

KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KELUARGA **PADA AGGREGATE LANSIA** DENGAN **HIPERTENSI**



Tutut Riyani | Jerina Saputri | Agnes Tirani
Jaka Aldi | Romie Febriansyah
Andre Utama Saputra

KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KELUARGA PADA AGGREGATE LANSIA DENGAN HIPERTENSI

Tutut Riyani
Jerina Saputri
Agnes Tirani
Jaka Aldi
Romie Febriansyah
Andre Utama Saputra



KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KELUARGA PADA AGGREGATE LANSIA DENGAN HIPERTENSI

Penulis :
Tutut Riyani
Jerina Saputri
Agnes Tirani
Jaka Aldi
Romie Febriansyah
Andre Utama Saputra

Editor :
Syifa Ismayanti

Layouter :
Tim Kreatif PRCI

Cover :
Rusli

Cetakan Pertama : Juni 2024

Hak Cipta 2024, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh :

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT
Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org
E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2024 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2024
; 18 x 25cm
ISBN : -

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul Keperawatan Komunitas dan Keluarga Pada Aggregate Lansia Dengan Hipertensi sesuai yang ditargetkan.

Buku dengan judul keperawatan komunitas dan keluarga pada aggregate lansia dengan hipertensi ini berisikan mengenai konsep lansia, pengertian hipertensi, keperawatan komunitas, dan keperawatan keluarga. Buku ini juga membahas mengenai keperawatan keluarga format pengkajian keluarga model friedman. Kami menyadari bahwa Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi segala usaha kita. Amin.

Juni 2024, Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI	II
BAB I KONSEP LANSIA DAN HIPERTENSI	1
A. Konsep Lansia	1
1. Definisi Lansia	1
2. Klasifikasi Lansia	1
3. Ciri-Ciri	2
B. Pengertian Hipertensi	2
1. Klasifikasi	3
2. Jenis	4
3. Patofisiologi	4
4. Manifestasi Klinik	5
5. Faktor Penyebab	5
 BAB II MODEL COMMUNITY AS PARTNER DALAM ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA	 8
A. Model Community As Partner Dalam Asuhan Keperawatan Komunitas	8
B. Konsep Keperawatan Keluarga	9
 BAB III ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS	 13
A. Pengkajian Keperawatan	13
B. Diagnosa Keperawatan	37
C. Rencana Keperawatan	37
D. Pelaksanaan	38
E. Evaluasi	39
 BAB IV KEPERAWATAN KELUARGA FORMAT PENGKAJIAN KELUARGA MODEL FRIEDMAN	 41
A. Pengkajian Keluarga	41
B. Diagnosa Keperawatan	46
C. Rencana Keperawatan	46
 DAFTAR PUSTAKA	 50
LAMPIRAN	51
PROFIL PENULIS	62

BAB I

KONSEP LANSIA DAN HIPERTENSI

A. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis. (Mustika, 2019). Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua. (Mawaddah, 2020). Jika ditanya kapan seseorang dikatakan lansia jawabannya adalah jadi kita ada dua kategori lansia yaitu kategori usia kronologis dan usia biologis artinya adalah jika usia kronologis adalah dihitung dalam atau dengan tahun kalender. Di Indonesia usia pensiun 56 tahun biasanya disebut sudah lansia namun ada Undang – undang mengatakan bahwa usia 60 tahun ke atas baru paling layak atau paling tepat disebut usia lanjut usia biologis adalah usia yang sebenarnya kenapa begitu karena dimana kondisi pematangan jaringan sebagai indeks usia lansia pada biologisnya. Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya kondisi fisik maupun biologis, dimana kondisi psikologisnya serta perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti yang artinya proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur. (Friska et al., 2020).

2. Klasifikasi Lansia

Menurut WHO, lansia dibagi menjadi empat kelompok, yaitu :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-59 tahun
- b. Lansia (*edderly*), yaitu kelompok usia 60-74 tahun
- c. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun
- d. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun

3. Ciri-Ciri

Lansia Menurut Oktora & Purnawan, (2018) adapun ciri dari lansia diantaranya :

- a. Lansia merupakan periode kemunduran Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.
- b. Penyesuaian yang buruk pada lansia perilaku yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

B. Pengertian Hipertensi

Menurut WHO, Hipertensi adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg) (Sunarwinadi, 2019). Hipertensi sering dijuluki sebagai silent killer atau pembunuh diam-diam karena dapat menyerang siapa saja secara tiba-tiba serta merupakan salah satu penyakit yang dapat mengakibatkan kematian. Hipertensi juga beresiko menimbulkan berbagai macam penyakit lainnya yaitu seperti gagal jantung, jantung koroner, penyakit ginjal dan stroke, sehingga penanganannya harus segera dilakukan sebelum komplikasi dan akibat buruk lainnya terjadi seperti dapat menurunkan umur harapan hidup penderitanya (Sulastri, Elmatris, and Ramadhani, 2019).

Hipertensi pada lansia dibedakan atas hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg, serta hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg (NOC, 2021).

1. Klasifikasi

Hipertensi sering dijuluki pembunuh diam-diam karena dapat menyerang siapa saja secara tiba-tiba serta merupakan salah satu penyakit yang dapat mengakibatkan kematian. Hipertensi diklasifikasikan menjadi beberapa bagian, yaitu :

a. Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO – ISH

Klasifikasi hipertensi menurut WHO-ISH dibedakan menjadi 9 kategori.

