

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Lanjut Usia

1. Pengertian lanjut usia

Menurut undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 BAB 1 Pasal 1(2) tentang kesejahteraan lanjut usia menyatakan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Lanjut usia dapat ditandai dengan adanya kemunduran kognitif seperti suka lupa, kemunduran orientasi terhadap tempat, ruang, waktu, serta sangat sulit untuk menerima ide baru. Kemunduran yang lain adalah kemunduran fisik diantaranya kulit mengendur, keriput, rambut beruban, pendegaran dan penglihatan berkurang, mudah lelah sehingga gerakan menjadi lamban (Yurintika, Sabrian, dan Dewi, 2015).

2. Klasifikasi lanjut usia

Menurut (Depkes RI dalam Dewi, 2014) mengklasifikasikan lansia dalam kategori berikut:

- a. Pralansia, seseorang dengan usia antara 45-59 tahun
- b. Lansia, seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun
- c. Lansia risiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, bisa juga seseorang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial, seseorang yang mampu bekerja ataupun melakukan kegiatan yang menghasilkan barang

- e. Lansia tidak potensial, seseorang yang tidak mampu mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

Klasifikasi lansia menurut WHO dalam Dewi (2014) adalah sebagai berikut:

- a. *Elderly* : 60-74 tahun
- b. *Old* : 75-89 tahun
- c. *Very Old* : >90 tahun

3. Perubahan pada lansia

Menurut Kholifah (2016) perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia yaitu:

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan atau daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata.

2) Sistem Integumen

Atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga biasanya tipis dan berbercak. Selain itu, timbul pigmen warna coklat yang biasa disebut *liver spot*.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan pada sistem ini terjadi pada jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi.

4) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan pada sistem ini adalah penambahan massa jantung, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang.

5) Sistem Respirasi

Kapasitas total paru tetap, namun volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang paru. Udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi thoraks mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan thoraks berkurang.

6) Sistem Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan pada sistem pencernaan yaitu penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, kemampuan indera pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun).

7) Sistem Perkemihan

Banyak fungsi yang mengalami pengunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem Saraf

Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari

9) Sistem Reproduksi

Perubahan pada sistem ini ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus serta atropi payudara pada wanita. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur.

b. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang terjadi pada lansia antara lain mengalami kesepian, duka cita karena kehilangan sosok yang berarti dalam hidup, depresi, cemas, parafrenia, serta dapat terjadi sindrom *diogenesis* yaitu menampilkan penampilan perilaku yang mengganggu.

c. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupan lansia. Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dari cara berpikir dan bertindak sehari-hari.

d. Perubahan Pola Tidur

Menurut Maas (2011), lansia sering kali melaporkan mengalami gangguan pola tidur seperti gangguan ketika ingin memulai tidur dan mempertahankan tidur, gangguan rasa kantuk

berlebih pada siang hari. Gangguan pola tidur tersebut menyebabkan ketidakmampuan dalam mencukupi kebutuhan hidupnya dan dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan diperlukan untuk mencegah kehilangan fungsi lebih lanjut dan meningkatkan kualitas perawatan diri (Dewi, 2014).

B. Tidur Lansia

1. Pengertian Tidur

Tidur ialah suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau menghilang, dan dapat dibangunkan kembali dengan rangsangan yang cukup. Tidur merupakan suatu keadaan individu yang relatif tenang disertai peningkatan rangsangan tinggi terhadap stimulus dari luar. Keadaan tersebut bersifat teratur, silih berganti dengan keadaan terjaga atau mudah dibangunkan (Aspiani, 2014).

2. Fisiologi Tidur

Fisiologi tidur adalah pengaturan kegiatan tidur oleh karena hubungan mekanisme serebral yang secara bergantian untuk mengaktifkan dan menekan pusat otak agar dapat tidur dan bangun. Salah satu aktivitas tidur ini diatur oleh sistem pengaktivasi retikularis yang merupakan suatu sistem yang mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk pengawasan dan tidur. Sistem aktivasi retikuler atau *Retikuler Activating System* (RAS), dapat memberikan

rangsangan penglihatan, pendengaran, nyeri dan perabaan juga dapat menerima stimulus dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses pikir (Aspiani, 2014).

