

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP TEORI HIPERTENSI

2.1.1 Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruhan jaringan dan organ-organ tubuh secara terus-menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014).

Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya di atas 90 mmHg (Syamsudin, 2011). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal, jantung, dan otak bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kemenkes RI, 2013).

2.1.2 Etiologi

Hipertensi dibagi menjadi dua jenis berdasarkan penyebabnya menurut Muhammadun (2012) :

1. Hipertensi Primer

Hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi yang tidak/belum diketahui penyebabnya (terdapat kurang lebih 90% dari seluruh hipertensi). Hipertensi primer kemungkinan memiliki banyak penyebab;

beberapa perubahan pada jantung dan pembuluh darah kemungkinan bersama-sama menyebabkan meningkatnya tekanan darah.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan / sebagai akibat dari adanya penyakit lain. Jika penyebabnya diketahui, maka disebut hipertensi sekunder. Sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB). Hipertensi sekunder adalah suatu kondisi dimana terjadinya peningkatan tekanan darah sebagai akibat seseorang mengalami atau menderita penyakit lainnya seperti gagal jantung, gagal ginjal, atau kerusakan sistem hormon tubuh.

2.1.3 Klasifikasi

Tabel 2. 1: Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi Tekanan Darah Lansia Berusia ≥ 60 Tahun		
Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	<130	<80
Normal	<140	<85
Normal tinggi	140-145	85-90
Hipertensi :		
- Stadium 1 (ringan)	146-159	90-99
- Stadium 2 (sedang)	160-179	100-109
- Stadium 3 (berat)	180-209	110-119
- Stadium 4 (sangat berat)	≥ 210	≥ 120

Sumber: WHO (2014), *JointNational Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2013).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Pada tahap awal perkembangan hipertensi, tidak ada manifestasi yang dicatat oleh klien atau praktisi kesehatan. Pada akhirnya tekanan darah akan naik, dan jika keadaan ini tidak "terdeteksi" selama pemeriksaan rutin, klien akan tetap tidak sadar bahwa tekanan darahnya naik. Jika keadaan ini dibiarkan tidak terdiagnosis, tekanan darah akan terus naik, manifestasi klinis akan menjadi jelas, dan klien pada akhirnya akan datang ke rumah sakit dan mengeluhkan sakit kepala terus-menerus, kelelahan, pusing, berdebar debar, sesak, pandangan kabur atau penglihatan ganda, atau mimisan.

Pengkajian klien dengan hipertensi melibatkan tiga objek utama sebagai berikut :

1. Mengkaji gaya hidup dan menentukan adanya faktor-faktor risiko kardiovaskular lainnya atau gangguan yang bersamaan yang dapat memengaruhi prognosis dan panduan pengobatan.
2. Mengidentifikasi jenis hipertensi (primer atau sekunder) dan penyebab yang dapat dikenali.
3. Memverifikasi ada atau tidak adanya keterlibatan organ target.

Para dokter dapat memperoleh informasi terkait melalui riwayat, pemeriksaan fisik, dan uji laboratorium. Diagnosis hipertensi dibuat setelah klien yang duduk beristirahat selama 5 menit dan rata-rata dari dua dan atau lebih yang dijeda dengan paling tidak 2 menit adalah 140 mmHg atau lebih tinggi untuk TDS dan 90 mmHg atau lebih untuk TDD. Tindak lanjut pemeriksaan mnuuk mendiagnosis atau mengesampingkan hipertensi, kecuali

rata-rata pengukuran pada kunjungan pertama jatuh pada stadium 2 atau 3. Pada kasus seperti ini, klien didiagnosis dengan hipertensi atas dasar pengukuran kunjungan pertama, dan rencana manajemen sementara diimplementasikan untuk menurunkan tekanan darah dengan cepat. Setiap penyusunan rencana manajemen jangka panjang harus didahului dengan membedakan secara cermat antara penyebab primer dan sekunder tekanan darah tinggi.

Hipertensi diklasifikasikan menjadi katagori prahipertensi dan dua stadium menurut pembacaan tekanan darah. Penting untuk mengidentifikasi nilai "prahipertensi" karena kisaran tekanan darah ini berhubungan dengan dua kali risiko pengembangan hipertensi. Klien yang digolongkan sebagai prahipertensi, khususnya yang memiliki faktor-faktor risiko tambahan, harus diberi informasi bahwa mereka berada pada risiko hipertensi yang berkembang dan bahwa mereka seharusnya mulai melakukan modifikasi gaya hidup yang tepat (Black, 2013).

