

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP INSOMNIA

2.1.1 Pengertian *Insomnia*

Insomnia adalah salah satu gangguan tidur dimana seseorang merasa sulit untuk memulai tidur. Gangguan tidur yang terjadi yaitu lamanya waktu tidur atau kuantitas tidur yang tidak sesuai. Selain itu gangguan tidur yang terjadi berhubungan dengan kualitas tidur seperti tidur yang tidak efektif (Hidayah & Alif, 2016).

Insomnia merupakan kondisi yang menggambarkan dimana seseorang kesulitan untuk tidur. Kondisi ini bisa meliputi kesulitan tidur, masalah tidur, sering terbangun di malam hari, dan bangun terlalu pagi. Kondisi ini mengakibatkan perasaan tidak segar pada siang hari dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak tercukupinya kebutuhan tidur yang baik (Respir, 2014).

2.1.2 Penyebab *Insomnia*

Orang-orang yang memiliki gangguan tidur dapat mengalami Irama tidur yang terbalik yakni mereka tertidur bukan pada saatnya tidur dan justru bangun pada waktu seharusnya mereka tidur. Kadang-kadang mereka tidur dalam keadaan gelisah dan merasa belum puas tidur. Berikut beberapa hal yang dapat menjadi penyebab *insomnia* menurut Widya (2016):

- a. Stres situasional
- b. *Jet lag* (kantuk pada siang hari, sulit tidur pada malam hari)
- c. Penyakit tertentu, seperti penyakit alzheimer
- d. Penggunaan hipnotik berlebihan (obat tidur)
- e. Kebiasaan tidur yang buruk

Insomnia dapat berkembang menjadi siklus yang ganas saat seseorang mengalami banyak kesulitan untuk tertidur dan tetap tertidur karena antisipasinya terhadap masalah tidur.

2.1.3 Tanda-Tanda *Insomnia*

Menurut Widya (2016), terdapat 15 tanda-tanda umum *insomnia* yaitu sebagai berikut:

1. Adanya gangguan tidur yang bervariasi dari ringan sampai parah
2. Sulit jatuh dalam fase tidur
3. Sering terbangun di malam hari
4. Saat terbangun sulit untuk tidur kembali
5. Terbangun terlalu pagi
6. Terbangun terlalu cepat
7. Tidur yang tidak memulihkan
8. Pikiran seolah dipenuhi berbagai hal
9. Selalu kelelahan di siang hari
10. Penat
11. Mengantuk
12. Sulit berkonsentrasi
13. Lekas marah atau emosi

14. Merasa tak pernah mendapat tidur yang cukup

15. Sering sakit atau nyeri kepala

2.1.4 Patofisiologi

Tidur merupakan suatu ritme biologis yang bekerja 24 jam yang bertujuan untuk mengembalikan stamina untuk kembali beraktivitas. Tidur dan terbangun diatur oleh batang otak, *thalamus*, *hypothalamus* dan beberapa *neurohormon* dan *neurotransmitter* juga dihubungkan dengan tidur. Hasil yang diproduksi oleh mekanisme serebral dalam batang otak yaitu serotonin. Serotonin ini merupakan *neurotransmitter* yang berperan sangat penting dalam menginduksi rasa kantuk, juga sebagai medula kerja otak (Guyton & Hall, 2016).

Dalam tubuh serotonin diubah menjadi melatonin yang merupakan hormon katekolamin yang diproduksi secara alami oleh tubuh. Adanya lesi pada pusat pengatur tidur di *hypothalamus* juga dapat mengakibatkan keadaan siaga tidur. Katekolamin yang dilepaskan menghasilkan hormon *norepinefrin* yang akan merangsang otak untuk melakukan peningkatan aktivitas. Stres juga merupakan salah satu faktor pemicu, dimana dalam keadaan stres atau cemas, kadar hormon katekolamin akan meningkat dalam darah yang akan merangsang sistem saraf simpatetik sehingga seseorang akan terus terjaga (Widya, 2016).

2.1.5 Klasifikasi *Insomnia*

1. *Insomnia* Akut

Insomnia akut sering dijumpai dan sebagian besar individu sering mengalami *insomnia* akut ini, dimana *insomnia* ini ditandai

dengan keadaan stress terhadap pekerjaan maupun masalah hidup atau gagal ujian, tetapi tidak disertai komplikasi yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

2. *Insomnia* Kronik

Insomnia kronik yaitu *insomnia* yang dapat mengganggu kualitas hidup, gangguan mental maupun fisik. Dimana penderita *insomnia* kronik ini rawan mengalami kecelakaan akibat dari *insomnia* yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

3. Salah Persepsi Keadaan Tidur (*Misperception Sleep State*)

Penderita *insomnia* banyak yang mempunyai persepsi yang buruk terhadap lamanya kualitas tidur. Dimana persepsi yang muncul pada diri mereka yaitu kualitas tidur selama 3-4 jam semalam (Imadudin, 2012).