Klasifikasi tersebut sesuai dengan tabel 1 dibawah ini, yaitu :

Tabel 1
Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO-ISH

Kategori	Tekanan darah sistol (mmhg)	Tekanan darah diastole (mmhg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-tinggi	130-139	85-89
Grade 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub-group : perbatasan	140-149	90-94
Grade 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Grade 3 (hipertensi berat)	>180	>110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	<90
Sub-group : perbatasan	140-149	<90

b. Klasifikasi Hipertensi menurut JNC-VII 2003

Klasifikasi hipertensi menurut JNC-VII 2003 dibedakan menjadi 4 kategori. Klasifikasi tersebut sesuai dengan tabel 2 dibawah ini, yaitu :

Tabel 2
Klasifikasi hipertensi menurut JNC-VII 2021

Klasifikasi	TDS (mmhg)	TDD (mmhg)
Normal	<120	<80
Pra-hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi Tingkat 2	>160	≥100

2. Jenis

Hipertensi apabila dilihat berdasarkan penyebabnya, dikelompokkan menjadi 2 kelompok (Artiyaningrum, 2016), yaitu :

a. Hipertensi Esensial

Hipertensi Esensial sering juga disebut dengan hipertensi primer, adalah hipertensi yang belum jelas penyebabnya. Hipertensi esensial biasanya ditandai dengan terjadinya peningkatan kerja jantung akibat penyempitan pembuluh darah.

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat ditentukan antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme).

3. Patofisiologi

Hipertensi Meningkatnya tekanan darah dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung di paksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis (Triyanto, 2014).

Dengan cara yang sama tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat (Triyanto, 2014). Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal (Triyanto, 2014).

Sistem saraf simpatik merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon fight-or-flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) meningkatnya arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin) yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin (Triyanto, 2014).

4. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik yang dialami oleh penderita biasanya berupa pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan. Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan (Triyanto, 2014).

5. Faktor Penyebab

Faktor penyebab penyakit hipertensi yaitu faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, keturunan dan etnis, faktor perilaku seperti obesitas, stress, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol, serta asupan yang salah.

a. Faktor Demografi

1) Umur

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi. Tekanan darah akan naik dengan bertambahnya umur terutama setelah umur 40 tahun. Hal ini disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku, sebagai akibat dari peningkatan tekanan darah sistolik (Anggi K, 2008).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin sangat berpengaruh pada terjadinya hipertensi. Pada umumnya pria lebih rentan terkena penyakit hipertensi dibandingkan dengan wanita. Seorang ahli mengatakan bahwa pria lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan wanita dengan rasio 2.29 mmHg untuk peningkatan darah sistolik. Hal ini dipengaruhi oleh hormon estrogen pada wanita yang meningkatkan kadar HDL sehingga melindungi wanita dari hipertensi (Kartikasari, 2012). Namun apabila wanita memasuki masa menopause maka resiko hipertensi

meningkat sehingga prevalensinya lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Hal ini disebabkan oleh produksi hormon estrogen menurun pada saat menopause sehingga menyebabkan meningkatnya tekanan darah (Artiyaningrum, 2016).

3) Keturunan (Genetik)

Salah satu faktor hipertensi adalah tingginya peranan faktor keturunan yang memengaruhi. Faktor genetik berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel. Menurut Davidson bila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 45% akan diturunkan kepada anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun kepada anak-anaknya (Artiyaningrum, 2016).

4) Etnis

Prevalensi hipertensi dikatakan lebih banyak terjadi pada orang yang berkulit hitam dari pada berkulit putih. Berdasarkan The ARIC study yang meneliti dua etnik populasi di Amerika menyatakan bahwa prevalensi hipertensi lebih tinggi pada penduduk Afrika di banding kulit putih (55% laki-laki Amerika Afrika dibandingkan 29% laki-laki kulit putih, 56% wanita Amerika Afrika dibandingkan 26% wanita kulit putih) (Sulastri, Elmatris, and Ramadhani, 2012).

b. Faktor Perilaku

1) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor penyebab hipertensi. Obesitas akan menambah kerja jantung, keadaan ini meningkatkan resiko terjadinya tekanan darah tinggi dan kolesterol (Anggi K, 2008). Obesitas dapat memicu terjadinya hipertensi melalui berbagai mekanisme baik secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung obesitas dapat menyebabkan peningkatan cardiac output karena makin besar massa tubuh makin banyak pula jumlah darah yang beredar sehingga curah jantung ikut meningkat. Dan secara tidak langsung yaitu melalui perangsangan aktivitas sistem saraf simpatis dan Renin Angiotensin Aldosteron System (RAAS) oleh mediator seperti hormonal aldosteron yang terkait erat dengan retensi air dan natrium sehingga volume darah meningkat (Sulastri, Elmatris, and Ramadhani, 2012).

2) Stress

Stress dapat memicu terjadinya tekanan darah meningkat hal ini karena stress dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memicu jantung berdenyut lebih cepat sehingga menyebabkan tekanan darah naik. Menurut Sutanto (2010), apabila stress berlangsung lama dapat mengakibatkan peninggian tekanan darah menetap (Artiyaningrum, 2016).

3) Merokok

Rokok mengandung berbagai macam zat kimia yang dapat membahayakan tubuh diantaranya nikotin, karbomonoksida, dan bahan yang lainnya. Kandungan kimia dalam rokok dapat menyebabkan timbulnya hipertensi dan penyakit lainnya seperti serangan jantung dan kanker (Intan, 2012).

4) Konsumsi Alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat mengakibatkan timbulnya berbagai macam penyakit salah satunya yaitu hipertensi, karena zat-zat yang terkandung dalam alkohol sangat berbahaya bagi tubuh sehingga dapat memicu timbulnya berbagai macam penyakit (Intan, 2012).

BAB II

MODEL COMMUNITY AS PARTNER DALAM ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA

A. Model Community As Partner Dalam Asuhan Keperawatan Komunitas

Teori komunitas sebagai mitra (community as partner) adalah teori praktis yang diturunkan dari model teori konseptual sistem (conceptual theory system model) dari Betty Neuman pada tahun 1970. Model sistem ini merefleksikan sifat klien sebagai sistem terbuka. Keahlian Neuman dalam bidang kesehatan jiwa, mendasari konsep utama yang membentuk model ini, adalah stressor, mekanisme pertahanan dan homeostatis sebagai sebuah sistem yang dinamis. Reaksi dari sistem mengakibatkan suatu kondisi seimbang/disequilibrium (sakit). Neuman juga menggunakan konsep tiga tingkatan pencegahan sebagai pendekatan dalam intervensi keperawatan.