Pada keadaan sadar, saraf dalam RAS akan melepaskan katekolamin seperti norepinephrine sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah, yaitu *Bulbar Synchronizing Region* (BSR) sedangkan bangun tergantung pada keseimbangan rangsangan yang diterima di pusat otak dan sistem limbic dengan demikian, sistem batang otak yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidurnya adalah RAS dan BSR (Aspiani, 2014).

3. Faktor yang mempengaruhi tidur

Menurut Aspiani (2014) ada beberapa faktor yang mempengaruhi tidur diantaranya adalah:

a. Usia

Semakin bertambahnya umur seseorang, maka semakin berkurangnya total waktu kebutuhan tidur.

b. Status Kesehatan

Seseorang yang tubuhnya sehat maka memungkinkan dapat tidur dengan nyenyak.

c. Lingkungan

Lingkungan yang tenang memungkinkan seseorang untuk tidur nyenyak.

d. Stress psikologis

Cemas dan depresi akan menyebabkan gangguan pada frekuensi tidur, hal tersebut dapat disebabkan karena pada kondisi cemas akan meningkatkan *norepineprin* darah melalui sistem saraf simpatis (Aspiani, 2014). Menurut Priyoto (2015) cemas juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, wanita lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding pria. Pria lebih aktif, eksploratif, sedangkan wanita lebih sensitif. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa pria lebih rileks dari wanita.

e. Gaya hidup

Kelelahan dapat mempengaruhi pola tidur dan akan menyebabkan periode tidur *Rapid Eye Movement* (REM) lebih pendek.

f. Obat-obatan

Obat-obatan yang dikonsumsi seseorang ada yang menimbulkan efek langsung tertidur, ada juga yang mengganggu tidur, misalnya obat amfetamin akan menurunkan tidur *Rapid Eye Movement* (REM).

4. Jenis-jenis tidur

Pada hakekatnya tidur dikategorikan ke dalam dua klasifikasi yaitu tidur dengan gerakan mata cepat atau *Rapid Eye Movement* (REM) dan tidur dengan gerakan bola mata lambat *Non-Rapid Eye Movement* (NREM), tidur REM merupakan tidur dalam kondisi aktif atau tidur paradoksial. Tidur REM ini sifatnya nyenyak sekali, tetapi fisiknya yaitu

gerakan bola matanya masih sangat aktif. Tidur REM ditandai dengan mimpi, otot-otot kendur, tekanan darah bertambah, gerakan mata cepat, gerakan otot tidak teratur, kecepatan jantung, dan pernafasan tidak teratur sering lebih cepat serta metabolisme meningkat (Aspiani, 2014).

Tidur NREM merupakan tidur yang dalam dan nyaman. Pada saat tidur NREM gelombang otaknya lebih lambat dibanding pada orang yang sadar atau tidak tidur. Tanda-tanda tidur NREM antara lain yaitu mimpi berkurang, tekanan darah turun, kecepatan pernafasan turun, metabolisme turun, dan gerakan bola mata lambat (Aspiani, 2014).

5. Tahap-tahap tidur

Menurut Aspiani (2014) tahap-tahapan tidur sebagai berikut:

a. Tahap I

Tahap tersebut merupakan transisi dimana peralihan seseorang dari sadar menjadi tidur. Tahap ini ditandai dengan perasaan rileks, otot lemas, kecepatan jantung dan pernafasan menurun. Seseorang yang berada pada tahap ini dapat dibangunkan dengan mudah.

b. Tahap II

Tahap ini merupakan tahap tidur ringan dan proses tubuh semakin menurun, tahap ini berlangsung selama 10-15 menit.

c. Tahap III

Tahap ini keadaan fisik lemah dan lunglai karena tonus otot lenyap secara menyeluruh. Seseorang yang berada pada tahap ini akan sulit untuk dibangunkan.

d. Tahap IV

Pada tahap ini seseorang akan berada dalam keadaan rileks, jarang bergerak dikarenakan keadaan fisik sudah lemah, lunglai, dan sulit dibangunkan. Pada tahap ini dapat terjadi mimpi, tahap IV ini dapat memulihkan keadaan tubuh. Ada satu tahap lagi yakni tahap V dimana seseorang pada tahap V mampu menggerakkan kembali kedua bola mata yang berkecepatan lebih tinggi dari tahap-tahap sebelumnya. Tahap ini berlangsung selama 10 menit dan dapat terjadi mimpi.