2.1.5 Patofisiologi

Pengaturan tekanan arteri meliputi kontrol system saraf yang kompleks dan hormonal yang saling berhubungan satu sama lain dalam mempengaruhi curah jantung dan tahanan vascular perifer. Hal lain yang ikut dalam pengaturan tekanan darah adalah reflex baroreseptor dengan mekanisme di bawah ini. Curah jantung ditentukan oleh diameter arteriol. Bila diameternya menurun (vasokonstriksi), tahanan perifer meningkat. Bila diameternya meningkat (vasodilatasi), tahanan perifer akan menurun (Muttaqin, 2014).

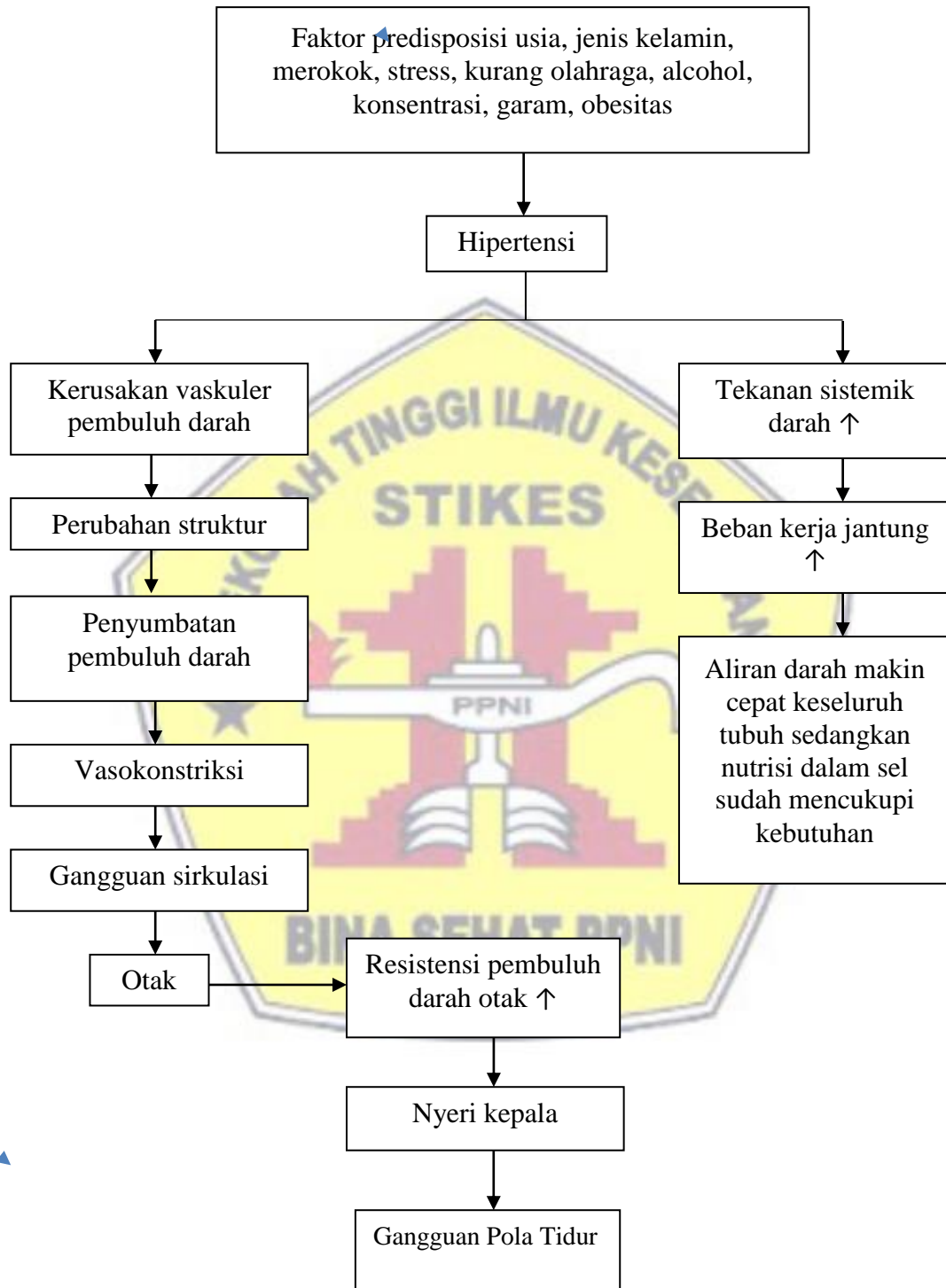
Pengaturan primer tekanan arteri dipengaruhi oleh baroreseptor pada sinus karotikus dan arkus aorta yang akan menyampaikan impuls ke pusat saraf simpatis di medulla oblongata. Impuls tersebut akan menghambat stimulasi sistem saraf simpatis. Bila tekanan arteri meningkat maka ujung-ujung baroreseptor akan teregang dan memberikan respons terhadap penghambat pusat simpatis, dengan respons terjadinya pusat akselerasi gerak jantung dihambat. Sebaliknya, hal ini akan menstimulasi pusat penghambat penggerak jantung yang bermanifestasi pada penurunan curah jantung. Hal lain dari pengaruh stimulasi baroreseptor adalah dihambatnya pusat vasomotor sehingga terjadi vasodilatasi. Gabungan vasodilatasi dan penurunan curah jantung akan menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah. Sebaliknya, pada saat tekanan darah turun maka respons reaksi cepat untuk melakukan proses homeostasis tekanan darah supaya berada dalam kisaran normal (Muttaqin, 2014).

