

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi lansia

Usia lanjut (lansia) dapat dikatakan sebagai tahap akhir dari perkembangan hidup manusia. Lansia adalah kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahap akhir dari proses kehidupannya. Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok yang rentan mengalami berbagai masalah seperti akibat proses menua, menurunnya kemampuan aktivitas akibat pensiun dan keterbatasan fisik, pendapatan keluarga menurun, kesepian ditinggal pasangan hidup dan anak-anak yang sudah berkeluarga dan secara sosial interaksi dan peran lansia berkurang (Sunarti et al., 2019).

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Pemerintah Indonesia dalam Kementerian Sosial dimana membagi lansia menjadi 2 kategori yakni lansia potensial juga lansia tidak potensial. Lansia potensial ialah lansia yang mempunyai kekuatan serta mampu mengerjakan kegiatan maupun aktivitas sendiri juga menolong orang lain. Sebaliknya, lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak mampu mendapatkan penghasilan atau mencari nafkah buat memenuhi kebutuhan hidupnya sendiri (Sunarti et al., 2019)

Berikut beberapa klasifikasi menurut para ahli: (Untari, 2018)

2.1.2.1 Menurut WHO

- a. Usia pertengahan (middle age) dari 45 - 59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) dari 60 - 74 tahun

2.1.2.2 Menurut klasifikasi lansia terdiri dari (Azizah and Hartanti, 2016):

- a. Pra lansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.

- b. Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

2.1.3 Tipe Lansia

Tipe Inajut usia yang sering muncul diantaranya:

2.1.3.1 Tipe Arif Bijaksana

Lansia yang banyak dari pengalaman, beradaptasi akan peralihan zaman, pekerja keras, baik hati, tidak sombong, hidupnya sederhana, murah hati, menghadiri kegiatan serta sebagai panutan.

2.1.3.2 Tipe Mandiri

Lansia ini suka melakukan aktivitas baru, pilih-pilih saat mencari kerja serta hati-hati dalam mencari teman pergaulan dan menghadiri kegiatan.

2.1.3.3 Tipe Tidak Puas

Lansia ini sering menghadapi permasalahan internal maupun eksternal, melawan tahap penuaan sehingga membuat hilangnya daya tarik fisik, hilangnya kekuasaan atau jabatan, kawan, tidak penyabar, cepat marah serta sulit dilayani.

2.1.3.4 Tipe Pasrah

Lansia yang sering menerima juga menanti keberuntungan, memiliki prinsip percaya akan “habis

gelap terbitlah terang”, ikut dalam kegiatan keagamaan dan mengerjakan pekerjaan apapun.

2.1.3.5 Tipe Bingung

Lansia yang biasa kagetan, hilangnya jati diri, memisahkan diri dari orang lain, rendah diri, penyesalan, kepasifan, serta ketidakpedulian.

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi kesehatan lansia

Menurut WHO dalam (Dewi et al., 2022), faktor yang mempengaruhi kesehatan lansia yaitu:

2.1.4.1 Genetik

2.1.4.2 Lingkungan fisik dan sosial seperti kondisi rumah , lingkungan sekitar dan lingkungan tempat tinggal

2.1.4.3 Karakteristik lansia seperti jenis kelamin , ras, dan status sosial.

2.1.4.4 Menjaga pola hidup bersih

2.1.5 Perubahan yang terjadi pada lansia

2.1.5.1 Perubahan fisiologis

Menurut nugroho (Sunarti et al., 2019) perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada lansia yaitu: (Aprianti and Ardianty, 2020).

a. Perubahan yang terjadi pada sistem gastrointestinal
Proses penuaan membeikan pengaruh pada setiap bagian dalam saluran gastrointestinal yaitu perubahan pada rongga mulut, esophagus, lambung, usus halus , usus besar dan rectum, pankreas dan hati.

b. Perubahan pada sistem muskuloskeletal

1) Jaringan penghubung (kolagen dan elastin)

Kolagen sebagai protein pendukung utama pada kulit, tendon, kartilago, dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi tidak

teratur dan penurunan hubungan pada jaringan kolagen merupakan salah satu alasan penurunan mobilitas pada jaringan tubuh. Sel kolagen mencapai puncak mekaniknya karena penuaan. Kolagen dan elastin yang merupakan jaringan ikat pada jaringan penghubung mengalami perubahan kualitas dan kuantitasnya.

Perubahan pada kolagen ini merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok dan berjalan serta hambatan dalam aktivitas sehari-hari.

2) Kartilago

Jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi sehingga permukaan sendi menjadi rata. Selanjutnya kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif. Proteoglikan yang merupakan komponen dasar matrik kartilago, berkurang atau hilang secara bertahap sehingga jaringan fibril pada kolagen kehilangan kekuatan dan akhirnya kartilago cenderung mengalami fibrilasi.

Kartilago mengalami kalsifikasi di beberapa tempat seperti pada tulang rusuk dan tiroid. Fungsi kartilago menjadi tidak efektif tidak

hanya menjadi peredam kejut, tetapi sebagai permukaan sendi yang berpelumas. Konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.

Perubahan tersebut sering terjadi pada sendi besar penunpu berat badan. Akibat perubahan itu sendi mudah mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak dan terganggunya aktivitas sehari-hari.

c. Perubahan pada persarafan

- 1) Menurun hubungan persarafan
- 2) Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiapn harinya)
- 3) Saraf panca indra mengecil
- 4) Penglihatan berkuirang
- 5) Kurang sensitife terhadap sentuhan
- 6) Defisitr memori

c. Perubahan pada pendengaran

- 1) Gangguan pendengaran
- 2) Membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklrosis
- 3) Terjadi pengumpulan serumen
- 4) Fungsi pendengaran semakin menurun
- 5) Tinnitus (bisings yang bersifat mendengung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus-menerus atau intermiten)

d. Perubahan pada sistem penglihatan

- 1) Sfingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar menghilang
- 2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola)
- 3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa)

- 4) Daya membedakan warna menurun
- e. Perubahan pada sistem kardiovaskuler
 - 1) Katup jantung menebal dan menjadi kaku
 - 2) Elastisitas dinding aorta menurun
 - 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun
 - 4) Curah jantung menurun
 - 5) Kehilangan elastisitas pembuluh darah
- f. Perubahan pada sistem pernapasan
 - 1) Otot pernapasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan dan menjadi kaku
 - 2) Aktivitas silia menurun
 - 3) Paru mengalami penurunan elastis
 - 4) Berkurangnya elastitas bronkus
 - 5) Oksigen pada arteri menurun
- g. Perubahan sistem pencernaan
 - 1) Kehilangan gigi
 - 2) Indra pengecap menurun
 - 3) Esophagus melebar
 - 4) Rasa lapar menurun
 - 5) Fungsi absorbs melemah
 - 6) Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran dan berkurang.