Anderson dan Mc. Farland mengawali pembentukan teori yang diberi nama komunitas sebagai klien (community as client). Dalam perkembangannya teori tersebut berubah menjadi komunitas sebagai mitra (community as partner) atas dasar keyakinan bahwa komunitas adalah subyek asuhan yang memiliki potensi dan memiliki otonomi untuk menentukan status Kesehatan nya. Istilah partner lebih tepat karena memiliki nilai partisipasi aktif komunitas untuk mencapai tujuan bersama.

Konsep utama teori community as a partner adalah roda pengkajian komunitas dan proses keperawatan. Dua bagian utama dari konsep roda pengkajian komunitas meliputi inti komunitas (core) dan delapan sub sistem.

Core terdiri dari demografi, statistik penting, sejarah, etnis/ budaya, dan persepsi terhadap kesehatan. Sedangkan sub sistem terdiri dari : 1) lingkungan fisik, 2) pendidikan, 3) ekonomi, 4) keamanan dan transportasi, 5) politik dan pemerintahan, 6) pelayanan kesehatan dan sosial, 7) komunikasi dan 8) rekreasi. Core dan subsistem dikelilingi oleh garis pertahanan sebagai sistem respon yang ditampilkan oleh komunitas sebagai reaksi terhadap stressor yang masuk. Lingkaran utuh sebagai garis pertahanan normal adalah level kesehatan yang ditampilkan komunitas. Lingkaran putus-putus adalah garis pertahanan fleksibel yang mengelilingi komunitas adalah sebagai “a buffer zone” yang menggambarkan suatu level kesehatan yang dinamis sebagai hasil respon sementara terhadap stressor. Delapan sub sistem dibagi oleh garis putus-putus sebagai garis pertahanan resisten untuk menunjukkan bahwa masing-masing mempunyai pengaruh dan dipengaruhi oleh lainnya. Stressor adalah tekanan yang menghasilkan stimulus berpotensi menyebabkan ketidakseimbangan.

Status ketidakseimbangan dikenal sebagai derajat reaksi. Intervensi keperawatan dibedakan ke dalam tiga tingkatan pencegahan. Pencegahan primer bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan komunitas melalui kegiatan promosi dan proteksi kesehatan. Pencegahan sekunder bertujuan untuk mencegah dan menangani faktor resiko melalui kegiatan deteksi dini dan pengendalian faktor resiko. Pencegahan tersier bertujuan untuk mencegah akibat lanjut atau kecacatan melalui kegiatan perawatan dan rehabilitasi (Nies & McEwen, 2019).

B. Konsep Keperawatan Keluarga

1. Pengertian keluarga dan pengertian keperawatan keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan, ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Keluarga adalah dua orang atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Balion & Maglaya, 1989). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang dipersatukan oleh ikatan perkawinan, ikatan darah yang tinggal dalam satu rumah dan saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing-masing untuk menciptakan atau mempertahankan suatu budaya. Keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang dibe rikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga (Suprajitna, 2004).

2. Tipe atau jenis keluarga

Menurut Friedman (1998) tipe keluarga dari dua tipe yaitu keluarga tradisional dan keluarga non tradisional.

a. Tipe keluarga tradisional terdiri dari :

- 1) Nuclear family atau keluarga inti adalah suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak adopsi.
- 2) Extended family atau keluarga besar adalah keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, bibi dan paman.
- 3) Dyad family adalah keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang tinggal dalam satu rumah tanpa anak.
- 4) Single parent family adalah suatu keluarga yang terdiri dari satu orang tua dan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

- 5) Single adult adalah satu rumah tangga yang terdiri dari satu orang dewasa.
 - 6) Keluarga usia lanjut adalah keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang sudah lanjut usia.
- b. Tipe keluarga non tradisional terdiri dari :
- 1) Keluarga communny yang terdiri dari satu keluarga tanpa pertalian darah, hidup dalam satu rumah.
 - 2) Orang tua (ayah, ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
 - 3) Homo seksual dan lesbian adalah dua individu sejenis yang hidup Bersama dalam satu rumah dan berpefilaku layaknya suami istri.

3. Struktur keluarga

Menurut Friedman (1998), struktur keluarga terdiri dari :

- a. Pola dan proses komunikasi dapat dikatakan berfungsi apabila jujur, terbuka, melibatkan emosi, dapat menyelesaikan konflik keluarga serta adanya hierarki kekuatan. Pola komunikasi dalam keluarga dikatakan akan berhasil jika pengirim pesan (sender) yakin mengemukakan pesannya, isi pesan jelas dan berkualitas, dapat menerima dan memberi umpan balik, tidak bersifat asumsi, berkomunikasi sesuai. Sebaliknya, seseorang menerima pesan (receiver) dapat menerima pesan dengan baik jika dapat menjadi pendengaran yang baik, memberi umpan balik dan dapat memvalidasi pesan yang diterima.
- b. Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan baik peran formal maupun informal.
- c. Struktur kekuatan adalah kemampuan individu untuk mengontrol dan mempengaruhi atau merubah perilaku orang lain yang terdiri dari legitimate power (hak), referen power (ditiru), expert power (keahlian), reward power (hadiah), coercive power (paksaan) dan affektif power.
- d. Nilai keluarga dan norma adalah system ide-ide, sikap dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu.

4. Peran keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu didasari dalam keluarga dan kelompok masyarakat.

Berbagai peran yang terdapat dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Peran ayah : ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, berperan dari pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggota, masyarakat dari lingkungannya.
- b. Peran ibu : ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peran mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah
- c. Satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, di samping itu ibu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- d. Peran anak : anak-anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

5. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (1998), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu :

- a. Fungsi afektif (the Affective Function) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi
Tetapi dengan berubahnya zaman, fungsi keluarga dikembangkan menjadi :
 - 1) Fungsi ekonomi, yaitu keluarga diharapkan menjadi keluarga yang produktif yang mampu menghasilkan nilai tambah ekonomi dengan memanfaatkan sumber daya keluarga.
 - 2) Fungsi mendapatkan status sosial, yaitu keluarga yang dapat dilihat dan dikategorikan strata sosialnya oleh keluarga lain yang berbeda disekitarnya.
 - 3) Fungsi pendidikan, yaitu keluarga mempunyai peran dan tanggung jawab yang besar terhadap pendidikan anak -anaknya untuk menghadapi kehidupan dewasanya.
 - 4) Fungsi sosialisasi bagi anaknya, yaitu orang tua atau keluarga diharapkan mampu menciptakan kehidupan sosial yang mirip dengan luar rumah.
 - 5) Fungsi pemenuhan kesehatan, yaitu keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar primer dalam rangka melindungi dan pencegahan terhadap penyakit yang mungkin dialami oleh keluarga.