6. Kebutuhan tidur lansia

Kebutuhan tidur lansia menurut Aspiani (2014) adalah 6 jam/hari.

7. Gangguan Tidur

Gangguan tidur yang dapat dibagi menjadi beberapa jenis sesuai dengan penjelasan dari Aspiani (2014) yaitu :

a. Insomnia

Insomnia adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu mencukupi kebutuhan tidurnya baik secara kualitas maupun kuantitas. Insomnia sendiri terdiri dari tiga jenis yaitu insomnia inisial, insomnia intermitten, dan insomnia terminal. Ada beberapa faktor yang menyebabkan seseorang mengalami insomnia yaitu

kecemasan, ketakutan, rasa nyeri, tekanan jiwa, dan kondisi yang tidak menunjang seseorang dalam pemenuhan tidur.

b. Somnambulisme

Somnambulisme adalah gangguan tingkah laku pada saat tidur yang kompleks mencakup adanya otomatis dan semipurposeful aksi motorik, seperti membuka pintu, menutup pintu, duduk di tempat tidur, menabrak kursi, berjalan, dan berbicara. Somnambulisme lebih sering terjadi pada anak-anak dibandingkan orang dewasa. Somnambulisme dapat menimbulkan cedera karena gangguan tingkah lakunya tersebut.

c. Enuresis

Enuresis ialah berkemih yang tidak disengaja (mengompol). Terjadi pada anak-anak dan remaja banyaknya adalah laki-laki. Penyebabnya bisa karena gangguan pada bladder, stres, dan *toilet training* yang kaku.

d. Narkolepsi

Narkolepsi dapat diartikan serangan mengantuk yang mendadak sehingga seseorang mampu tidur dimana saja dan kapan saja setiap serangan tidur (kantuk) datang. Penyebab narkolepsi bisa karena kerusakan genetika sistem saraf pusat dimana periode REM tidak dapat dikendalikan.

e. *Night terrors*

Night terrors dapat diartikan sebagai mimpi buruk. Biasanya terjadi pada anak dengan usia 6 tahun atau lebih. Tanda seseorang yang mengalami mimpi buruk yaitu setelah tidur beberapa jam, anak langsung terjaga, berteriak, pucat, dan ketakutan.

f. Mendengkur

Mendengkur disebabkan karena adanya rintangan aliran udara di mulut dan hidung. Amandel yang bengkak dan adenoid dapat menjadi faktor penyebab mendengkur. Tidak hanya itu, pangkal lidah yang menyumbat saluran nafas pada lansia juga menjadi penyebabnya, otot-otot di bagian belakang mulut mengendur lalu bergetar jika dilewati udara pernafasan.

C. Rendam Kaki Air Hangat

1. Pengertian Rendam Kaki Air Hangat

Rendam kaki air hangat merupakan salah satu jenis terapi alamiah yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi edema, meningkatkan relaksasi otot, menyehatkan jantung, mengendorkan otot-otot, menghilangkan rasa stress, menghilangkan nyeri pada otot, mengurangi rasa sakit, meningkatkan permeabilitas kapiler, dan memberi kehangatan pada tubuh (Potter&Perry, 2012). Dibuktikan secara ilmiah, air hangat mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, yang pertama adalah memberikan dampak pada pembuluh darah karena hangatnya air membuat sirkulasi darah menjadi lancar, menstabilkan aliran darah dan kerja jantung serta faktor pembeban di

dalam air yang berfungsi menguatkan otot-otot dan ligamen yang mempengaruhi sendi tubuh (Lalage, 2015).

2. Pelaksanaan Rendam Kaki Air Hangat

Rendam kaki air hangat akan efektif apabila dilakukan sebelum tidur malam, dan secara rutin selama 3-6 hari maka akan memberikan efek relaksasi pada tubuh (Anita, 2016). Efek relaksasi ditimbulkan karena perbaikan mikrosirkulasi pembuluh darah dan vasodilatasi (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Rasa rileks timbul setelah melakukan rendam kaki selama 15-20 menit (Maruti dan Maretina, 2015).