2.1.5.2 Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis lansia menurut (Aprianti and Ardianty,

2020). Perubahan psikologis pada lansia meliputi short term memory, stres, kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan. Lansia pada umumnya juga akan mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses

belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia semakin lambat. Sementara fungsi kognitif meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi menurun, yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan (Pragholapati and Munawaroh, 2020)

2.1.6 Masalah yang muncul pada lansia

Berdasarkan *the national old people's welfare council* di Inggris dalam (NUgroho, 2012), masalah umum yang sering muncul pada lansia sebagai berikut:

2.1.6.1 Depresi mental

2.1.6.2 Masalah pendengaran

2.1.6.3 Bronkitis kronis

2.1.6.4 Gangguan pada tungkai/ postur berjalan

2.1.6.5 Gangguan pada sendi

2.1.6.6 Gangguan pola tidur

2.1.6.7 Demensia

2.1.6.8 Diabetes melitus, osteomalasia, hipotiroidisme dan hipertensi

2.1.6.9 Gangguan defeksi

2.2 Konsep hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi, kadang-kadang disebut juga dengan hipertensi arteri dimana kondisi medis kronis dengan tekanan darah di arteri meningkat. Peningkatan ini menyebabkan jantung harus bekerja lebih keras dari biasanya untuk mengedarkan darah melalui pembuluh darah. Tekanan darah melibatkan dua pengukuran, sistolik dan diastolic tergantung

apakah otot jantung berkontraksi (sistole) atau berelaksasi di antara denyut (diastole). Tekanan darah normal pada istirahat adalah dalam kisaran sistolik (bacaan atas) 100-140 mmHg dan diastolic 60-90 mmHg. Tekanan darah tinggi terjadi bila terus-menerus berada pada 140/90 mmHg (PikirS et al., 2015)

Tekanan darah manusia meliputi tekanan darah sistolik, tekanan darah waktu jantung menguncup dan tekanan darah diastolik, yakni tekanan darah saat jantung istirahat atau relaksasi. Penentuan batasan hipertensi ini sangat penting karena akan menjadi cut off point untuk memperoleh prevalensi hipertensi dipopulasi. Perubahan-perubahan pada batasan hipertensi akan mengakibatkan terjadinya perubahan prevalensi hipertensi pada populasi (Femmy, 2011).

2.2.2 Jenis – Jenis Hipertensi

2.2.2.1 Hipertensi Primer

Hipertensi primer disebut juga sebagai hipertensi idiopatik karena hipertensi ini memiliki penyebab yang belum diketahui. Penyebab yang belum jelas atau belum diketahui tersebut sering dihubungkan dengan faktor gaya hidup yang kurang sehat. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang paling banyak terjadi ,yaitu sekitar 90 % dari kejadian hipertensi (Bumi, 2017).

2.2.2.2 Hipertensi Skunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain seperti penyakit ginjal, kelainan hormonal, atau penggunaan obat tertentu (Bumi, 2017). Kondisi lain yang mempengaruhi ginjal, arteri , jantung, atau system endokrin menyebabkan 5-10 % kasus lainnya

(hipertensi sekunder). Beberapa tanda dan gejala tambahan dapat menunjukkan hipertensi sekunder, yaitu hipertensi akibat penyebab yang jelas seperti penyakit ginjal atau penyakit endokrin. Contohnya obesitas pada dada dan perut, intoleransi glukosa, wajah bulat seperti bulan, punuk kerbau. Penyakit tiroid dan akromegali juga dapat menyebabkan hipertensi dan mempunyai gejala dan tanda yang khas. Besar perut mungkin mengindikasikan stenosis arteri renalis (Penyempitan arteri yang mengedarkan darah ke ginjal) (Ramdhani, 2014).

2.2.3 Klasifikasi Hipertensi dan Gejala Hipertensi

2.2.3.1 Tingkatan I tekanan darah meningkat tanpa gejala

gejala dari gangguan atau kerusakan sistem kardiovaskuler

2.2.3.2 Tingkatan II tekanan darah dengan gejala hipertrofi kardiovaskuler, tetapi tanpa adanya gejala-gejala kerusakan atau gangguan dari alat atau orang lain.

2.2.4 Diagnosa Hipertensi

Diagnosis hipertensi ditetapkan pada semua umur. Diagnosis hipertensi dapat bergantung pada hasil pengukuran maupun gejala klinis dari komplikasinya. Dalam melakukan pemeriksaan diagnostik terhadap pengidap tekanan darah tinggi, umumnya perlu memperhatikan beberapa hal, seperti: memastikan bahwa tekanan darahnya memang selalu tinggi, menilai keseluruhan risiko kardiovaskular, menilai kerusakan organ dan penyakit yang menyertainya, serta mencari tahu kemungkinan penyebabnya. Unsur-unsur tersebut merupakan proses diagnosis tunggal yang bertahap dan menyeluruh. Tiga metode klasik yang dapat digunakan yaitu pencatatan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium. Proses diagnosis seringkali

mengalami tantangan karena sulit menentukan sejauh mana pemeriksaan harus dilakukan. Pemeriksaan yang dangkal, tidak mudah diterima karena hipertensi merupakan penyakit seumur hidup dan terapi yang dipilih dapat memberikan implikasi yang serius pada penderita. Akan tetapi sederet pemeriksaan pun tidak dibenarkan dan harus tetap didasarkan pertimbangan yang tepat. Khusus pada kaum lansia diagnosis hipertensi harus sangat hati-hati karena ada kemungkinan terjadinya kesalahan yang disebabkan beberapa faktor seperti panjang cuff mungkin tidak cukup untuk orang gemuk atau berlebihan atau orang terlalu kurus, penurunan sensitivitas refleksi baroreseptor sering menyebabkan fluktuasi tekanan darah dan hipotensi postural, fluktuasi akibat (Femmy, 2011).

2.2.5 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak pada pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari vasomotor tersebut bermula jaras saraf simpatis yang berlanjut ke bawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di thorak dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetikolin yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah. Dengan dilepaskannya norepineprin akan mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor (Ramdhani, 2014).

2.2.6 Mekanisme hipertensi

Beberapa literatur lain menyatakan bahwa mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (PikirS et al., 2015).