2.1.6 Komplikasi *Insomnia*

Komplikasi akibat dari *insomnia* dapat mempengaruhi fungsi otak yang tepat. Otak menggunakan tidur sebagai proses aktif dimana pada saat seseorang tidur otak akan melatih semua sel saraf dengan melewatkan sinyal aktivitas listrik melalui semua sel saraf. Ketika sel saraf otak tidak mendapatkan jumlah tidur yang cukup maka kerja fungsi otak dalam hal menyimpan atau mengambil informasi dan kemampuan untuk mentoleransi situasi stress dan berfungsi pada tingkat yang lebih tinggi dapat terganggu dan tidak optimal (Driver et al., 2012).

2.1.7 Penanganan *Insomnia*

Adapun penanganan *insomnia* yaitu dengan mengoptimalkan pola tidur yang sehat. Terapi *insomnia* dapat dilakukan dengan pendekatan non farmakologi ataupun pendekatan farmakologi. Fokus utama dari pengobatan *insomnia* harus diarahkan pada identifikasi faktor penyebab. Setelah faktor penyebab teridentifikasi maka penting untuk mengontrol dan mengelola masalah yang mendasarinya. Identifikasi faktor penyebab yaitu dengan mengoptimalkan penanganan gangguan medis, psikiatri serta penanganan nyeri, menangani gangguan tidur primer, dan penyalahgunaan obat-obatan, jika mungkin dilakukan, mengurangi atau menghentikan obat-obatan yang diketahui memiliki efek yang mempengaruhi fungsi tidur, *insomnia* kronis dapat disembuhkan jika penyebab medis atau psikiatri di evaluasi dan diobati dengan benar (Guyton & Hall, 2016).

2.2 KONSEP KUALITAS TIDUR

2.2.1 Pengertian Kualitas Tidur

Kualitas tidur merupakan suatu penyusun penting dan bagian yang esensial dari kualitas hidup seseorang (Perry, 2013). Tidur adalah suatu keadaan tak sadar yang dapat dibangun dengan pemberian rangsang sensorik atau rangsang lainnya (Guyton, 2012).

Dengan kata lain, kualitas tidur dapat menentukan kualitas hidupnya. Berdasarkan pengertiannya, kualitas tidur yaitu suatu kondisi dimana kesadaran seseorang terhadap sesuatu menurun, namun otak tetap bekerja sedemikian rupa dalam mengatur fungsi pencernaan, aktivitas

jantung dan pembuluh darah serta mempertahankan kekebalan tubuh, dalam memberikan energi pada tubuh dan dalam proses kognitif (Sari, 2015).

2.2.2 Indikator Kualitas Tidur

Beberapa indikator untuk menunjukkan kualitas tidur yang baik antara lain latensi tidur, jumlah terbangun dari tidur, kemampuan untuk tidur kembali setelah bangun, dan efisiensi tidur. Instrumen pengukuran kualitas tidur yang efektif adalah *The Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). PSQI terdiri atas 7 komponen yaitu latensi tidur, durasi tidur, kualitas tidur subjektif, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan gangguan fungsi tubuh di siang hari.

Latensi tidur atau *Sleep Onset Latency* (SOL) adalah waktu yang diperlukan seseorang dari keadaan terjaga hingga tertidur. Latensi tidur yang terlalu panjang dapat mempengaruhi kebiasaan tidur secara keseluruhan. Latensi tidur dianggap baik jika kurang dari 15 menit dan dianggap buruk jika lebih dari 60 menit. Selain latensi tidur, durasi tidur juga merupakan indikator yang diukur dalam PSQI. Durasi tidur yang kurang dianggap merupakan indikator kualitas tidur yang buruk. Durasi tidur yang baik adalah 6-9 jam/hari (Perry, 2013).