3. Prosedur

Menurut Gunawan (2014), ada beberapa langkah untuk melaksanakan terapi rendam kaki air hangat:

- a. Membawa peralatan mendekati responden
- b. Posisikan responden dalam posisi duduk di kursi
- c. Masukkan air hangat sebanyak 2100 cc dengan suhu 37-39⁰C
- d. Jika kaki tampak kotor cuci terlebih dahulu lalu keringkan
- e. Celupkan dan rendam kaki sampai mata kaki selama 15 menit
- f. Tutup baskom dengan handuk untuk menjaga suhu
- g. Lakukan pengukuran suhu setiap 5 menit, jika suhu turun tambahkan air hangat sampai suhu sesuai kembali
- h. Setelah 15 menit, angkat kaki dan keringkan dengan handuk
- i. Rapikan peralatan

4. Mekanisme

Secara alamiah air hangat memiliki fisiologis pada tubuh yaitu pada pembuluh darah air yang hangat membuat sirkulasi darah menjadi lancar, faktor pembeban di dalam air akan menguatkan otot-otot dan ligamen yang mempengaruhi sendi pada tubuh (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011).

Secara fisiologis di daerah kaki terdapat banyak saraf terutama di kulit yaitu *flexus venosus* dari rangkaian saraf tersebut stimulasi diteruskan ke *kornu posterior* kemudian akan dilanjutkan ke *medula spinalis*, kemudian diteruskan ke lamina I, II, III *Radiks Dorsalis*, selanjutnya ke *ventro basal thalamus* dan nantinya akan masuk ke batang otak tepatnya di daerah *rafe* bagian bawah *pons* dan *medula*, disitulah terjadi efek soporifik (ingin tidur). Dengan demikian, lansia yang menjalani rendam kaki dengan air hangat akan merasa tenang dan relaks seperti tidak ada beban (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011).

5. Kontraindikasi

Kontraindikasi rendam kaki air hangat yaitu responden dengan hidrofobia, responden dengan hipertensi tidak terkontrol, responden dengan kelainan jantung yang tidak terkompensasi, responden dengan infeksi kulit terbuka, responden dengan infeksi menular (Hepatitis, AIDS, dan lain-lain), responden yang sedang demam suhu lebih dari 37⁰C, responden dengan gangguan fungsi paru, sesak, atau kapasitas paru menurun, responden dengan gangguan kesadaran, responden dengan buang air kecil dan besar tidak terkontrol, responden gangguan

kognitif atau perilaku, responden dengan epilepsi tidak terkontrol (Setyoadi dan Kushariyadi, 2011).

D. Asuhan Keperawatan Lansia dengan Gangguan Tidur

Asuhan keperawatan berdasarkan Aspiani (2014) seperti berikut ini:

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Identitas yang biasa dikaji pada klien dengan gangguan tidur adalah usia karena klien lansia mengalami gangguan tidur.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemui pada klien dengan gangguan tidur adalah klien mengeluh kesulitan untuk memulai tidur atau terbangun pada waktu sedang tidur

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Uraian mengenai keadaan klien saat ini mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai waktu dilakukan pengkajian

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat adanya masalah gangguan tidur sebelumnya dan bagaimana penanganan ketika mengalami gangguan tidur

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang mengalami hal sama yaitu gangguan tidur, dan atau ada penyakit genetik yang mempengaruhi gangguan tidur

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Klien dengan gangguan tidur biasanya lemah

2) Kesadaran

Biasanya *Composmentis*

3) Tanda-tanda Vital

a) Suhu dalam batas normal (37°C)

b) Nadi meningkat atau normal (70-82 x/menit)

c) Tekanan darah biasanya menurun

d) Pernafasan normal atau meningkat

4) Pemeriksaan *Review Of System* (ROS)

a) Sistem Pernafasan (B1: Breathing)

Dapat dijumpai peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal

b) Sistem Sirkulasi (B2: Bleeding)

Dapat dijumpai peningkatan frekuensi nadi atau masih batas normal, tekanan darah biasanya menurun

c) Sistem Persyarafan (B3: Brain)

Gangguan konsentrasi, gangguan persepsi sensori

d) Sistem Perkemihan (B4: Bleder)

Tidak ada gangguan dalam berkemih

e) Sistem Pencernaan (B5: Bowel)

Tidak ada gangguan pencernaan, tidak ada makanan berlebihan, klien mengalami penurunan dalam hal nafsu makan

f) Sistem Muskuloskeletal (B6: Bone)

Klien biasanya mengeluhkan nyeri otot

g. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi

Klien mengalami gangguan persepsi

2) Pola Nutrisi

Lansia biasanya mengalami penurunan nafsu makan

3) Pola Eliminasi

Mengetahui adakah kelainan dalam berkemih dan buang air besar

4) Pola Tidur dan Istirahat

Lansia mengalami kesulitan untuk memulai tidur, terbangun dengan waktu yang lama, dan bangun terlalu awal

5) Pola Aktivitas dan Istirahat

Lansia mengalami gangguan pemenuhan aktivitas sehari-hari karena kelemahan akibat gangguan tidur. Pengkajian lansia dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari dapat menggunakan Indeks KATZ, atau menggunakan Indeks Barthel.

