut usia secara optimal dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi secara berkala.

d) Posyandu Lansia

Posyandu Lansia merupakan wahana pelayanan bagi lanjut usia, yang dilakukan dari, oleh, dan untuk lanjut usia yang menitikberatkan

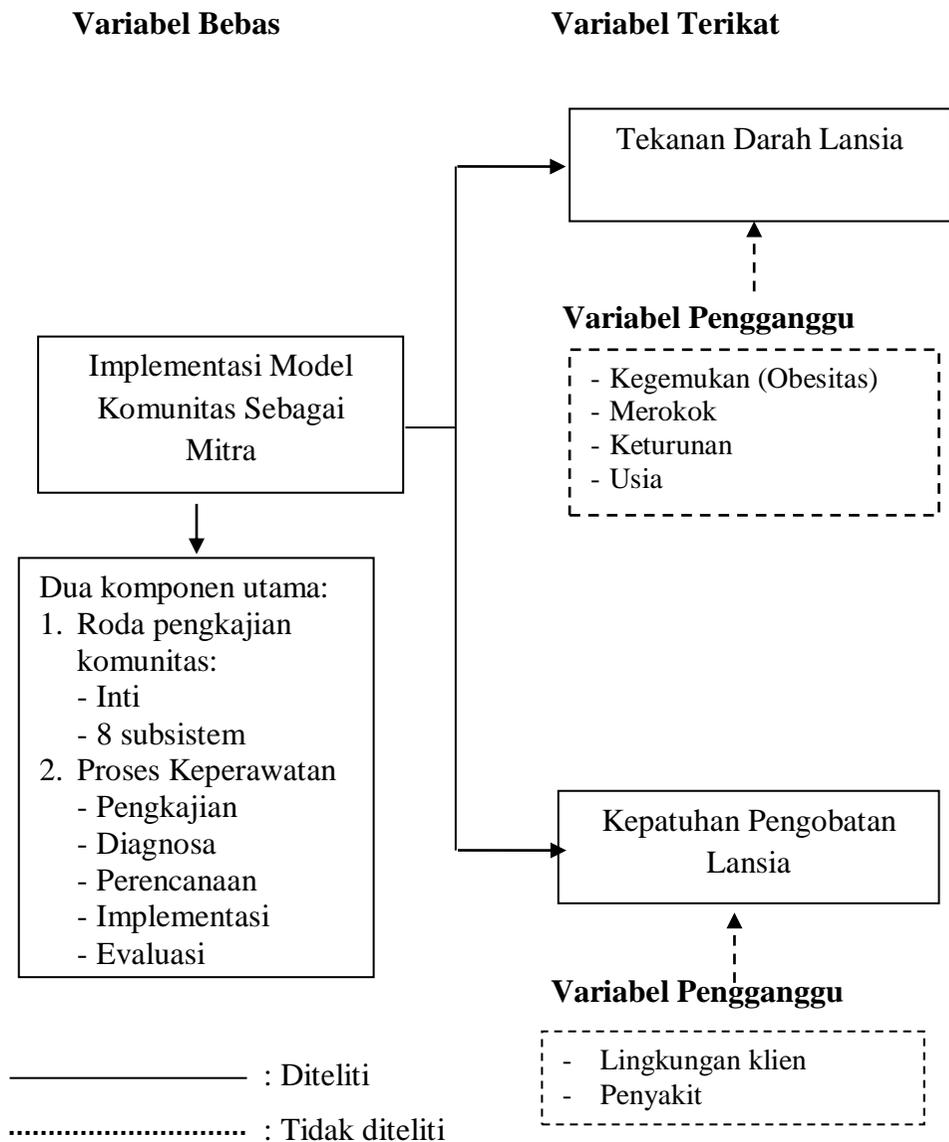
pada pelayanan promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Kegiatannya adalah pemeriksaan kesehatan secara berkala, peningkatan olahraga, pengembangan keterampilan, bimbingan pendalaman agama, dan pengelolaan dana sehat.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Pada Efektivitas Model Komunitas Sebagai Mitra dalam Penurunan Tekanan Darah dan Meningkatkan Kepatuhan Pengobatan Lansia (Sumber: (Anderson, E. T., & McFarlane, 2011), (Yulianthi, 2019), & (Hadidi, 2015)).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Pada Efektivitas Model Komunitas Sebagai Mitra dalam Penurunan Tekanan Darah dan Meningkatkan Kepatuhan Pengobatan Lansia.

D. Hipotesis

Ha: Ada perbedaan tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan penerapan model komunitas sebagai mitra pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Labuhan Badas, Sumbawa

Ha: Ada perbedaan kepatuhan pengobatan sebelum dan sesudah dilakukan penerapan model komunitas sebagai mitra pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Labuhan Badas, Sumbawa