6. Tahapan perkembangan keluarga

Formulasi tahap-tahap perkembangan keluarga yang paling banyak digunakan untuk keluarga inti dengan dua orang tua adalah delapan tahap siklus kehidupan keluarga dari Duvall)

Tabel 2.1 tahap perkembangan keluarga

Tahap I	Keluarga pemula (juga menunjuk pasangan menikah atau tahap pernikahan)
Tahap II	Keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua adalah bayi sampai) umur 0-30 bulan
Tahap III	Keluarga dengan usia anak prasekolah (anak tertua berumur 2 hingga 6 tahun)
Tahap IV	Keluarga dengan usia anak sekolah (anak tertua berumur 6 sampai 13 tahun)
Tahap V	Keluarga dengan anak usia remaja (anak tertua berumur 13 sampai 20 tahun)
Tahap VI	Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
Tahap VII	Orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
Tahap VIII	Keluarga dalam masa pension dan lansia (Juga termasuk anggota keluarga yang berusia lanjut dan pensiun hingga pasangan meninggal dunia)

Sumber : (Sulistyo Andarmoyo, 2012)

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

A. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian 50 kelompok lansia dengan Hipertensi di puskesmas 23 ilir, Jl. Datuk Moh. Akib No.100, 23 Ilir, Kec. Bukit Kecil, Kota Palembang. selama 3 hari (tanggal 13 Maret 2024) didapatkan data hasil wawancara dan pengamatan melalui komponen *Community Assesment Wheel* (Roda Pengkajian Komunitas) sebagai berikut :

1. Data Inti

Hasil pengkajian komunitas data inti di blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir, kec. Bukit kecil, kab. Kota palembang, didapatkan jumlah warga keseluruhan adalah 4820 jiwa dan terdiri dari 446 KK.

Hasil dari data demografi bahwa batas wilayah di blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir, batas wilayah sebelah barat yaitu Gandus dan kab. Banyuasin, Batas wilayah sebelah timur yaitu ilir timur 1 Batas wilayah sebelah selatan yaitu ilir barat II, Batas wilayah sebelah utara yaitu sukarami.

Untuk warga di blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir, berjenis kelamin laki-laki 2020 (42%), yang berjenis kelamin perempuan 2020 (58%).

2. Physical Environment (Lingkungan Fisik)

Hasil pengkajian komunitas *physical environment* di blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir, didapatkan yang status kepemilikan rumahnya sewa 2 jiwa (7%), numpang 7 jiwa (23%), milik sendiri 21 jiwa (70%).

Tipe rumahnya permanen 30 rumah (100%). Yang lantai rumahnya dari tegel 23 rumah (77%), yang dari semen 7 rumah (23%). Yang dirumah terdapat jendelanya, 30 rumah (100 memiliki jendela).

Hasil pengkajian kelompok lansia dari segi sumber air yang menggunakan PDAM 2 jiwa (7%), dan air mineral 28 jiwa (93%). Untuk kebiasaan memasak air sebelum diminum 2 jiwa (7%), yang tidak dimasak ada 28 jiwa (93%). Yang memiliki tempat penampungan air sementara 25 jiwa (83%), dan yang tidak memiliki 5 jiwa (17%). Frekuensi pengurasan tempat penampungan air 3x dalam seminggu ada 21 rumah (84%), 4 rumah (16%) menguras air setiap hari.

Tempat membuang sampah 30 rumah (100%) membuang sampah ke tempat pembuangan sampah. Untuk kondisi tempat penampungan sampah sementara yang terbuka ada 23 rumah (77%), yang tertutup 7 rumah (23%). Untuk keberadaan lalat 2 rumah (7%) ada lalat, dan 28 rumah (93%) tidak ada lalat. Untuk sumber lalat di 2 rumah (7%) berasal dari sampah.

Kebiasaan lansia buang air besar dengan menggunakan WC 30 rumah (100%). Kondisi jamban yang dimiliki tiap rumah, 28 rumah (93%) kondisi jamban yang dimiliki baik, dan 2 rumah (7%) kondisi jamban yang dimiliki buruk.

3. Pelayanan Kesehatan Sosial

Hasil pengkajian kelompok lansia komunitas untuk pelayanan kesehatan sosial didapatkan di blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir, yang memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti rutin mengikuti Posyandu Lansia sebanyak 12 jiwa (40%), dan yang rutin ke Puskesmas 13 jiwa (43%).

4. Ekonomi

Hasil pengkajian kelompok lansia komunitas tentang pekerjaan dan penghasilan per-bulan di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir, didapatkan yang bekerja sebagai pekerja wiraswasta 8 jiwa (27%), yang tidak bekerja 12 jiwa (40%), yang pensiunan 10 jiwa (33%). Yang berpenghasilan per-bulan $\leq$ Rp 500.000 ada 13 jiwa (43%), yang Rp 500.000-1.000.000 ada 12 jiwa (40%), yang $\geq$ Rp 1.000.000 ada 5 jiwa (17%).

5. Keamanan Transportasi

Hasil pengkajian komunitas pada kelompok lansia tentang transportasi di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir didapatkan yang transporatasinya milik pribadi 3 jiwa (10%), yang menggunakan angkot 8 jiwa (27%), yang menggunakan becak 8 jiwa (27%), dan yang jalan kaki 11 jiwa (36%).