2.2.7 Faktor Resiko hipertensi

Hipertensi dapat dipicu oleh berbagai faktor. Faktor-faktor yang memiliki potensi menimbulkan masalah atau kerugian kesehatan biasa disebut faktor risiko. Pada kejadian hipertensi, faktor risiko dibagi menjadi dua kelompok yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. (Bumi, 2017) Faktor risiko kejadian hipertensi yang tidak dapat diubah terdiri dari usia, jenis kelamin, dan keturunan (genetik) (Bumi, 2017).

2.2.7.1 Usia

Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi yang tidak dapat diubah. Pada umumnya, semakin bertambahnya usia maka semakin besar pula risiko terjadinya hipertensi. Hal tersebut disebabkan oleh perubahan struktur pembuluh darah seperti penyempitan lumen, serta dinding pembuluh darah menjadi kaku dan elastisitasnya berkurang sehingga meningkatkan tekanan darah. Menurut beberapa penelitian, terdapat kecenderungan bahwa pria dengan usia dari 45 tahun lebih rentan mengalami peningkatan tekanan darah, sedangkan wanita cenderung mengalami peningkatan tekanan darah pada usia di atas 55 tahun.

2.2.7.2 Obesitas

Obesitas adalah suatu keadaan penumpukan lemak berlebih dalam tubuh. Obesitas dapat diketahui dengan menghitung Indeks Masa Tubuh (IMT). IMT adalah perbandingan antara berat badan dalam kilogram dengan tinggi badan dalam meter kuadrat. Biasanya pengukuran IMT dilakukan pada orang dewasa usia 18 tahun ke atas. Seseorang dikatakan mengalami obesitas jika perhitungan IMT berada di atas 25 kg/m². Obesitas dapat memicu terjadinya hipertensi akibat terganggunya aliran

darah. Dalam hal ini, orang dengan obesitas biasanya mengalami peningkatan kadar lemak dalam darah (hiperlipidemia) sehingga berpotensi menimbulkan penyempitan pembuluh darah (aterosklerosis). Penyempitan terjadi akibat penumpukan plak aterosoma yang berasal dari lemak. Penyempitan tersebut memicu jantung untuk bekerja memompa darah lebih kuat agar kebutuhan oksigen dan zat lain yang dibutuhkan oleh tubuh dapat terpenuhi. Hal inilah yang menyebabkan tekanan darah meningkat.

2.2.7.3 Merokok

Merokok juga dapat menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya hipertensi. Merokok dapat menyebabkan denyut jantung dan kebutuhan oksigen untuk disuplai ke otot jantung mengalami peningkatan. Bagi penderita yang memiliki aterosklerosis atau penumpukan lemak pada pembuluh darah, merokok dapat memperparah kejadian hipertensi dan berpotensi pada penyakit generative lain seperti stroke dan penyakit jantung. Rokok mengandung berbagai zat berbahaya seperti Nikotin misalnya ,zat ini dapat diserap oleh pembuluh darah kemudian diedarkan melalui aliran darah ke seluruh tubuh, termasuk otak . Akibatnya otak akan bereaksi dengan memberikan sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepaskan epinefrin. Hormon inilah yang akan mengalami penyempitan. Penyempitan pembuluh darah otak akan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat sehingga bisa terjadi stroke.

Selain itu, karbonmonoksida yang terdapat dalam rokok diketahui dapat mengikat hemoglobin dalam darah dan mengentalkan darah. Hemoglobin sendiri merupakan

protein yang mengandung zat besi dalam sel darah merah yang berfungsi mengangkut oksigen. Dalam hal ini karbonmonoksida menggantikan ikatan oksigen dalam darah sehingga memaksa jantung memompa untuk memasukkan oksigen yang cukup dalam organ dan jaringan tubuh. Hal inilah yang dapat meningkatkan tekanan darah.

2.2.7.4 Kolestrol Darah

Faktor pemicu hipertensi salah satunya asupan makanan yang mengandung lemak berlebih yang disebut dengan Hiperkolesterolemia. Hiperkolesterolemia merupakan penyakit gangguan metabolisme kolesterol yang disebabkan oleh kadar kolesterol dalam darah melebihi batas normal. Kandungan kolesterol didalam serum yang tinggi disebut dengan hiperkolesterolemia yang telah diketahui meningkatkan risik

aterosklerosis dan penyakit jantung koroner (Bumi, 2017). Data dari penelitian epidemiologi menunjukkan makin tinggi kadar kolesterol akan diikuti dengan peningkatan morbiditas dan sebaliknya makin rendah kadar kolesterol akan diikuti juga dengan penurunan morbiditas dan mortalitas PJK (Sitti, Rosdiana, & Peter, 2014). Inilah mengapa kolesterol menjadi salah satu faktor risiko gangguan kesehatan seperti hipertensi, gangguan jantung, hingga stroke (Anies, 2015).

2.2.7.5 Keturunan

Keturunan atau genetic juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi yang tidak dapat diubah. Risiko terkena hipertensi akan lebih tinggi pada orang dengan keluarga dekat yang memiliki riwayat hipertensi.

Selain itu, faktor keturunan juga dapat berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam (NaCl) dan rennin membrane

2.2.7.6 Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi yang tidak dapat diubah. Dalam hal ini, pria cenderung lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita. Hal tersebut terjadi karena adanya dugaan bahwa pria memiliki gaya hidup yang kurang sehat jika dibandingkan dengan wanita. Akan tetapi, prevalensi hipertensi pada wanita mengalami peningkatan setelah memasuki usia menopause. Hal tersebut disebabkan oleh adanya perubahan hormonal yang dialami wanita yang telah menopause.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia

2.3.1 Pengkajian

Menurut (Aspiani, 2020) Pengertian pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

2.3.1.1 Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa/latar belakang kebudayaan, status sipil, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Pada pengkajian umur didapatkan data umur pasien memasuki usia lanjut

2.3.1.2 Keluhan Utama

Keluhan Utama yang sering ditemukan pada klien dengan masalah psikososial Demensia adalah klien kehilangan ingatan.

2.3.2 Pola Fungsi Kesehatan

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya masalah gangguan pola tidur :

a. Pola tidur dan istirahat klien yang mengalami insomnia

Klien yang mengalami gangguan dalam istirahat dan tidur sehari-hari karena penurunan tidur , kualitas tidur dapat dilakukan menggunakan pengkajian Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

Tabel 2.1 Pengkajian Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

1. Jam berapa biasanya mulai tidur ?
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
3. Jam berapa biasanya anda bangun pagi?
4. Berapa lama anda tidur di malam hari?