2.2.3 Fisiologis Tidur

Tidur melibatkan proses fisiologis yang dikelola oleh sistem saraf pusat yang terintegrasi. Hal ini terkait pada sistem saraf pusat, endokrin, kardiovaskular, pernafasan, dan system otot. Respon fisiologis spesifik dan pola aktivitas otak mengidentifikasi setiap proses. Pusat tidur dalam

tubuh diatur oleh *hypothalamus*. *Hypothalamus* mengeluarkan *hypocreatins* yang membuat tubuh terjaga dan gerakan mata agar cepat tidur. Prostaglandin D2, L-triptofan, dan hormon pertumbuhan merupakan faktor pengendali dari tidur. Beberapa penelitian meyakini bahwa *Reticular Activating System* (RAS) berada di batang otak bagian atas yang mengandung sel kusus untuk membuat tubuh dalam keadaan terjaga dan tidur. RAS menerima rangsangan sensorik visual, pendengaran, nyeri dan taktil. Aktivitas dari korteks serebral (misalnya emosi atau proses berpikir) juga merangsang RAS. Gairah, terjaga dan pemeliharaan kesadaran dari neuron di RAS melepaskan katekolamin seperti norepineprin. Pelepasan serotonin dari spesialisasi sel sistem tidur yaitu *raphe nuclei* dari pons dan medulla sehingga menghasilkan tidur. Daerah otak ini juga disebut *Bulbar Synchronizing Region* (BSR), dimana seseorang tetap terjaga atau tertidur tergantung pada keseimbangan impuls yang diterima dari pusat yang lebih tinggi (misalnya pikiran), reseptor sensorik perifer (misalnya rangsangan suara atau cahaya), dan sistem *limbic* (emosi). Saat orang mencoba untuk tidur, mereka menutup mata dan asumsikan posisi santai stimulus RAS menurun. Jika ruangan gelap dan sepi, aktivasi RAS semakin menurun. Di beberapa titik, BSR mengambil alih, dan menyebabkan tidur (Potter & Perry,2013).

2.2.4 Siklus Tidur

Jumlah siklus tidur tergantung pada jumlah total waktu yang pasien gunakan untuk tidur. Tahapan siklus tidur menurut Potter (2013), yaitu:

a. Tahap 1: NREM

Tahap ini meliputi tingkat paling dangkal dari tidur dan berakhir dalam beberapa menit. Terjadi pengurangan aktivitas fisiologis yang dimulai dengan penurunan secara bertahap tanda-tanda vital dan metabolisme pada tahap ini. Seseorang dengan mudah terbangun oleh stimulus sensoris seperti suara dan ketika terbangun, seseorang merasa seperti lelah melamun.

b. Tahap 2: NREM

Tahap 2 merupakan periode tidur bersuara. Terjadi kemajuan relaksasi, untuk terbangun masih relative mudah, kelanjutan fungsi tubuh menjadi lamban, dan berakhir sekitar 10 hingga 20 menit

c. Tahap 3 : NREM

Tahap 3 meliputi tahap awal dari tidur yang dalam. Orang yang tidur sulit dibangunkan dan jarang bergerak, otot-otot dalam keadaan sentral penuh, tanda-tanda vital menurun tetapi teratur, dan berakhir 15 hingga 30 menit.

d. Tahap 4 : NREM

Tahap 4 merupakan tahap tidur terdalam. Sangat sulit untuk membangunkan orang yang tidur. Orang yang tidur akan menghabiskan porsi malam yang seimbang jika terjadi kurang tidur pada tahap ini. Tanda vital menurun secara bermakna dibanding selama jam terjaga. Tahap ini berakhir kurang lebih 15 hingga 30 menit.

e. Tidur REM

Mimpi yang penuh warna dan tampak hidup dapat terjadi pada REM. Mimpi yang kurang hidup dapat terjadi pada tahap yang lain. Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah mulai tidur. Hal ini dicirikan dengan respon otonom dari pergerakan mata yang cepat, fluktuasi jantung dan kecepatan respirasi dan peningkatan atau fluktuasi tekanan darah. Sangat sulit sekali untuk membangunkan orang yang tidur pada tahap ini. Durasi dari tidur REM meningkat pada siklus dan rata-rata 20 menit.