6. Sistem Pemerintahan

Hasil pengkajian komunitas pada kelompok lansia tentang struktur pemerintahan di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir didapatkan bahwa di RW 03 ini di pimpin oleh Ketua RW dan Ketua RT. Di wilayah ini ada 2 posyandu yaitu 1 Posyandu Lansia dan 1 Posyandu Balita. Untuk Kader Posyandu Lansia berjumlah 7 orang dan yang aktif mengikuti Posyandu 3 orang.

7. Komunikasi

Hasil pengkajian komunitas pada kelompok lansia tentang alat bantu komunikasi di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir didapatkan yang komunikasinya menggunakan televisi dan Handphone 30 jiwa (100%).

8. Pendidikan

Hasil pengkajian komunitas pada kelompok lansia tentang pendidikan di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir didapatkan yang tidak sekolah 6 jiwa (20%), untuk sekolah dasar 21 jiwa (70%), untuk sekolah menengah pertama 1 jiwa (3%), untuk sekolah menengah atas 2 jiwa (7%).

9. Rekreasi

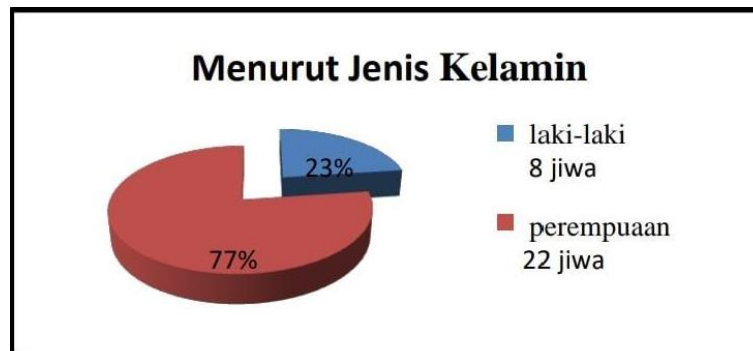
Hasil pengkajian komunitas pada kelompok lansia tentang pemanfaatan waktu luang di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir didapatkan yang memanfaatkan

waktu luangnya dengan berlibur 1x dalam seminggu sebanyak 4 jiwa (13%), 1-2x dalam sebulan 6 jiwa (20%), kurang dari 1x dalam sebulan 20 jiwa (67%).

10. Data Demografi

Hasil pendataan selama 2 hari yang dilakukan peneliti sebanyak 30 jiwa dengan rincian sebagai berikut :

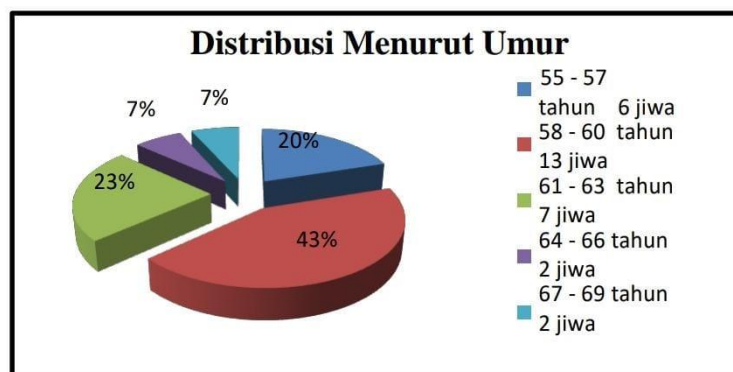
a. Distribusi penduduk menurut jenis kelamin



Gambar 3.1 : Diagram Penduduk Lansia berdasarkan Jenis Kelamin di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.1 diketahui bahwa dari 30 lansia, 22 jiwa (77%) adalah Perempuan dan 8 jiwa (23%) adalah Laki-laki.

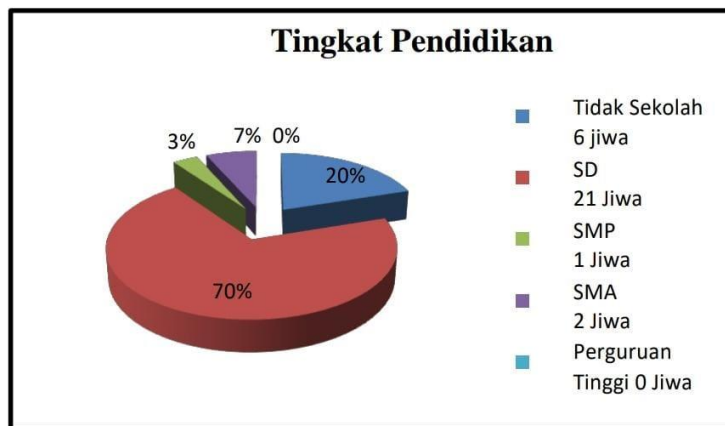
b. Distribusi penduduk menurut kelompok umur



Gambar 3. 2 : Diagram Penduduk Lansia Berdasarkan Usia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.2 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia, 13 jiwa (43%) berusia antara 58 – 60 tahun, Dan 2 jiwa (7%) berusia 67 – 69 tahun.

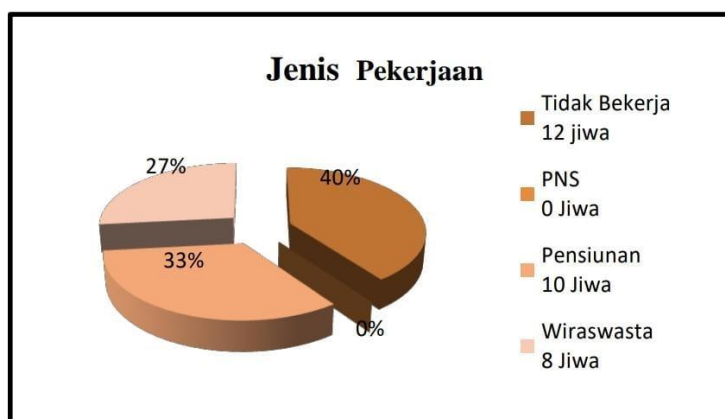
c. Distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan



Gambar 3.3 : Diagram Penduduk Lansia Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.3 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia, 21 jiwa (70%) berpendidikan tingkat SD, Dan 1 jiwa (3%) berpendidikan SMP.