Mekanisme lain mempunyai reaksi jangka panjang dari adanya peningkatan tekanan darah oleh faktor ginjal. Renin yang dilepaskan oleh ginjal ketika aliran darah ke ginjal menurun akan mengakibatkan terbentuknya angiotensin I, yang akan berubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II meningkatkan tekanan darah dengan mengakibatkan kontraksi langsung arteriol sehingga terjadi peningkatan resistensi perifer (TPR) yang secara tidak langsung juga merangsang pelepasan aldosteron, sehingga terjadi resistensi natrium dan air dalam ginjal serta menstimulasi perasaan haus. Pengaruh ginjal lainnya adalah pelepasan eritopoetin yang menyebabkan peningkatan

produksi sel darah merah. Manifestasi dari ginjal secara keseluruhan akan menyebabkan peningkatan volume darah dan peningkatan tekanan darah secara simultan (Muttaqin, 2014).

Bila terdapat gangguan menetap yang menyebabkan konstiksi arteriol, tahanan perifer total meningkat dan tekanan arteri rata-rata juga meningkat. Dalam menghadapi gangguan menetap, curah jantung harus ditingkatkan untuk mempertahankan keseimbangan sistem. Hal tersebut diperlukan untuk mengatasi tahanan, sehingga pemberian oksigen dan nutrien ke sel serta pembuangan produk sampah sel tetap terpelihara. Untuk meningkatkan curah jantung, sistem saraf simpatis akan merangsang jantung untuk berdenyut lebih cepat, juga meningkatkan volume sekuncup dengan cara membuat vasokonstriksi selektif pada organ perifer, sehingga darah yang kembali ke jantung lebih banyak. Dengan adanya hipertensi kronis, baroreseptor akan terpasang dengan level yang lebih tinggi dan akan merespons meskipun level yang baru tersebut sebenarnya normal (Muttaqin, 2014).

Pathway Hipertensi



Gambar 2. 1 Pathway Hipertensi
(Nurarif & Kusuma, 2016)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada penderita hipertensi dapat melalui pemeriksaan hematokrit, kalium serum, kreatinin serum, urinalisa, elektrokardiogram.

2.2 KONSEP KEPERAWATAN GANGGUAN POLA TIDUR

2.2.1 Definisi

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (SDKI, 2017).

Pola tidur adalah keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur (SLKI, 2018).

2.2.2 Tanda dan Gejala

1. Data Mayor dan Minor

1) Data Mayor

(1) Subyektif :

- a. Mengeluh sulit tidur,
- b. Mengeluh sering terjaga,
- c. Mengeluh tidak puas tidur,
- d. Mengeluh pola tidur berubah,
- e. Mengeluh istirahat tidak cukup.

(2) Obyektif :

- a. Tidak ditemukan data obyektif.

2) Data Minor

(1) Subyektif :

- a. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

(2) Obyektif :

- a. Tidak ditemukan data obyektif. (SDKI, 2017)

2.2.3 Penyebab

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. (SDKI, 2017)

2.2.4 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. (SDKI, 2017)

2.2.5 Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik pada masalah gangguan pola tidur antara lain kesulitan saat memulai tidur, ketidakpuasan tidur, menyatakan tidak merasa cukup istirahat, penurunan kemampuan berfungsi, perubahan pola tidur normal, sering terjaga tanpa sebab yang jelas (Herdman Kamitsuru, 2015).