5	Seberapa sering masalah-masalah dibawahini mengganggu tidur anda	Tidak pernah	1x semi nggu	2x semi nggu	≥ 3 x semi nggu
a	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejakberbaring				
b	Terbangun di tengah malam atau terlalu dini				
c	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d	Tidak mampu bernafas dengan leluasa				
e	Batuk atau mengorok				
f	Kedingian di malam hari				
g	Kepanasan di malam hari				
h	Mimpi buruk				
i	Terasa nyeri				
j	Alasan lain....				
6	Seberapa sering anda menggunakan obat tidur				
7	Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktifitas di siang hari				

8.	Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi				
		Sangat baik	baik	kurang	Sangat kurang
9.	Pertanyaan reintervensi: bagaimana kualitas tidur anda sebulan yang lalu				
	Pertanyaan postintervensi: bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu				

b. Pola Aktivitas

Klien mengalami gangguan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari karena penurunan minat. Pengkajian kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari dapat menggunakan Indeks KATZ.

Tabel 2. 2 Pengkajian Indeks KATZ

INDEKS KATZ	
SKORE	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi
C	Tersebut Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F dan G

Menurut Asyikah (2019) menyatakan bahwa kemandirian pada lansia bergantung pada kemampuan individu dalam melakukan aktivitas harian..

- c. Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaann, tidak punya rumah dan masalah keuangan. Menggunakan pengkajian APGAR Keluarga.

Tabel 2.3 Pengkajian APGAR Keluarga

APGAR Keluarga			
No	Fungsi	Uraian	Skore
1.	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	
2.	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	
3.	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	
4.	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	
5.	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	

Status sosial lansia dapat diukur dengan menggunakan APGAR Keluarga. Penilaian: jika pertanyaan-pertanyaan yang dijawab *selalu* (poin 2), kadang- kadang (poin 1), hampir tidak pernah (poin 0).

2.3.3 Spiritual

Keyakinan klien terhadap agama dan keyakinan masih kuat tetapi tidak atau kurang mampu dalam melaksanakan ibadahnya sesuai dengan agama dan kepercayaannya.

Tabel 2.4 Short Portable Mental Status Questioner

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan	Jawaban
		1	Tanggal beraa hari ini?	
		2	Hari apa sekarang?	
		3	Apa nama tempat ini ?	
		4	Dimana alamat anda?	
		5	Berapa umur anda?	
		6	Kapan anda lahir?	
		7	Siapa persiden indonesia?	

		8	Siapa persiden indonesia sebelumnya?	
		9	Siapa nama ibu anda?	
		10	Kurang dari 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara umum?	

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

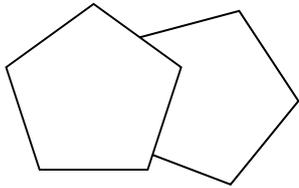
Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Tabel 4.5 Pengkajian Mini Mental Satatus Exam

Item	Tes	Nilai maks	Nilai
1.	ORIENTASI		
	Sekarang tahun (1), musim (1), bulan (1), tanggal (1), dan hari (1) apa?		
	Kita berada di mana? sebutkan (1), desa (1), kecamatan (1), kabupaten (1), kota propinsi (1), dan negara (1)		
2.	REGISTRASI		
	Pemeriksa menyebutkan 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (apel, uang dan meja). Kemudian mintalah lansia untuk mengulang ke-3 nama tersebut. Berikan 1 angka untuk setiap jawaban yang benar. Bila masih salah, ulangilah penyebutan nama ke-3 benda tersebut sampai ia dapat mengulanginya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah [apel (1), uang (1), meja, (1)]. (Jumlah percobaan.....)		
3.	ATENSI DAN KALKULASI		
	Hitunglah berturut-turut selang 7 mulai dari 100 ke bawah 1 angka untuk setiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan. (93, 86, 79, 72, 65) beri angka 1		

	bagi tiap jawaban yang betul. Tes 4 ini dapat diganti dengan tes mengeja “KARTU” (UTRAK).		
4.	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
	Tanyakan kembali nama 3 buah benda yang telah disebutkan di atas. Berikan 1 angka untuk setiap jawaban yang benar.	3	(3)
5.	BAHASA		
	<p>a. Apakah nama-nama benda ini? (Perlihatkan pensil dan arloji?) (2 angka)</p> <p>b. Ulangi kalimat berikut: “Jika tidak dan atau tetapi” (1 angka)</p> <p>c. Laksanakan 3 buah perintah ini ini: “Peganglah selembar kertas dengan tangan kananmu, lipatlah kertas itu pada pertengahan, dan letakkan di lantai” (3 angka)</p> <p>d. Bacalah dan laksanakan perintah berikut: “PEJAMKAN MATA ANDA” (angka 1)</p>	7	(5)
	Tes minimental (The mini mental state exanibation).		
	<p>e. Suruh penderita menulis satu kalimat pilihannya sendiri (kalimat harus mengandung subyek dan obyek dan harus mempunyai makna. Salah eja tidak diperhitungkan bila memberi skor).</p> <p>f. Perbesarlah gambar di bawah ini sampai 1,5 cm tiap sisi dan suruh pasien mengkopinya, berilah angka 1 bila semua sisi digambarnya dan potongan antara segi lima tersebut membentuk segi empat.</p>		
			
	Jumlah		

24-30 : Normal

0-23 : Probable gangguan kognitif

0-16 : Definite gangguan kognitif

2.3.4 Resiko Jatuh

Biasanya pada lansia sudah mengalami penurunan kekuatan otot karena melemahnya sistem saraf dan dibutuhkan pengkajian resiko jatuh pada lansia pengkajian yang digunakan yaitu menggunakan morse fall scale

Tabel 2.6 Pengkajian resiko jatuh Morse Fall Scale

No	Pengkajian	Skala		Nilai
1.	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0	0
		Ya	25	
2.	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit	Tidak	0	0
		Ya	15	
3.	Alat Bantu jalan :		0	30
	- Bed rest/tongkat/walker			
	- Kruk/tongkat/walker		15	
4.	Terapi intravena : apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak	0	0
		Ya	20	
5.	Gaya berjalan/cara berpindah		0	10
	- Normal/bedrest/ imobile (tidak dapat bergerak sendiri.			
	- Lemah (tidak bertenaga)		10	
6.	Status mental		0	0
		- Lansia menyadari kondisinya		
	- Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		15	
Total Nilai				40

0-24 : tidak ada risiko

25-50 : risiko rendah

>51 risiko tinggi

Dari hasil pengkajian tersebut didapatkan hasil nilai yaitu 40 termasuk dalam risiko rendah

2.3.5 Personal Hygiene

Biasanya pada lansia dalam melakukan personal Hygiene perlu bantuan/tergantung orang lain. Tidak mampu mempertahankan penampilan, kebiasaan personal yang kurang, kebiasaan pembersihan buruk, lupa pergi untuk ke kamar mandi, lupa langkah- langkah untuk buang air, tidak dapat menemukan kamar mandi dan kurang berminat pada atau lupa pada waktu makan dan menyiapkannya dimeja, makan, menggunakan alat makan, berhias, maupun kemandirian dalam kebersihan merawat tubuh. Untuk mengetahui tingkat ketergantungan pola personal hygiene klien dapat dilakukan dengan pengkajian Bathel Index.