2.2.5 Penatalaksanaan Gangguan Kualitas Tidur

1. Penatalaksanaan Farmakologi

Penggunaan obat-obatan untuk menatalaksanan gejala yang merupakan hal yang banyak dilakukan di Amerika ada obat-obatan yang banyak digunakan yang berhubungan dengan *insomnia*. Stimulan sistem saraf pusat seperti amfetamin, nikotin, terbutalin, teofilin, dan pemolin harus digunakan secara terpisah dan dibawah talaksanaan medis (Sari, 2015). Selain itu, penghentian depresan, seperti alkohol barbiturat, anti depresan trisklik (amitriptilin, imipramin, dan doksepin, serta triazolam (halcon), dapat menyebabkan *insomnia* dan harus diatur dengan cermat. Obat tidur dapat membantu klien jika digunakan dengan benar. Tetapi penggunaan agens antiansietas sedaktif, atau hipnotik jangka panjang dapat mengganggu tidur dan menyebabkan masalah yang lebih serius. Satu kelompok obat yang dianggap relatif aman adalah benzodiazepin. Obat ini tidak menyebabkan deprei *Sistem Saraf*

Pusat (SSP) umum seperti sedatif atau hipnotik benzodiazepin menimbulkan efek relaksasi, antiansietas, dan hipnotik dengan memfasilitasi kerja neuron di SSP yang menekan responsivitas terhadap stimulus, sehingga dapat mengurangi terjaga (Potter & Perry, 2013).

2. Penatalaksanaan non Farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi menurut buku Solehati & Koasasih (2015), dapat dilakukan dengan menggunakan terapi komplementer dan terapi alternatif diantaranya:

- a. *Alternative Medical System*
- b. *Mind Body And Spritual therapies*
- c. *Biologically Based Therapies*
- d. *Manipulative And Body Based Therapies*
- e. *Energi Therapies*

Terapi komplementer dan alternatif merupakan suatu intervensi untuk meningkatkan, menjaga kesehatan dan kesejahteraan, mencegah penyakit, dan menurunkan gejala yang dialami individu (kanker, penyakit jantung, diabetes, artritis, nyeri kepala, gangguan leher, hipertensi, strain dan sprain juga gangguan tidur (Solehati, 2015).

Adapun manfaat terapi komplementer dan alternatif menurut Solehati (2015), antara lain:

- a. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan
- b. Memelihara kesehatan dan kesejahteraan
- c. Menjaga kesehatan dan kesejahteraan
- d. Mencegah penyakit

- e. Menurunkan gejala penyakit, seperti penyakit kanker, jantung, diabetes
- f. Arthritis, nyeri kronik, dan nyeri akut
- g. Menurunkan keluhan-keluhan seperti nyeri punggung, alergi, cemas
- h. Arthritis, nyeri kepala, gangguan leher, hipertensi, strain dan sprain, serta gangguan tidur.

2.3 KONSEP *MASSAGE* PUNGGUNG

2.3.1 Pengertian *Massage*

Massage atau pijat yaitu tindakan yang sudah disempurnakan dengan ilmu-ilmu tentang gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan bermacam teknik (Trisnowiyanto, 2012). Terapi *massage* punggung merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif, tanpa efek samping berbahaya, serta bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun orang lain yang sudah dibekali ilmu *massage* punggung (Firdaus, 2011).

2.3.2 Manfaat *Massage* Punggung

Massage punggung memiliki banyak manfaat pada sistem tubuh manusia seperti mengurangi nyeri otot pada sistem kardiovaskuler, dapat meningkatkan sirkulasi dan merangsang aliran darah ke seluruh tubuh, dapat juga menstimulasi regenerasi sel kulit dan membantu dalam barrier tubuh, serta efeknya pada sistem saraf dapat menurunkan resiko gangguan kualitas tidur (Kusharyadi dan Setyohadi, 2011).

2.3.3 Indikasi *Massage*

Massage punggung dapat diberikan pada klien dengan gangguan tidur (*insomnia*), klien yang mengalami stres, distress dan klien yang mengalami nyeri. *Massage* punggung dapat dilakukan kapan saja misal sebelum tidur atau sebelum mandi untuk meningkatkan perasaan nyaman pada Pasien (Zulmi, 2016).

2.3.4 Kontra Indikasi *Massage*

Menurut Lynn dalam Zulmi (2016), pijat atau *massage* tidak dianjurkan untuk klien dengan kondisi fraktur tulang belakang atau tulang rusuk, luka bakar di area punggung, kemerahan pada kulit dan luka terbuka pada daerah punggung.

2.3.5 Teknik Pelaksanaan *Massage Punggung*

Menurut Potter & Perry dalam Zulmi (2016), pelaksanaan *massage* punggung dimulai dengan melakukan beberapa persiapan antara lain:

a. Persiapan alat

Alat-alat yang dibutuhkan yaitu minyak atau *lotion* untuk mencegah terjadinya friksi/gesekan saat dilakukan *massage* dan selimut untuk menjaga privasi klien.

b. Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan yaitu mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi klien. Selain itu, mengatur cahaya, suhu dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi pada klien.

c. Persiapan klien

Persiapan klien dimulai dengan mengatur posisi klien tengkurap dan membuka baju klien.

d. Persiapan perawat

Perawat menjelaskan maksud dan tujuan diberikannya terapi *massage* punggung pada klien, mengkaji kondisi klien dan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan.