2.3 KONSEP LANSIA

2.3.1 Definisi Lansia

Gerontik atau lansia adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat dan figur tubuh yang tidak proporsional (Nugroho, 2011).

WHO dan UU No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Nugroho, 2011). Proses menua adalah suatu proses alami yang akan terjadi pada setiap makhluk hidup.

Menurut Laslett (Suadirman, 2011) menyatakan bahwa semua makhluk hidup memiliki siklus kehidupan menuju tua yang diawali dengan proses kelahiran, tumbuh menjadi dewasa, berkembang biak, menjadi tua dan akhirnya tutup.

2.3.2 Batasan-batasan Lanjut Usia

Ada beberapa sumber batasan lansia menurut Padilla (2013) diantaranya yaitu :

1. Batasan umur lansia menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) lanjut usia meliputi :
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
 - 2) Lanjut usia (*elderly*) = antara 60 sampai 74 tahun.
 - 3) Lanjut usia tua (*old*) = antara 75 sampai 90 tahun.
 - 4) Sangat tua (*very old*) = diatas 90 tahun.
2. Menurut Setyonegoro (2013), batasan lansia adalah sebagai berikut :
 - 1) Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) usia 18/20-25 tahun.
 - 2) Usia dewasa penuh (*medlle years*) atau maturitas usia 25-60/65 tahun.
 - 3) Lanjut usia (*geriatric age*) usia > 65/70 tahun, terbagi atas :
 - (1) *Young old* (usia 70-75).
 - (2) *Old* (usia 75-80).
 - (3) *Very old* (usia >80 tahun).
3. Menurut Bee (2015) bahwa tahapan masa dewasa adalah sebagai berikut :
 - 1) Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun).
 - 2) Masa dewasa awal (usia 26-40 tahun).

- 3) Masa dewasa tengah (usia 41-65 tahun).
 - 4) Masa dewasa lanjut (usia 66-75 tahun).
 - 5) Masa dewasa sangat lanjut (usia > 75 tahun).
4. Menurut Burnsie (2012) sebagai berikut :
- 1) *Young Old* (usia 60-70 tahun).
 - 2) *Middle age old* (usia 70-79 tahun).
 - 3) *Old-old* (usia 80-89 tahun).
 - 4) *Very old-old* (usia > 90 tahun).

2.3.3 Tipe Lanjut Usia di Indonesia

Menurut Nugroho (2011) di kelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Antara lain :

1. Tipe optimis

Lanjut usia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, mereka memandang masa lanjut usia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya.

2. Tipe konstruktif

Lanjut usia ini mempunyai integritas baik, dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, humoristik, fleksibel, dan tahu diri. Mereka dengan tenang menghadapi proses menua dan menghadapi akhir.

3. Tipe ketergantungan

Masih dapat diterima ditengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak mempunyai inisiatif dan bila bertindak selalu yang praktis.

4. Tipe defensif

Mempunyai riwayat pekerjaan yang tidak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol.

5. Tipe militan dan serius

Tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang, dan bisa menjadi panutan.

6. Tipe pemaarah frustrasi

Pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian yang buruk, dan sering mengekspresikan kepahitan hidupnya.

7. Tipe bermusuhan

Selalu menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh, bersikap agresif, dan curiga.

8. Tipe putus asa, membenci dan menyalahkan diri sendiri

Bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan sosio-ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri. Selain mengalami kemarahan, tetapi juga depresi, memandang lanjut usia sebagai berguna karena masa yang tidak menarik, membenci diri sendiri, dan ingin cepat mati.

2.3.4 Penggolongan Lanjut Usia berdasarkan Kelompok

Menurut Nugroho (2011) meliputi :

1. Lanjut usia mandiri sepenuhnya.
2. Lanjut usia mandiri dengan bantuan langsung keluarganya.

3. Lanjut usia mandiri dengan bantuan tidak langsung.
4. Lanjut usia dibantu oleh badan sosial.
5. Lanjut usia panti asuhan tresna werdha.
6. Lanjut usia yang dirawat di rumah sakit.
7. Lanjut usia yang mengalami gangguan mental.