Tabel 2.5 Pengkajian Index Bathel

No.	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan (<i>Feeding</i>)	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll. 2 = Mandiri	
2.	Mandi (<i>Bathing</i>)	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3.	Perawatan diri (<i>Grooming</i>)	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	
4.	Berpakaian (<i>Dressing</i>)	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri	
5.	Buang air kecil (<i>Bowel</i>)	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	
6.	Buang air besar (<i>Bladder</i>)	0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)	
7.	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri	
8.	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	
9.	Mobilitas	0 = Immobile (tidak mampu)	

10. Naik turun tangga
- 1 = Menggunakan kursi roda
 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang
 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)
 0 = Tidak mampu
 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu)
 2 = Mandiri
-

Keterangan:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

2.3.6 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada kasus hipertensi yaitu:

2.5.8.1. Nyeri Akut b.d Agen ciders fisiologis (D.007)

2.5.8.2. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.005)

2.3.7 Diagnosa Keperawatan

2.5.6.1 Diagnosa Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri Akut b.d Agen cidera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan selama lima kali pertemuan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun	Manajemen Nyeri 1.2391 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas , intensitas nyeri 2. Idetifikasi skla nyeri 3. Identifikasi responsi nyeri non vebal Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

		<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan stragi pemicu nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
Gangguan Pola tidur b.d dengan (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 5 kali pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Keluhan Sulit Tidur Menurun</p> <p>2. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>3. Keluhan pola tidur berubah</p>	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikoilogis)</p> <p>Trapeutik</p> <p>1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang , jika perlu</p> <p>3. Fasilitas penghilang setres sebelum tidur</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</p>

		<p>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis, pijat, pengaturan posisi dan terapi)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selma sakit2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur3. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur4. Ajarkan relakssi otot autogenik nnonfarmakologi lainnyaa
--	--	---

2.3.8 Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien dengan masalah menganjurkan pada klien mendengar musik murottal al-quran pada malam hari sebelum pasien memulai tidur selama 15 menit lamanya setiap malam/ setiap klien mengalami gangguan pola tidur.

2.3.9 Evaluasi

Evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada klien sesuai dengan kriteria hasil yang sudah direncanakan di intervensi. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Herlina & Rosaline, 2021)

2.4 Konsep Gangguan Pola Tidur

2.3.1 Definisi gangguan pola tidur

Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Gangguan pola tidur adalah keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas pola istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkannya (Wungouw, 2018; Riyadi, 2020).

2.3.2 Fisiologis Tidur

Fisiologi tidur merupakan pengaturan kegiatan tidur yang menghubungkan mekanisme serebral secara bergantian agar mengaktifkan dan menekan pusat otak untuk dapat tidur dan bangun. Salah satu aktivitas tidur ini diatur oleh sistem pengaktifasi retikularis. Sistem pengaktifasi retikularis mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat, termasuk pengaturan kewaspadaan dan tidur (Wibowo, 2019). Fisiologi tidur dapat dilihat melalui gambaran elektrofisiologik sel-sel otak selama tidur. Tidur terjadi dalam siklus yang diselingi periode terjaga. Siklus tidur atau terjaga umumnya mengikuti irama sirkadian dalam siklus siang atau malam. Ada lima tahapan tidur, sebagai berikut:

2.3.3 Tahapan Tidur

Sejak adanya alat EEG (Electroencephalograph), maka aktivitas-aktivitas di dalam otak dapat direkam dalam suatu grafik. Alat ini juga dapat memperlihatkan fluktuasi energi (gelombang otak) pada kertas grafik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan bantuan alat elektroensefalogram (EEG), elektro-okulogram (EOG), dan elektromiogram (EMG) diketahui ada dua tahapan tidur, yaitu gerakan mata tidak cepat (non-rapid eye movement-NREM) dan gerakan mata cepat (rapid eye movement-REM) (Kozier,2015).

2.3.3.1 Tidur REM (Rapid EyeMovement-REM)

setiap 90 menit dan berlangsung selama 5 sampai 30 menit. Tidur REM tidak setenang tidur NREM dan mimpi paling sering terjadi selama tidur REM (Kozier, 2015).

2.3.3.2 Tidur NREM juga disebut sebagai tidur gelombang lambat karena gelombang otak orang yang sedang tidur

lebih lambat dibandingkan gelombang alfa dan beta orang yang sedang bangun atau terjaga (Kozier, 2015).

Tidur NREM dibagi menjadi empat tahap :

- a. Tahap I : Tahap tidur sangat ringan (Kozier, 2015)
- b. Tahap II: Tahap tidur ringan dan selama tahap ini proses tubuh terus menurun menurun(Kozier, 2015)
- c. Tahap III : denyut Jantung dan frekuensi pernapasan, serta tubuh lain, terus menurun karena dominasi sistem saraf parasimpatis, orang yang tidur menjadi lebih sulit bangun (Kozier, 2018)
- d. Tahap IV : menandai tidur yang dalam, disebut tidur delta, denyut jantung dan frekuensi pernapasan orang yang tidur menurun sebesar 20% sampai 30% dibandingkan denyut jantung dan frekuensi pernapasan selama terjaga (Kozier, 2015)

2.3.4 Siklus Tidur

Kualitas tidur merupakan fenomena yang sangat kompleks yang melibatkan berbagai domain antara lain, penilaian terhadap lama waktu tidur, gangguan tidur, masa laten tidur, disfungsi tidur pada siang hari, efisiensi tidur, kualitas tidur, penggunaan obat tidur. Jadi apabila salah satu dari ketujuh domain tersebut terganggu maka akan mengakibatkan terjadinya penurunan kualitas tidur (Indarwati, 2012). Kualitas tidur adalah gambaran subjektif dan seringkali ditentukan oleh perasaan energik atau tidak setelah bangun tidur (Kozier, 2015).

Pada penilaian terhadap lama waktu tidur yang dinilai adalah waktu dari tidur yang sebenarnya yang dialami seseorang pada malam hari. Penilaian ini dibedakan dengan waktu yang dihabiskan diranjang. Pada penilaian terhadap gangguan tidur dinilai apakah seseorang terbangun tidur pada tengah malam

atau bangun pagi terlalu cepat, bangun untuk pergi ke kamar mandi, sulit bernafas secara nyaman, batuk atau mendengkur keras, merasa kedinginan, merasa kepanasan, mengalami mimpi buruk, merasa sakit, dan alasan lain yang mengganggu tidur (Indarwati, 2012).