2.3.6 Langkah-Langkah Pelaksanaan *Massage* Punggung

Menurut Zulmi (2016), langkah-langkah pelaksanaan *massage* punggung sebagai berikut:

- 1) Berikan minyak atau *lotion* pada bagian bahu dan punggung Pasien
- 2) Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang Pasien. Mulailah *massage* dengan gerakan *effleurage*, yaitu pijat dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan kembali ke bawah.
- 3) Meremas kulit dengan mengangkat jaringan di antara ibu jari dan jari tangan (*petriassage*). Meremas ke atas sepanjang kedua sisi tulang belakang dari bokong ke bahu dan sekitar leher bagian bawah dan usap ke bawah ke arah sacrum.
- 4) Akhiri pijatan dengan gerakan *massage* memanjang ke bawah.

2.3.7 Gerakan kunci dalam *massage*

Menurut Agustin (2015), macam-macam gerakan dalam pijat adalah sebagai berikut:

1. *Effleurage* (membelai/mengusap): Gerakan mengusap dengan ringan dan menenangkan saat memulai dan mengakhiri pijatan.
2. *Petriassage* (meremas): Gerakan pijatan dengan menggunakan empat jari merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus dan menempel.
3. *Shacking* (goncangan): Gerakan goncangan dengan menggunakan satu tangan atau dua tangan, biasanya dilakukan dibagian otot-otot paha, kaki, bahu, lengan atas dan bawah, tangan dan bagian perut. Bagian yang dilakukan *shacking* harus lemas dan rileks terlebih dahulu.
4. *Tapotement* (pukulan): Gerakan pukulan dengan menggunakan satu atau dua tangan yang dipukul-pukul pada objek pijat secara bergantian.
5. *Friction* (gerusan): Gerakan menggerus dengan kecil-kecil menggunakan ujung tiga jari (jari telunjuk, jari tengah, dan jari manis) yang merapat.
6. *Vibration* (gesekan): Gerakan yang menggunakan ujung jari-jari atau seluruh permukaan telapak tangan.
7. *Stroking* (mengurut): Gerakan mengurut dengan menggunakan ujung-ujung tiga jari yang merapat (jari telunjuk, jari tengah, jari manis).
8. *Skin rolling* (melipat dan menggeser kulit): Gerakan melipat dan menggeser kulit. Pertama seperti mencubit, kemudian kulit digeserkan. Jari-jari menekan bergerak maju dan ibu jari menekan dan mendorong dibelakang.

2.3.8 Hubungan *Massage Punggung* Dengan Kualitas Tidur

Menurut Suardi (2011), terapi komplementer untuk menangani gangguan tidur pada lansia dibagi menjadi 5 yaitu :

1. *Biological Based Practice* : herbal, vitamin dan suplemen lain.
2. *Mind body technique* : meditasi
3. *Manipulative and body based practice* : pijat (*massage*)
4. *Energy therapies* : terapi medan magnet
5. *Ancient medical system* : obat tradisional, akupunktur.

2.4 KONSEPLANSIA

2.4.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah seseorang yang memiliki usia lebih dari atau sama dengan 55 tahun (WHO, 2013). Lansia dapat juga diartikan sebagai menurunnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (Darmojo, 2015).

2.4.2 Klasifikasi Lansia

Menurut WHO (2013), klasifikasi lansia adalah sebagai berikut :

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
2. Lansia (*elderly*) yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
3. Lansia muda (*young old*) yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
4. Lansia tua (*old*) yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
5. Lansia sangat tua (*very old*) yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

2.4.3 Ciri-Ciri Lansia

Menurut Ratnawati (2017), ciri-ciri orang lanjut usia antara lain :

1. Usia lanjut merupakan periode kemunduran

Pemicu terjadinya kemunduran pada lansia adalah faktor fisik dan faktor psikologis. Sehingga, pada setiap lansia membutuhkan adanya motivasi. Motivasi sangat berpengaruh dalam proses kemunduran yang terjadi pada lansia, motivasi yang rendah dapat menyebabkan kemunduran semakin cepat, sebaliknya memiliki motivasi yang kuat dapat menjadikan proses kemunduran itu akan lama terjadi.