2.3.5 Perubahan Akibat Proses Menua

Menurut Nugroho (2011) meliputi :

1. Sel
 - 1) Jumlah sel menurun/lebih sedikit.
 - 2) Ukuran sel lebih besar.
 - 3) Jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang.
 - 4) Proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati menurun.
 - 5) Jumlah sel otak menurun.
 - 6) Mekanisme perbaikan sel terganggu.
 - 7) Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%.
 - 8) Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar.
2. Sistem persyarafan
 - 1) Menurun hubungan persarafan.
 - 2) Berat otak menurun 10-20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya).
 - 3) Respons dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress.
 - 4) Saraf panca indera mengecil.

- 5) Penglihatan, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil.
 - 6) Kurang sensitif terhadap sentuhan.
 - 7) Defisit memori.
3. Sistem pendengaran
- 1) Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
 - 2) Tinitus (bising yang bersifat mendung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus menerus atau intermiten).
 - 3) Vertigo (perasaan tidak stabil yang terasa seperti bergoyang atau berputar).
4. Sistem penglihatan
- 1) Sfingter pupil timbul sklerosis dan respons terhadap sinar menghilang.
 - 2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
 - 3) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
5. Sistem kardiovaskular
- 1) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
 - 2) Elastisitas dinding aorta menurun.
 - 3) Curah jantung menurun.
 - 4) Tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat Sistolenormal ± 170 mmHg, diastole ± 90 mmHg.

2.3.6 Masalah yang bisa muncul pada lansia

Menurut Nugroho (2011) meliputi :

1. Depresi mental.
2. Gangguan pendengaran.
3. Bronkitis kronis.
4. Gangguan pada tungkai/sikap berjalan.
5. Gangguan pada koxa/sendai panggul.
6. Anemia.
7. Demensia.
8. Gangguan penglihatan.
9. Ansietas/kecemasan.
10. Dekompensasi kordis.
11. Gangguan pola tidur.
12. Diabetes mellitus, osteo malasia, dan hipotirodisme.

2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA LANSIA

2.4.1 Pengkajian

Menurut Aspiani (2014), pengertian pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

1. Data subyektif

Pasien mengatakan mudah lupa akan peristiwa yang baru saja terjadi, dan tidak mampu mengenali orang, tempat dan waktu.

2. Data Obyektif

Pasien kehilangan kemampuannya untuk mengenali wajah, tempat dan objek yang sudah dikenalnya dan kehilangan suasana keluarganya (belum spesifik), pasien sering mengulang-ngulang cerita yang sama karena lupa telah menceritakannya. Terjadi perubahan ringan dalam pola berbicara, penderita menggunakan kata-kata yang lebih sederhana, menggunakan kata-kata yang tidak tepat atau tidak mampu menemukan kata-kata yang tepat.

2.4.2 Keadaan Umum

Tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS 15 yang dihitung dari nilai E5-V4-M6, tekanan darah sistolik/ diastolik 120/80 mmHg. BB : 60 kg, TB : 150 cm postur tulang belakang lansia membungkuk.

1. Identitas pasien

Identitas pasien seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, suku bangsa, alamat, pendidikan, nama orang tua dan pekerjaan orang tua.

2. Keluhan utama

Keluhan atau gejala yang menyebabkan pasien dibawa berobat.

Keluhan utama kepala terasa pusing, tidak bias tidur, lemah.

3. Riwayat penyakit sekarang

Kapan mulai sakit, tanggal berapa mulai sakit, faktor yang menyebabkan sakit.

4. Riwayat penyakit dahulu

Biasanya penyakit hipertensi ini adalah penyakit yang sudah lama di alami oleh pasien, dan biasanya pasien mengkonsumsi obat rutin.

5. Riwayat penyakit keluarga

Berguna untuk mengetahui anggota keluarga ada yang pernah menderita penyakit yang sama.

6. Riwayat psikologi

Hubungan pasien dengan keluarga, kerabat dan teman.

7. Pola fungsi kesehatan menurut Gordon :

1) Pola nutrisi

Kebiasaan makan, menu makanan, porsi makan, porsi minum.

2) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan tidur pasien, gangguan tidur pasien.

3) Pola aktivitas dan latihan

Akan terganggu kondisi tubuh yang lemah dan terjadinya proses inflamasi.

4) Pola eliminasi

BAK (kebiasaan BAK, warna, bau, jumlah). BAB (kebiasaan BAB warna, bau).

5) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan dan pengetahuan

Mandi (kebiasaan mandi, memakai sabun, keramas).