6) Pola Hubungan dan Peran

Menggambarkan atau mengetahui hubungan dan peran lansia dengan lingkungan sekitar tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR Keluarga (Tabel APGAR Keluarga).

7) Pola Sensori dan Kognitif

Lansia mengalami ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi. Untuk mengetahui status mental klien dapat dilakukan pengkajian dengan menggunakan Tabel *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

8) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien tidak mengalami gangguan konsep diri, untuk mengkaji tingkat depresi klien menggunakan Tabel *Inventaris Depresi Beck (IDB)* atau *Geriatric Depression Scale (GDS)*

9) Pola Seksual dan Reproduksi

Klien mengalami penurunan minat terhadap pemenuhan kebutuhan seksual

10) Pola Mekanisme atau Penanggulangan *Stress* dan Koping

Klien menggunakan mekanisme koping yang tidak efektif dalam menangani sebuah masalah atau *stress* yang sedang dialaminya

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien tidak mengalami gangguan spiritual

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) Diagnosa keperawatan gangguan tidur ialah:

a. Gangguan Pola tidur (D.0055)

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebabnya adalah:

- 1) Hambatan Lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi
- 4) *Restraint* fisik
- 5) Ketiadaan teman tidur
- 6) Tidak familiar dengan peralatan tidur

Kondisi klinis terkait:

- 1) Nyeri/kolik
- 2) Hipertiroidisme
- 3) Kecemasan
- 4) Penyakit paru obstruktif kronis
- 5) Kehamilan
- 6) Periode pasca partum
- 7) Kondisi pasca operasi

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Minor Gangguan Pola Tidur

NO	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif	Objektif
1	Mengeluh sulit tidur	(Tidak Tersedia)
2	Mengeluh sering terjaga	
3	Mengeluh tidak puas tidur	

4	Mengeluh pola tidur berubah	
5	Mengeluh istirahat tidak cukup	
NO	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif	Objektif
1	Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	(Tidak Tersedia)

b. Kesiapan Peningkatan tidur (D.0058)

Pola penurunan kesadaran alamiah dan periodik yang memungkinkan istirahat adekuat, mempertahankan gaya hidup yang diinginkan dan dapat ditingkatkan.

Kondisi klinis terkait:

- 1) Pemulihan pasca operasi
- 2) Nyeri Kronis
- 3) Kehamilan
- 4) *Sleep apnea*

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Mayor Minor Kesiapan Peningkatan Tidur

NO	Gejala dan Tanda Mayor	
	Subjektif	Objektif
1	Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur	Jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan perkembangan
2	Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur	
NO	Gejala dan Tanda Minor	
	Subjektif	Objektif
1	Tidak menggunakan obat tidur	Menerapkan rutinitas tidur yang meningkatkan kebiasaan tidur

3. Perencanaan Keperawatan

Menurut SIKI (2018) dan SLKI (2019), perencanaan keperawatan lansia dengan gangguan pola tidur dan kesiapan peningkatan tidur:

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:	Intervensi: Dukungan tidur Tindakan:
1. Keluhan sulit tidur menurun	1. Observasi
2. Keluhan sering terjaga menurun	a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
3. Keluhan tidak puas tidur menurun	b. Identifikasi faktor pengganggu
4. Keluhan pola tidur tidak berubah menurun	c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (SLKI, 2019)	d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
	2. Terapeutik
	a. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur, dll)
	b. Batasi waktu tidur siang, bila perlu
	c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
	d. Tetapkan jadwal tidur rutin
	e. Lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur, rendam kaki air hangat)
	f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
	3. Edukasi
	a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
	b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

-
- c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
 - e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: gangguan psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja)
 - f. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
-