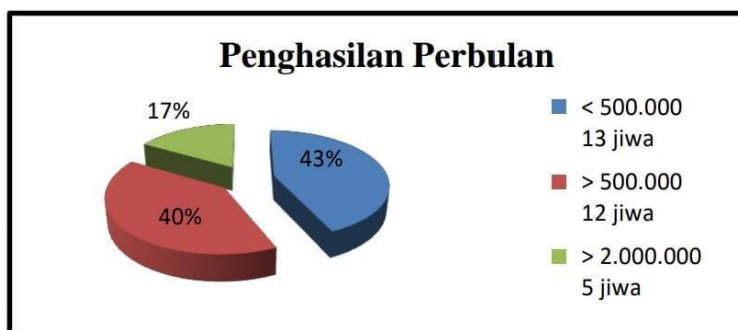
d. Distribusi penduduk menurut jenis pekerjaan



Gambar. 3.4 : Diagram Penduduk Lansia Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.4 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia, 12 jiwa (40 %) tidak bekerja, 10 jiwa (33%) pensiunan, 8 jiwa (27%) wiraswasta.

e. Penghasilan Perbulan

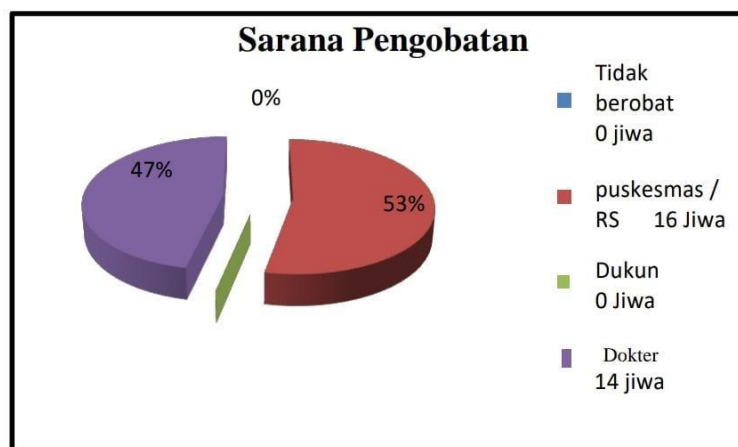


Gambar. 3.5 : Diagram Penduduk Lansia Berdasarkan Penghasilan Perbulan di di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.5 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia, 13 jiwa (43%) berpenghasilan kurang dari Rp. 500.000, dan 5 jiwa (17%) berpenghasilan lebih dari Rp.2.000.000.

11. Data Status Kesehatan

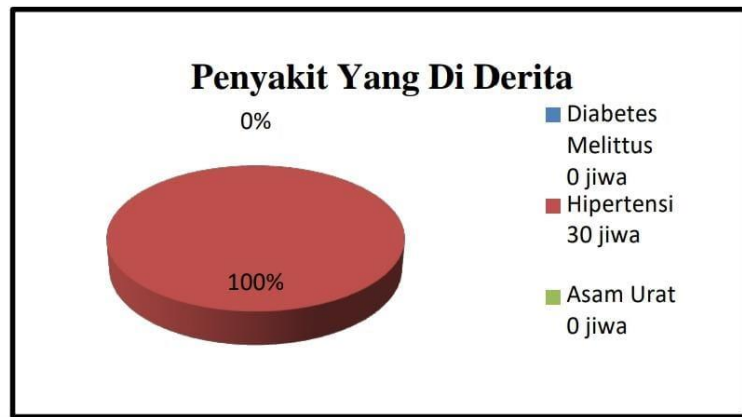
a. Sarana Tempat Pengobatan Lansia



Gambar. 3.6 : Diagram Sarana Tempat Pengobatan Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.6 tersebut diketahui bahwa 30 lansia, 16 jiwa (53%) menggunakan sarana tempat pengobatan di puskesmas/ RS, 14 orang (47%) menggunakan sarana tempat pengobatan di Dokter.

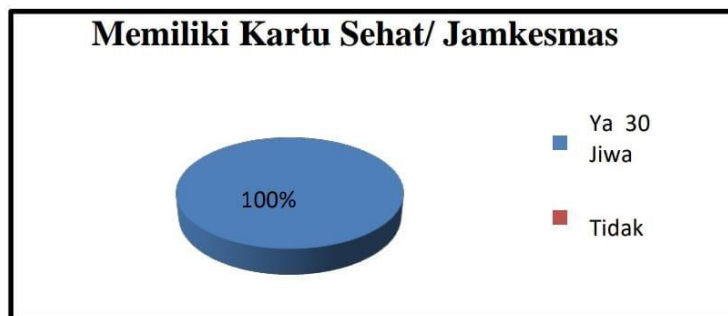
b. Penyakit yang sering diderita Lansia



Gambar. 3.7 : Diagram Penyakit Yang Sering Diderita Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.7 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia (100%) penyakit yang sering dikeluhkan adalah Hipertensi.

c. Lansia yang memiliki kartu sehat/ Jamkesmas

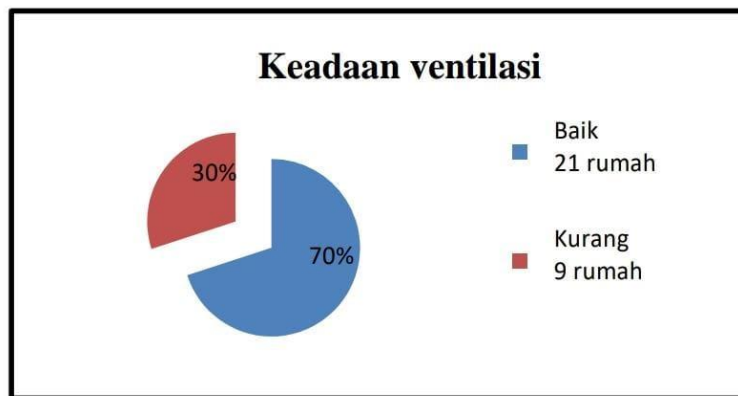


Gambar. 3.8 : Diagram Penduduk Lansia yang memiliki kartu sehat/Jamkesmas di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.8 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia (100%) memiliki kartu sehat/ Jamkesmas.