6) Pola tata nilai dan kepercayaan

Tata nilai dan kepercayaan individu disesuaikan menurut agama dan kepercayaan masing-masing.

7) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum : klien lemah, kepala terasa pusing.

(2) Tanda-tanda vital :

- a. Tekanan darah: terjadi kenaikan tekanan darah pada gangguan pola tidur.
- b. Suhu : suhu normal biasanya 36°C , akral hangat.
- c. Nadi : nadi cepat > 120 x/mnt dan lemah.
- d. Frekuensi pernapasan : pernafasan normal 20 x/mnt.

(3) Kondisi fisik :

- a. Pemeriksaan kulit dan kuku
 - a) Inspeksi : persebaran warna kulit, ada atau tidak edema, ada atau tidak lesi, bentuk dan warna dasar kuku.
 - b) Palpasi : kelembaban kulit, turgor kulit elastis atau tidak, CRT, suhu akral dingin atau hangat (Mubarak, et al., 2015).
- b. Pemeriksaan kepala
 - a) Inspeksi : bentuk kepala, kebersihan pada kulit kepala, kebotakan dan tanda-tanda kemerahan.
 - b) Palpasi : ada atau tidaknya massa pada kepala, ada atau tidaknya nyeri tekan (Ambarwati, 2014).

c. Pemeriksaan mata

- a) Inspeksi : kelopak mata perhatikan bentuk dan kesimetrisannya, amati konjungtiva dan seklera.
- b) Palpasi : kaji kekenyalan pada bola mata (Sukarmin, 2012).

d. Pemeriksaan hidung.

- a) Inspeksi : kesimetrisan lubang hidung, kepatenan jalan napas, ada atau tidak pernapasan cuping hidung.
- b) Palpasi : ada atau tidak massa, ada atau tidak pembengkakan, ada atau tidak nyeri tekan (Debora, 2017).

e. Pemeriksaan telinga

- a) Inspeksi : kesimetrisan daun telinga, kebersihan, ada atau tidak lesi.
- b) Palpasi : ada atau tidaknya nyeri tekan pada daun telinga saat ditarik dan tragus ditekan (Mubarak, et al., 2015).

f. Pemeriksaan mulut

- a) Inspeksi : kemungkinan mukosa mulut kering akibat penurunan cairan intrasel mukosa, bibir pecah-pecah, bau mulut tidak sedap, ada atau tidaknya perdarahan pada gusi, kebersihan lidah (Setiadi, 2012).

g. Pemeriksaan leher

- a) Inspeksi : ada atau tidaknya pembengkakan, ada atau tidak jaringan parut.
- b) Palpasi : ada atau tidak pembesaran kelenjar limfe, teraba

atau tidak kelenjar tiroid (Estrada, 2014).

h. Pemeriksaan thoraks

a) Pemeriksaan dinding dada dan paru-paru

(a) Inspeksi : bentuk dan gerakan dinding dada, warna kulit, ada atau tidak lesi.

(b) Palpasi : pergerakan dinding dada, ada atau tidak massa, pemeriksaan taktil fremitus.

(c) Perkusi : hasil normal perkusi adalah resonan.

(d) Auskultasi : ada atau tidak suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler (Debora, 2017).

b) Pemeriksaan jantung

(a) Inspeksi : tampak atau tidak ictus cordis, tampak atau tidak vena jugularis.

(b) Palpasi : adanya peningkatan denyut nadi karena pembuluh darah menjadi lemah, volume darah menurun sehingga jantung melakukan kompensasi menaikkan *heart rate* untuk menaikkan cardiac output dalam mencukupi kebutuhan tubuh.

(c) Auskultasi : ada atau tidak bunyi jantung tambahan (Sukarmin, 2012).

i. Pemeriksaan abdomen

a) Inspeksi : persebaran warna kulit, bentuk dan pergerakan dinding abdomen, tampak kembung atau normal, turgor

kulit.