4. Pelaksanaan Keperawatan

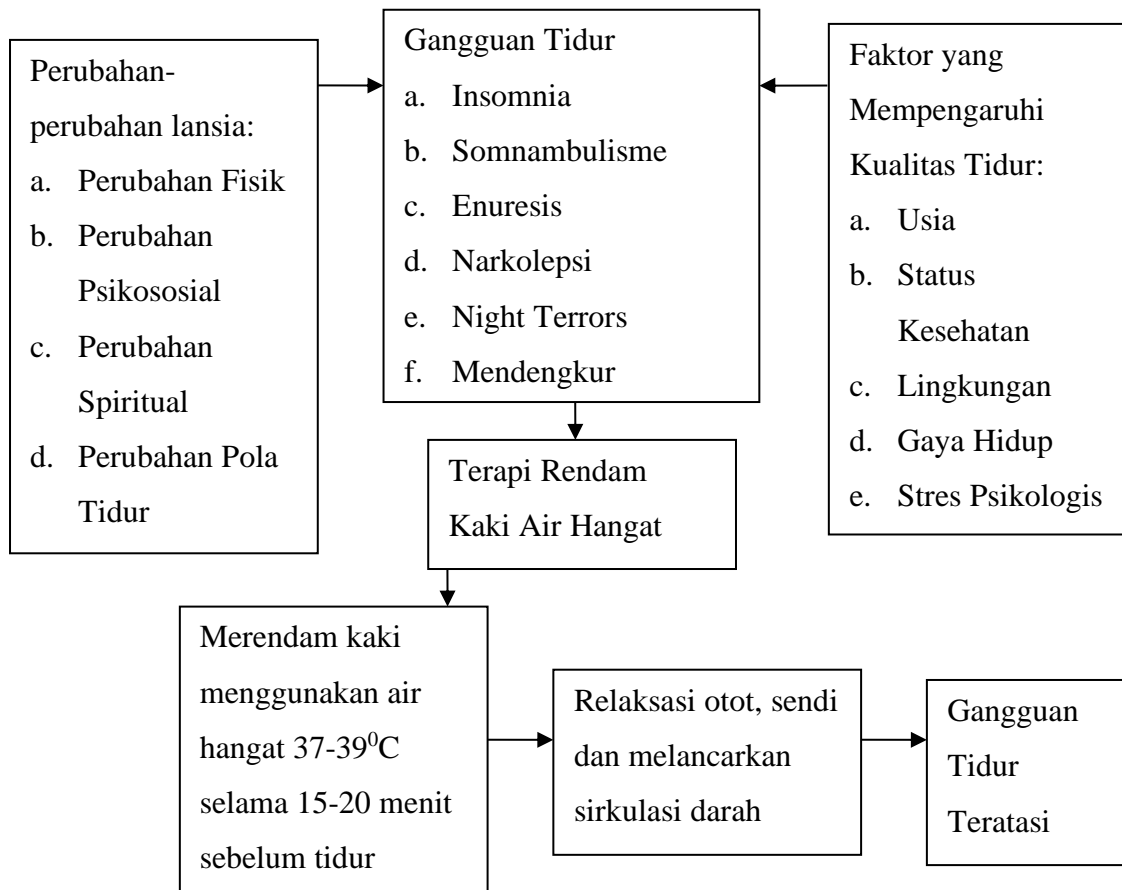
Intervensi keperawatan gerontik adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan keperawatan. Pada tahap ini perawat harus mengetahui beberapa hal, diantaranya bahaya fisik dan segala perlindungan untuk lansia, teknik dalam berkomunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak yang dimiliki lansia, dan memahami tingkat perkembangan lansia. Pelaksanaan tindakan keperawatan mengoptimalkan kondisi agar lansia mampu mandiri dan tetap produktif dalam kehidupan sehari-hari (Kholifah, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan gerontik adalah penilaian dari keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan keperawatan gerontik untuk memenuhi kebutuhan lansia. Beberapa kegiatan yang harus dilakukan oleh perawat dalam melakukan evaluasi keperawatan antara lain:

- a. Mengkaji ulang tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun direncanakan perawatan
- b. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan atau masalah yang ada pada lansia
- c. Mengukur dan mencatat hasil pencapaian tujuan
- d. Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana perawatan yang telah disusun bila perlu (Kholifah, 2016).

E. Landasan Teori



Gambar 2.1 Kerangka Konsep