12. Data Perumahan

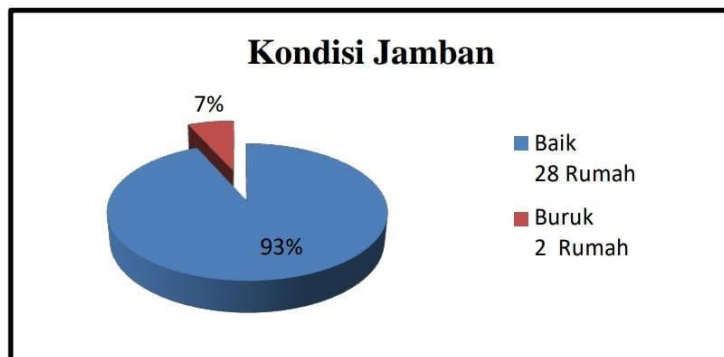
a. Keadaan ventilasi rumah



Gambar. 3.9 : Diagram Keadaan Ventilasi Rumah Kelompok Lansia di di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.9 tersebut diketahui bahwa dari 30 rumah, 21 rumah (70%) keadaan ventilasi rumah yang dimiliki adalah baik, dan 9 rumah (30%) keadaan ventilasi rumah yang dimiliki kurang.

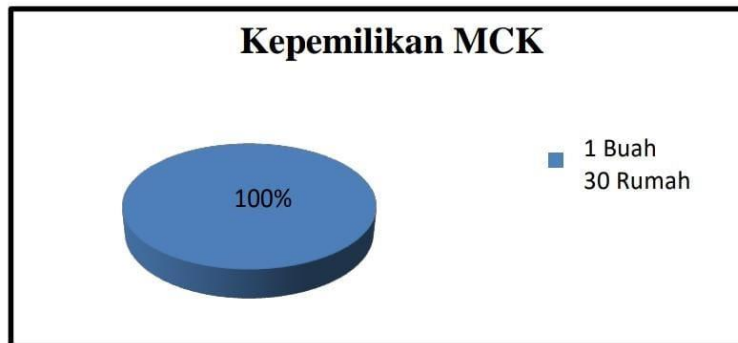
b. Kondisi Jamban



Gambar. 3.12 : Diagram Kondisi Jamban Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

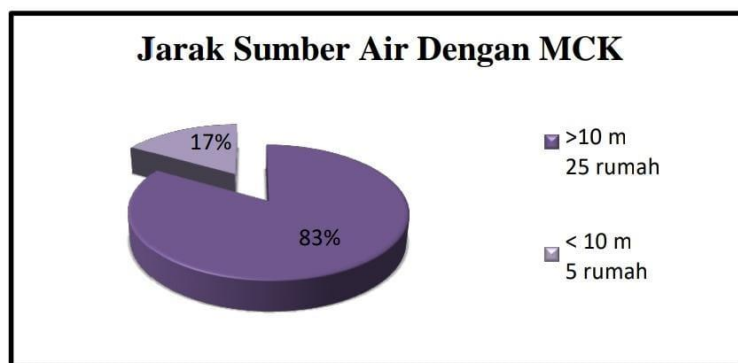
Berdasarkan gambar. 3.12 tersebut diketahui bahwa dari 30 rumah, 28 rumah (93%) kondisi jamban yang dimiliki adalah baik, dan 2 rumah (7%) kondisi jamban yang dimiliki buruk.

c. Kepemilikan MCK



Gambar. 3.13 : Diagram Kepemilikan MCK Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

d. Jarak sumber air dengan MCK > 10 meter



Gambar. 3.15 : Diagram Jarak Sumber Air Dengan MCK > Dari 10 m Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.15 tersebut diketahui bahwa dari 30 rumah 25 rumah (83%) jarak sumber air dengan MCK > dari 10 meter. 5 rumah (17%) jarak sumber air dengan MCK < 10 meter.

13. Data Kesehatan Lingkungan

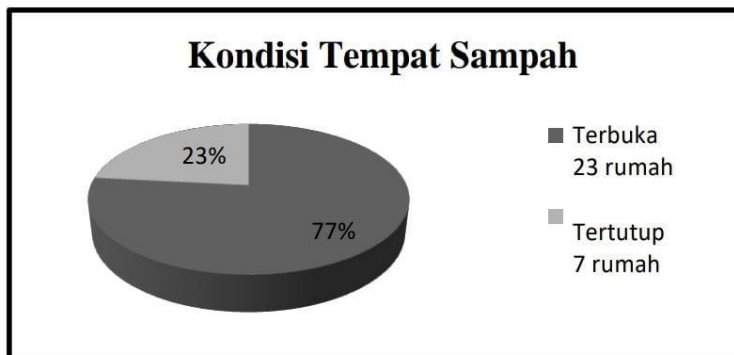
a. Data kepemilikan tempat sampah



Gambar. 3.16 : Diagram Kepemilikan Tempat Sampah Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar 3.16 tersebut diketahui bahwa dari 30 rumah 30 rumah (100%) memiliki tempat sampah di rumahnya.