- b) Auskultasi : mendengarkan bunyi peristaltik usus kemungkinan terjadi peningkatan peristaltik usus (normalnya 5-30x/menit).
- c) Perkusi : mengeluh atau tidak adanya nyeri abdomen bagian epigastrium, terdengar bunyi timpani pada area usus dan pekak pada area hepar dan pancreas.
- d) Palpasi : ada atau tidak massa, mengeluh atau tidak adanya nyeri abdomen bagian epigastrium, ada atau tidak pembesaran pada hepar (Sukarmin, 2012; Bickley, 2015; Debora, 2017).
- j. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah
 - a) Inspeksi : kesimetrisan ekstremitas atas dan bawah, ada atau tidak pembengkakan, kelengkapan jumlah jari.
 - b) Palpasi : ada atau tidak nyeri tekan pada struktur tulang dan otot pada pergelangan tangan dan kaki (Estrada, 2014).
- k. Pemeriksaan genetalia
 - a) Inspeksi : lakukan tindakan rectal touch (khusus laki-laki untuk mengetahui pembesaran prostat).

2.4.3 Pola fungsi kesehatan

1. Intelligence Quotient

Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkalian verbal. Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan

psikomotor terjadi perubahan pada daya membayangkan, karena tekanan dari faktor waktu.

- 1) Aktivitas / istirahat dengan gejala seperti kelemahan, letih, napas pendek, gayahidup monoton dan juga ditandai dengan frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.
- 2) Sirkulasi dengan riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler dan ditandai dengan kenaikan TD, hipotensi postural, takhikardi, perubahan warna kulit, suhu dingin.
- 3) Integritas ego dengan riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, faktor stress multipel dan juga ditandai letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinue perhatian, tangisan yang meledak, otot muka tegang, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.
- 4) Eliminasi dengan gejala gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.
- 5) Makanan / cairan yang disukai yang dapat mencakup makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol dan juga ditandai dengan BB normal atau obesitas, adanya edema.
- 6) Neurosensori dengan keluhan pusing/pening, sakit kepala berdenyut, gangguan penglihatan, episode epistaksis dan ditandai dengan perubahan orientasi, penurunan kekuatan genggam, perubahan retinal optik.
- 7) Nyeri/ketidaknyamanan dengan gejala angina, nyeri hilang timbul pada tungkai, sakit kepala oksipital berat, nyeri abdomen.

- 8) Pernapasan dengan gejala dispnea yang berkaitan dengan aktivitas, takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal proksimal, batuk dengan atau tanpa sputum, riwayat merokok dan juga ditandai distress respirasi/ penggunaan ototaksesoris pernapasan, bunyi napas tambahan, sianosis.
 - 9) Keamanan dengan gangguan koordinasi, cara jalan dan juga ditandai dengan episode parestesia unilateral transien, hipotensi postural.
 - 10) Pembelajaran/penyuluhan dengan gejala faktor resiko keluarga hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, DM, penyakit ginjal faktor resiko etnik, penggunaan pil KB atau hormon.
2. Status Mental/Kognitif
- 1) Faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah :
 - (1) Perubahan fisik.
 - (2) Kesehatan umum.
 - (3) Pendidikan.
 - (4) Keturunan.
 - (5) Lingkungan.
 - 2) Kenangan memori ada 2, yaitu :
 - (1) Kenangan jangka panjang berjamu sampai berhari-hari yang lalu.
 - (2) Kenangan jangka pendek 0-10 menit, kenangan kurang.
3. Status sosial
- 1) Kebiasaan saat makan (makan sendiri sambil nonton TV, dll).

- 2) Situasi lingkungan (kapasitas penyediaan makanan, pengolahan dan penyimpanan makanan.
 - 3) Sosiokultural yang berlaku mempengaruhi pola nutrisi dan eliminasi.
 - 4) Kondisi depresi yang dapat mengganggu pemenuhan nutrisi.
4. Status Ekonomi
- 1) Pensiun yaitu nilai seseorang diukur oleh produktifitasnya.
 - 2) Identitas dikaitkan dengan peran dalam pekerjaan.
 - 3) Merasakan atau sadar akan kematian.
 - 4) Perubahan di dalam cara hidup yaitu memasuki rumah, perawatan bergerak lebih sempit.
5. Pemeliharaan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit
- 1) Dengan mengikuti olahraga/senam untuk lansia.
 - 2) Mengonsumsi makanan yang sehat dengan gizi seimbang.
 - 3) Menghindari konsumsi kopi, garam berlebihan dan gula berlebihan.
 - 4) Menghindari obesitas.
 - 5) Kontrol kesehatan secara rutin di posyandu lansia.
6. Fungsional lansia
- Menurut Hadibroto (2015) status fungsional lansia meliputi:

1) Skala Nyeri Obyektif

Tabel Error! No text of specified style in document..1 (Diadopsi dari PAINAD- *Pain Assesment in Advanced Dementia*)