Kualitas tidur merupakan suatu keadaan yang dialami individu untuk mendapatkan kesegaran dan kebugaran saat terbangun dari tidurnya. Kebutuhan tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya (Hidayat, 2015). Kualitas tidur adalah kemampuan individu untuk tetap tertidur dan mendapatkan sejumlah tidur REM dan NREM yang pas (Kozier, 2015).

Menurut Asmadi (2016) kualitas tidur dapat dilihat melalui tujuh komponen, yaitu :

2.3.4.1 Kualitas Tidur Subjektif

Penilaian subjektif diri sendiri terhadap kualitas tidur yang dimiliki, adanya perasaan terganggu dan tidak nyaman pada diri sendiri berperan terhadap penilaian kualitas tidur.

2.3.4.2 Latensi Tidur

Beberapa waktu yang dibutuhkan sehingga seseorang bisa tertidur, ini berhubungan dengan gelombang tidur seseorang.

2.3.4.3 Durasi Tidur

Dinilai dari waktu mulai tidur sampai waktu terbangun, waktu tidur yang tidak terpenuhi akan menyebabkan kualitas tidur buruk.

2.3.4.4 Efisiensi Tidur

Didapatkan melalui presentase kebutuhan tidur manusia, dengan menilai jam tidur seseorang dan durasi tidur seseorang, durasi tidur sehingga dapat disimpulkan apakah sudah tercukupi atau tidak.

2.3.4.5 Gangguan Tidur

Seperti adanya mengorok, gangguan pergerakan sering terganggu dan mimpi buruk dapat mempengaruhi proses tidur seseorang.

2.3.4.6 Penggunaan Obat Tidur

Obat tidur dapat menandakan seberapa berat gangguan tidur yang dialami, karena penggunaan obat tidur diindikasikan apabila orang tersebut sudah sangat terganggu pola tidurnya dan obat tidur dianggap perlu untuk membantu tidur. Obat tidur dapat menandakan seberapa berat gangguan tidur yang dialami, karena penggunaan obat tidur diindikasikan apabila orang tersebut sudah sangat terganggu pola tidurnya dan obat tidur dianggap perlu untuk membantu tidur.

2.3.4.7 Dytime disfunctiuon

hari diakibatkan oleh perasaan mengantuk.

Kualitas tidur adalah lama waktu tidur berdasarkan jumlah jam tidur sedangkan kualitas tidur mencerminkan keadaan tidur yang restoratif dan dapat menyegarkan tubuh keesokan harinya (Asmadi, 2016).

2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Tidur

Kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya. Faktor yang dapat mempengaruhi adalah sebagai berikut :

2.3.5.1 Penyakit

Sakit dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Banyak penyakit yang memperbesar kebutuhan tidur, misalnya penyakit yang disebabkan oleh infeksi (infeksi limpa) akan memerlukan lebih banyak waktu tidur untuk keletihan. Banyak juga keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur, bahkan tidak bisa tidur (Hidayat A, 2015).

2.3.5.2 Umur

Umur menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tidur dan kebutuhan tidur seseorang (Pemi, 2015). Kebutuhan tidur berkurang dengan pertambahan usia. Kebutuhan tidur anak-anak berbeda dengan kebutuhan tidur orang dewasa. Kebutuhan tidur orang dewasa juga berbeda dengan lansia.

2.3.5.3 Keletihan

Keletihan akibat aktivitas yang tinggi dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang telah dikeluarkan. Hal tersebut terlihat pada seseorang yang telah melakukan aktivitas dan mencapai kelelahan. Maka, orang tersebut akan lebih cepat untuk dapat tidur karena tahap tidur gelombang lambatnya diperpendek (Hidayat A, 2015).

2.3.5.4 Stres Psikologis

Kondisi psikologis dapat terjadi pada seseorang akibat ketegangan jiwa. Hal tersebut terlihat ketika seseorang yang memiliki masalah psikologis mengalami kegelisahan sehingga sulit untuk tidur (Hidayat A, 2015).

2.3.5.5 Obat

Obat-obatan yang dikonsumsi seseorang ada yang berefek menyebabkan tidur, adapula yang sebaliknya mengganggu tidur (Asmadi, 2016).

2.3.5.6 Lingkungan

Lingkungan dapat meningkatkan atau menghalangi seseorang untuk tidur. Pada lingkungan bersih, suhu dingin, suasana yang tidak gaduh (tenang), dan penerangan yang tidak terlalu terang akan membuat seseorang tersebut tertidur dengan nyenyak, begitupun sebaliknya jika kotor, bersuhu panas, suasana yang ramai dan penerangan yang sangat terang, dapat mempengaruhi kualitas tidurnya (Asmadi, 2016).

2.3.5.7 Stimulus dan alcohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang SSP sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sementara konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM (Wahit Iqbal dkk, 2015).

2.3.5.8 Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulus pada tubuh. Akibatnya, perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari (Wahit Iqbal dkk, 2015).

2.3.6 Gangguan Tidur

Gangguan tidur dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya:

2.3.6.2 Insomnia

insomnia merupakan suatu keadaan ketidak mampuan mendapatkan tidur yang adekuat, baik kualitas maupun kuantitas, dengan keadaan tidur yang hanya sebentar atau susah tidur.

2.3.6.3 Hiperinsomnia

Hipersomnia merupakan gangguan tidur dengan kriteria tidur berlebihan, pada umumnya lebih dari sembilan jam pada malam hari, disebabkan oleh kemungkinan adanya masalah psikologis, depresi, kecemasan, gangguan susunan saraf pusat, ginjal, hati, dan gangguan metabolisme.

2.3.6.4 Parasomnia

Parasomnia merupakan kumpulan beberapa penyakit yang dapat mengganggu pola tidur, seperti somnambulism (sleep walking/berjalan-jalan dalam tidur) yang banyak terjadi pada anak-anak, yaitu tahap III dan IV dari tidur NREM. Somnambulism ini dapat menyebabkan cedera.

2.3.6.5 Narklopsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai serangan tidur atau sleep attack.

2.3.6.6 Apnea saat tidur

Apnea saat tidur adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur

2.3.6.7 Sleep Walking

Merupakan perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur/perilaku tidak normal. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak.

2.3.6.8 Sleep Apnea

Sleep apnea adalah gangguan tidur dengan kesulitan bernafas (apnea/tanpa nafas) berulang kali ketika sedang tidur.