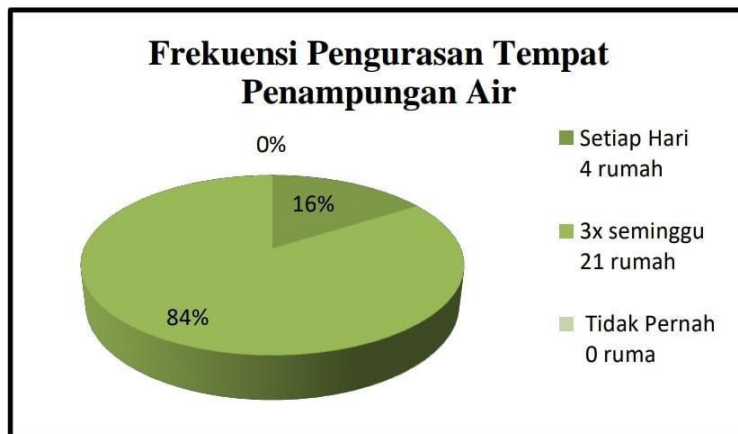
b. Data kondisi tempat sampah



Gambar. 3.17 : Diagram Kondisi Tempat Sampah Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.17 tersebut diketahui bahwa dari 30 rumah, 23 rumah (77%) tempat sampah yang dimiliki dalam keadaan terbuka dan 7 rumah (23%) tempat sampah yang dimiliki dalam keadaan tertutup.

c. Frekuensi pengurasan tempat penampungan air

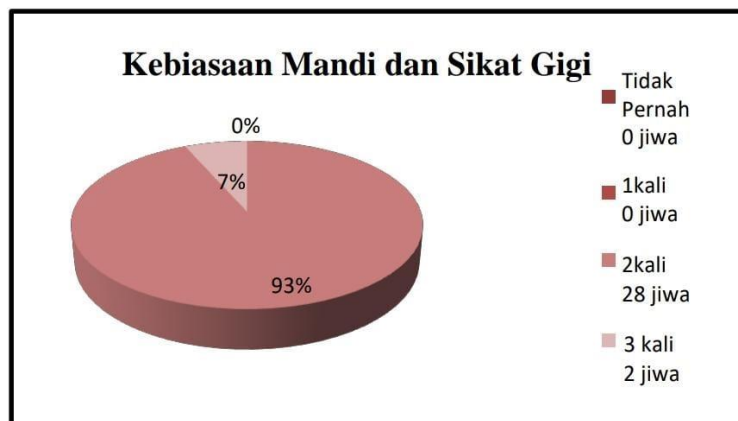


Gambar. 3.18 : Diagram Frekuensi Pengurasan Tempat Penampungan Air Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.18 tersebut diketahui bahwa dari 25 rumah, 21 rumah (84%) menguras tempat penampungan airnya 3x/ minggu dan 4 rumah (16%) menguras tempat penampungan airnya setiap hari.

14. Data Perilaku Terhadap Kesehatan

a. Kebiasaan Mandi dan Sikat Gigi



Gambar. 3.19 : Diagram Kebiasaan Mandi dan Gosok Gigi Kelompok Lansia di di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.19 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia, 28 jiwa (93%) mandi dan sikat gigi 2 kali sehari dan 2 jiwa (7%) mandi dan sikat gigi 3 kali sehari.

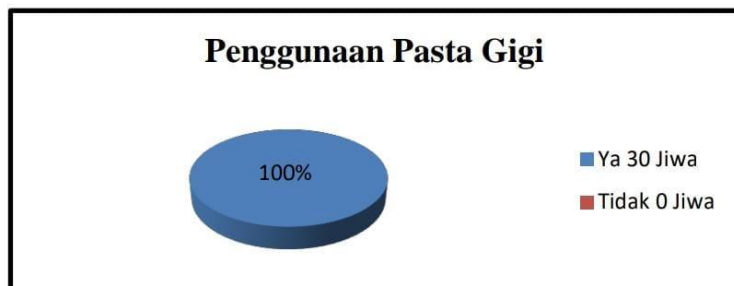
b. Penggunaan Sabun Saat Mandi



Gambar. 3.20 : Diagram Penggunaan Sabun Saat Mandi Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.20 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia (100%) ketika mandi menggunakan sabun mandi.

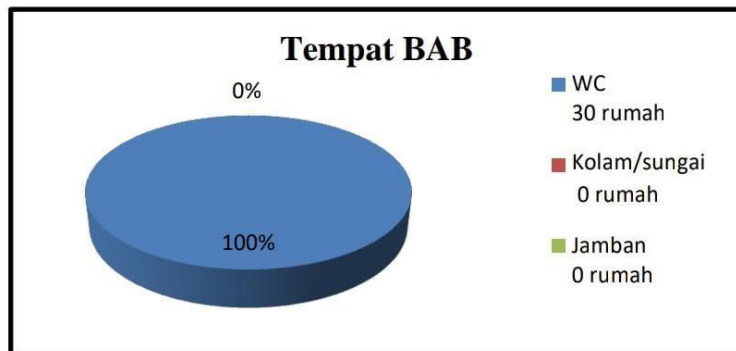
c. Penggunaan Pasta Gigi



Gambar. 3.21 : Diagram Penggunaan Pasta Gigi Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.21 tersebut diatas diketahui bahwa dari 30 lansia (100%) ketika sikat gigi menggunakan pasta gigi.

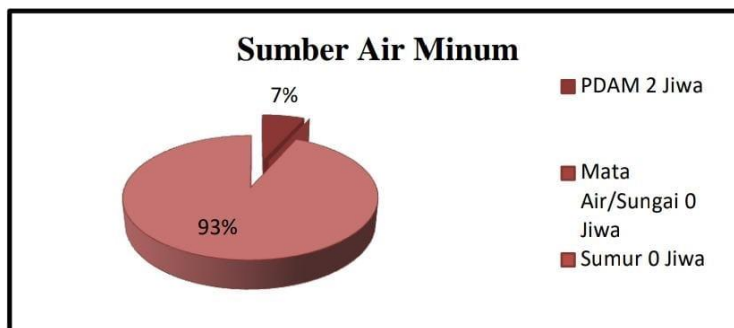
d. Tempat Buang Air Besar



Gambar. 3.22 : Diagram Tempat Buang Air Besar Kelompok Lansia di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.22 diketahui bahwa dari 30 lansia (100%) tempat BAB di WC sendiri.

e. Sumber Air Minum



Gambar. 3.23 : Diagram Sumber Air Minum Kelompok di Blok 6, rt. 11, rw. 03, kel. 23 ilir Bulan Maret 2024.

Berdasarkan gambar. 3.23 tersebut diketahui bahwa dari 30 lansia 28 jiwa (93%) sumber air minum yang digunakan air mineral dan 2 jiwa (7%) sumber air minum PDAM.