ITEM	0	1	2	SKOR
Bernafas	Normal	Kadang sulit bernafas, periode hiperventilasi singkat hiperventilasi singkat.	Nafas sulit & berbahaya / periode hiperventilasi panjang/ pernafasan cheyne stokes.	
Vokalisasi Negative	Tidak ada	Kadang mengerang / pembicaraan terbatas pada ketidaksetujuan sedih / takut / mengenyit.	Kesulitan memanggil / meraung keras / menangis.	
Ekspresi fasial	Senyum / tidak ada	Sedih/takut/ megernyit	Grimas / meringis	
Bahasa tubuh	Rileks	Tegang / disstresed pacing / fidgeting	Badan kaku / tangan mengepal/ lutut ditarik / menendang nendang	
Consolability	Tidak perlu ditenangkan	Bisa ditenangkan oleh suara atau sentuhan.	Tidak bisa ditenangkan	
SKOR				

Keterangan : . Interpretasi yang mungkin dari skor adalah 1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-10 = nyeri hebat.

Rentang ini didasarkan pada skala nyeri 0-10 standar.

2) Indeks katz

Indeks katz merupakan instrument sederhana yang di gunakan untuk menilai kemampuan fungsional AKS (Aktifitas kehidupan sehari-hari), dapat juga untuk meramalkan prognosis dari berbagai macam penyakit pada lansia. Adapun aktifitas yang dinilai adalah Bathing, Dressing, Toileting, Transferring, Continence dan feeding.

3) SPMSQ (*Short portable mental status questionnaire*)

Yaitu merupakan instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental lansia, pengkajian ini bertujuan untuk penilaian defisit otak organik pada lansia. Pengkajian berdasarkan SPMSQ cenderung menanyakan tentang budaya, usia, dan pendidikan.

4) *Mini mental state exam* (MMSE)

Merupakan pemeriksaan yang paling sering dilakukan untuk mengetahui fungsi kognitif, dan sering digunakan untuk menilai penurunan status mental pada lansia seiring bertambahnya umur pada pasien tersebut. Penilaian MMSE meliputi bagaimana orientasi waktu dan tempat, pengujian memori jangka pendek dan jangka panjang, berhitung, kemampuan bahasa, dan kemampuan konstruksional.

5) Inventaris Depresi Beck

Merupakan pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui tingkat depresi pada lansia dan serangkaian pertanyaan yang dikembangkan untuk mengukur intensitas, keparahan dan kedalaman depresi pada pasien. Biasanya bentuk pertanyaannya terdapat 21 pertanyaan dan masing masing dirancang untuk menilai gejala spesifik umum diantara para penderita depresi.

6) APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration) Keluarga

Merupakan alat skrining singkat yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi social lansia, meningkatnya jumlah lansia menimbulkan masalah terutama dari segi kesehatan dan kesejahteraan lansia (Sustrani, Alam, Hadibroto, 2011).

2.4.4 Diagnosa Keperawatan

Dalam studi kasus ini ditemukan satu diagnosa keperawatan yaitu Gangguan Pola Tidur dengan kode SDKI (D.0055).

2.4.5 Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah, perencanaan merujuk pada data pengkajian pasien dan pernyataan diagnosa sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan pasien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah pasien (Kozier, dkk. 2010).

Tujuan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada Gangguan Pola Tidur, meliputi :

Tabel 2.4 Sumber: SIKI (2018)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	D.0055 - Gangguan Pola Tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam maka diharapkan pola tidur membaik. (L.05045)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital dalam batas normal. 2. kualitas tidur terpenuhi dengan frekuensi ± 6 jam/hari, tidur lebih awal dan tidak terbangun ditengah-tengah tidurnya. 3. Klien tampak segar dan tidak nampak sering menguap. 	<p>I.05174 - Dukungan tidur</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur. • Identifikasi faktor pengganggu tidur. • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan. • Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. • Tetapkan jadwal tidur rutin. • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. • Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur. • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Ajarkan relaksasi otot

			autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
--	--	--	---

2.4.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier et al., 2010).

2.4.7 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah disusun dan direncanakan tercapai atau tidak. Menurut Friedman (dalam Harmoko, 2012). Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi- intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Ada beberapa metode evaluasi yang dipakai dalam perawatan. Faktor yang paling utama dan penting adalah bahwa metode tersebut harus disesuaikan dengan tujuan dan intervensi yang sedang dievaluasi.