2.3.6.9 Delayed Sleep Phase Disorder

Orang dengan kondisi ini ditandai dengan kesulitan tidur pada malam hari, sehingga mengalami kesulitan untuk bangun pagi.

2.3.6.10 Somnambulisme

Somnambulisme adalah suatu keadaan perubahan kesadaran, fenomena tidur-bangun terjadi pada saat bersamaan.

2.3.6.11 Mendengkur

Disebabkan oleh adanya rintangan terhadap pengaliran udara di hidung dan mulut. Amandel yang membengkak dan adenoid dapat menjadi faktor yang turut menyebabkan mendengkur.

2.3.6.12 Nightmare/Night Terror

Biasanya terjadi pada sepertiga awal tidur, umumnya terjadi pada anak usia enam tahun atau lebih, setelah tidur beberapa jam, anak tersebut langsung terjaga dan bertetiak, pucat dan ketakutan.

2.5 Konsep Murottal

2.4.1 Definisi Murottal

2.4.1 Al-Qur'an adalah kitab suci yang mulia. Didalamnya terdapat petunjuk, nasehat, dan contoh bagi orang-orang yang berfikir. Setiap muslim hendaknya menjaga kedekatan dengan Al-Qur'an dengan membacanya, mentadaburinya, memahaminya, serta terus berinteraksi dengannya (Cholil, 2014). Musik merupakan esensi dari komunikasi nonverbal, sehingga banyak orang secara tanpa disadari memberikan respon positif. Oleh sebab itu, musik sangat aplikabel pada hal-hal nonverbal dan akan mudah menstimuli klien.

Murottal adalah salah satu jenis musik, yaitu rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (pembaca Al-Qur'an). Bacaan Al-Qur'an dianggap sama dengan terapi musik. Menurut Asyafah (2014), bacaan Al-Qur'an dengan murottal merupakan bacaan dengan irama yang teratur, tidak ada perubahan yang mencolok, nada rendah dan tempo antara 60-70 bpm, sesuai dengan standar musik sebagai terapi. Dengan demikian, bacaan Al-Qur'an dapat dibandingkan sama dengan irama musik. Bahkan memiliki nilai spiritual yang jauh lebih besar dari pada music (Siregar Ardilla et al., 2022)

Terapi murottal Al-Qur'an akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropeptida ketika diperdengarkan. Molekul tersebut akan mempengaruhi reseptor-reseptor dalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman dan rileks. Hal tersebut akan menyebabkan nadi dan denyut jantung mengalami penurunan (Al-Kaheel, 2012).

2.4.2 Manfaat

Al-Qur'an memiliki pengaruh yang luarbiasa bukan hanya sekedar maknanya semata yang hanya bisa diketahui oleh orang yang membaca dan memahaminya. Pengaruh Al-Qur'an bahkan pada bunyi lafazh yang hanya didengarkannya sekalipun. Dr. Al-Qadhi, melalui penelitiannya di klinik Besar Florida Amerika Serikat, berhasil membuktikan, bahwa hanya dengan mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an, seorang muslim baik mereka yang berbahasa arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar (Cholil, 2014).

Pengaruh mendengarkan bacaan Al-Qur'an diantaranya adalah penurunan depresi, kesedihan, memperoleh ketenangan jiwa, menangkal berbagai macam penyakit. Dr. Al-Qadhi yang seorang dokter ahli jiwa melakukan penelitian dengan ditunjang melalui bantuan peralatan elektronik terbaru untuk mendeteksi tekanan darah, detak jantung, ketahanan otot, dan ketahanan kulit terhadap aliran listrik. Dari hasil uji cobanya itu ia menyimpulkan, bacaan Al-Qur'an berpengaruh besar hingga 97% dalam melahirkan ketenangan jiwa dan menyembuhkan penyakit (Cholil, 2014). Seluruh surah dalam Al-Qur'an merupakan kebaikan, dan memiliki manfaat salah satu surah dalam Al-Qur'an yang berfungsi sebagai syifa' dan dapat digunakan sebagai terapi murotal adalah surah Ar-Rahmaan (Choil, 2014). Alunan surah Ar-Rahmaan merdu jika pembacaannya tartil (sesuai dengan aturan pembacaan Al-Qur'an yang benar). Surah Ar-Rahmaan juga memiliki banyak ayat yang dibaca berulang-ulang sehingga mampu memberikan penekanan/penegasan alunan suara bagi pendengarnya.

Terapi murottal menghantarkan gelombang suara yang akan mempengaruhi pergerakan cairan, partikel selsel tubuh, sel kulit, sel jantung, sehingga mengaktifkan jalur pressure nyeri, setelah itu terjadi perangsangan listrik di substansi grisea serebri dan neurotransmitter analgesia akan terstimulasi (endorphin, enkhepalin, dinorphin) sehingga mengurangi rasa nyeri (Handayani,2014).

Surah ar-rahman adalah surah ke-55 dalam al-qur'an. Surah ini tergolong surat makkiyah, terdiri atas 78 ayat. Dinamakan ar-rahmaan yang berarti yang maha pemurah berasal dari kata ar-rahman yang terdapat pada ayat pertama surah ini. Ar-rahman adalah salah satu dari nama-nama allah. Sebagian besar dari surah

ini menerangkan kepemurahan Allah SWT. Kepada hamba-hamba-nya, yaitu dengan memberikan nikmat-nikmat yang tidak terhingga baik di dunia maupun di akhirat nanti (Handayani, 2014).

Membaca atau mendengarkan Al-Qur'an akan memberikan efek relaksasi, sehingga memperlambat laju pembuluh darah, nadi, dan denyut jantung. Terapi Al-Quran ketika didengarkan pada manusia akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia *neuropeptide*. Molekul ini akan mempengaruhi reseptor didalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman (Al-Kaheel, 2012). Al-Qur'an mampu memacu sistem saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan saraf simpatis. Sehingga terjadi keseimbangan pada kedua sistem saraf otonom tersebut. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar timbulnya respon relaksasi, yaitu terjadinya keseimbangan antara sistem saraf simpatis dan sistem saraf non simpatis (Handayani,2014). Hormon *β -endorphin*, hormon ini bereaksi sebagaimana morfin. Dia membuat kita merasa tenang, nyaman, dan rileks. Efek positif dari hormon ini adalah kebalikan dari *noradrenalin* (Haruyama, 2017).

2.4.3 Mekanisme Kerja

Terapi murottal Al-Quran: Ar-rahman membuat kualitas kesadaran individu terhadap Tuhan meningkat, baik individu tersebut tahu arti Al-Qur'an atau tidak. Kesadara ini akan menyebabkan kepasrahan sepenuhnya kepada Allah SWT, dalam keadaan ini merupakan keadaan energi otak pada frekuensi 7-14 Hz. Keadaan ini merupakan keadaan optimal sistem tubuh dan dapat menurunkan nyeri dan menciptakan ketenangan (Ayu, 2021).

Menurut Cholil (2014) murottal Al-Qur'an merupakan bagian instrumen musik yang memiliki proses untuk menurunkan kecemasan. Harmonisasi dalam musik yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan ditelinga dalam, serta menggetarkan sel-sel rambut dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri yang akan memberi dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena musik dapat menjangkau wilayah kiri korteks cerebri.

Menurut Cholil (2014), setelah korteks limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, dan meneruskan sinyal musik ke amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus merupakan area pengaturan sebagai fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional lainnya. Jaras pendengaran kemudian diteruskan ke *fermatio retikularis* sebagai penyalur impuls menuju serat otonom. Serat tersebut mempunyai dua sistem saraf, yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ tubuh. Relaksasi dapat merangsang pusat rasa sehingga timbul ketenangan.

2.4.4 Mekanisme Kerja

Terapi murottal Al-Quran: Ar-rahman membuat kualitas kesadaran individu terhadap Tuhan meningkat, baik individu tersebut tahu arti Al-Qur'an atau tidak. Kesadara ini akan menyebabkan kepasrahan sepenuhnya kepada Allah SWT, dalam keadaan ini merupakan keadaan energi otak pada frekuensi 7-14 Hz. Keadaan

ini merupakan keadaan optimal sistem tubuh dan dapat menurunkan nyeri dan menciptakan ketenangan (Ayu, 2021).

Menurut Cholil (2014) murottal Al-Qur'an merupakan bagian instrumen musik yang memiliki proses untuk menurunkan kecemasan. Harmonisasi dalam musik yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan ditelinga dalam, serta menggetarkan sel-sel rambut dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri yang akan memberi dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena musik dapat menjangkau wilayah kiri korteks cerebri.

Menurut Cholil (2014), setelah korteks limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, dan meneruskan sinyal musik ke amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus merupakan area pengaturan sebagai fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional lainnya. Jaras pendengaran kemudian diteruskan ke fermatio retikularis sebagai penyalur impuls menuju serat otonom. Serat tersebut mempunyai dua sistem saraf, yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ tubuh. Relaksasi dapat merangsang pusat rasa sehingga timbul ketenangan.

2.6 Analisis Jurnal tentang Murottal al-qur'an

No	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1.	Asuhan	Penelitian ini	Evaluasi di semua tindakan	Terapi

	Keperawatan gangguan pola tidur melalui terapi audio murottal dengan Sleep Quality index pada lansia	menggunakan penelitian kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan gangguan pola tidur melalui terapi murottal pada lansia dengan hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi	keperawatan dikategorikan berhasil dengan berkolaborasi terapi farmakologi yaitu obat oral Amlodipin 1x5 mg, 1 kali sehari sebelum tidur. Responden I dan II Mengatakan kualitas tidur sekarang sudah mulai membaik, pada Responden I klien mengatakan mudah memulai tidur setelah rutin melakukan terapi murattal, klien mengatakan tidak terbangun saat malam hari, klien mengatakan istirahat cukup,dan tidak nyeri lagi, klien juga sudah tampak segar pada pagi hari. Pada Responden II juga sudah ada perkembangan, klien mengatakan mudah memulai tidur setelah rutin melakukan terapi murottal, klien mengatakan tidak terbangun saat malam hari, klien mengatakan istirahat cukup,dan tidak nyeri lagi, dan klien sudah bias melakukan aktivitas secara bertahap, klien tampak tidak lemas lagi.	komplemen ter lain yang dapat di lakukan untuk meningkatkan kualitas tidur dengan memberikan terapi audio Murottal Al-Qur'an surah Ar- rahman dengan cara kerja dapat menurunkan hormon-hormon stress mengaktifkan hormon endorphin secara alami, mekanisme akan meningkatkan perasaan rileks, mengurangi perasaan takut, cemas, tegang serta memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah, memperlambat pernafasan dan aktivitas gelombang otak (Azizah, 2011)
2.	Penerapan Intervensi murottal al-quran ar-rahman dengan	Dalam penelitian ini pendekatan yang digunakan adalah rancangan	Hari ke-1 tuan Kmengatakan masih mengalami sulit tidur dan masih dibantu istrinya dalam memulai tidur dan mendengarkan murottal ar-rahman. Hari ke-2 masih	Solusi untuk mengurangi pola tidur pada lansia adalah dengan terapi mendengarkan

	<p>masalah keperawatan gangguan pola tidur pada lansia</p>	<p>deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Data yang dikumpulkan ialah data dari hasil wawancara yang langsung terhadap pasien, observasi, dan pemeriksaan fisik. Setelah data terkumpul, peneliti menyimpulkan masalah dan menentukan prioritas masalah, kemudian membuat rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien.</p>	<p>kesulitan untuk tertidur dan istri terus mendampingi. Hari ke-3 tuan K mengatakan tidurnya masih sulit nyenyak. Hari ke-4 tuan K mengatakan mulai bisa tidur dengan nyenyak. Hari ke-5 tuan K mengatakan tidurnya semalam nyenak. Hari ke-6 tuan K mulai terbiasa tidur dengan mendengarkan murottal karena dirasanya bisa membuat tidur lebih nyenyak. Tuan M setelah dilakukan implementasi selama 6x pertemuan dan kemudian di evaluasi, hasilnya tak jauh beda dengan tuan K evaluasi akhir pada tuan M dan keluarga dapat mendengarkan murottal al-rahman sendiri, dan keluarga tidak perlu memutar radionya agar klien bisa nyaman dengan tidurnya. Dihari ke-1 sampai hari ke-2 tuan M mengatakan masih sering terbangun dalam tidurnya dan juga tidak nyenyak. Di hari ke-3 sampai hari ke-6 tuan M mengatakan mulai terbiasa mendengarkan murottal untuk membantu tidur dan tidurnya nyenyak Selain itu didukung oleh hasil evaluasi skor dari PSQI setelah dilakukan intervensi pola tidur tuan M baik (skor 5). Bagi tuan M untuk murottal ini dapat</p>	<p>Murottal Ar-Rahman sebelum tidur untuk membantu lansia lebih tenang dan bisa memulai tidurnya</p>
--	--	--	--	--

			menyejukkan hatinya daripada radio yang selama ini diputar.	
--	--	--	---	--