2. Status kelompok minoritas pada lanjut usia

Terbentuknya status kelompok minoritas berdampak pada pandangan-pandangan negatif pada lansia dalam masyarakat sosial yang terjadi secara tidak langsung.

3. Menua membutuhkan perubahan peran

Terjadi kemunduran pada lansia berdampak pada perubahan peran mereka dalam masyarakat sosial ataupun keluarga. Namun demikian, perubahan peran ini sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan.

4. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perilaku buruk yang terbentuk dalam kehidupan lansia karena perlakuan yang mereka terima secara tidak langsung akan membuat lansia cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk.

2.4.4 Tipe Lansia

Menurut Ratnawati (2017), mengelompokkan tipe-tipe lansia yang sesuai berdasarkan kondisi fisik, karakter lingkungan, pengalaman hidup, mental sosial dan ekonominya, dan dikelompokkan dalam beberapa tipe:

1. Tipe Optimis

Tipe ini diartikan bahwa lansia memiliki sifat santai dan periang serta cukup baik dalam penyesuaian. Bagi mereka masa lansia merupakan masa dimana lansia bebas dari tanggung jawabnya dan dipandang sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan positifnya.

2. Tipe Konstruktif

Tipe ini merupakan masa dimana mereka bisa menghadapi proses penuaan dan masa akhir dengan tenang serta mempunyai integritas baik. Mereka dapat menikmati hidup dengan humoristik, toleransi yang tinggi, tau diri dan fleksibel.

3. Tipe Ketergantungan

Lansia tipe ini, biasanya kerap mengambil tindakan yang tidak praktis, bersifat pasif, tidak punya ambisi dan inisiatif. Biasanya lansia ini tidak suka bekerja, senang berlibur, senang pensiun, banyak makan dan minum. Namun, mereka masih dapat diterima oleh masyarakat dan masih tahu diri.

4. Tipe Defensif

Lansia tipe ini memiliki emosi yang tidak terkendali, tegu dengan kebiasaan, mempunyai riwayat pekerjaan atau jabatan yang tidak stabil di

masa muda dan mereka selalu menolak bantuan. Namun pada tipe ini lansia takut menghadapi masa tua dan menyenangi masa pensiun.

5. Tipe Militan dan Serius

Tipe ini umumnya bisa menjadi panutan, mereka tidak mudah menyerah, memiliki motivasi besar dalam bertahan hidup, serius dan senang berjuang.

6. Tipe Pemaarah Frustasi

Tipe ini lansia memiliki kebiasaan menyalahkan orang lain, cenderung negatif, tidak sabar, mudah tersinggung dengan hal-hal yang kecil dan merupakan orang-orang pemaarah.

7. Tipe Bermusuhan

Lansia tipe ini dapat menyebabkan kegagalan pada dirinya sendiri dan lebih negatif dari poin sebelumnya. Mereka selalu menganggap bahwa orang lainlah yang membuatnya merasa selalu tersaingi dan selalu gagal dalam hal apapun, mereka selalu mengeluh, merasa curiga dan bersifat agresif serta kerap dalam hati mereka merasa iri pada yang lebih muda.

8. Tipe Putus Asa, Membenci, dan Menyalahkan Diri Sendiri

Lansia tipe ini kerap memandang bahwa lansia sebagai manusia yang lemah, tidak berguna dan tidak menarik, selalu menyalahkan diri sendiri, sehingga yang muncul hanya kemarahan dan depresi.

2.4.5 Masalah Atau Risiko Yang Sering Terjadi Pada Lanjut Usia

Manurut Aspiani (2014), masalah atau resiko pada lansia diantaranya:

1. Mudah jatuh

Faktor risiko jatuh pada lanjut usia dapat digolongkan dalam dua golongan, yaitu:

a. Faktor intrinsik :

- 1) Gangguan jantung dan sirkulasi darah, misal hipertensi
- 2) Gangguan anggota gerak, misal arthritis lutut, kelemahan otot ekstremitas.
- 3) Gangguan sistem persyarafan misalnya vertigo, neuropati perifer.
- 4) Gangguan penglihatan misalnya gangguan adaptasi gelap, infeksi telinga.
- 5) Pengaruh obat-obatan yang dipakai, misal antidepresi, diazepam, antihipertensi.
- 6) Nikotin dan sejenisnya, seperti dalam rokok kandungan bahan tersebut dapat mengacaukan pola tidur seseorang yang membuat penggunaanya selalu waspada dan terjaga.

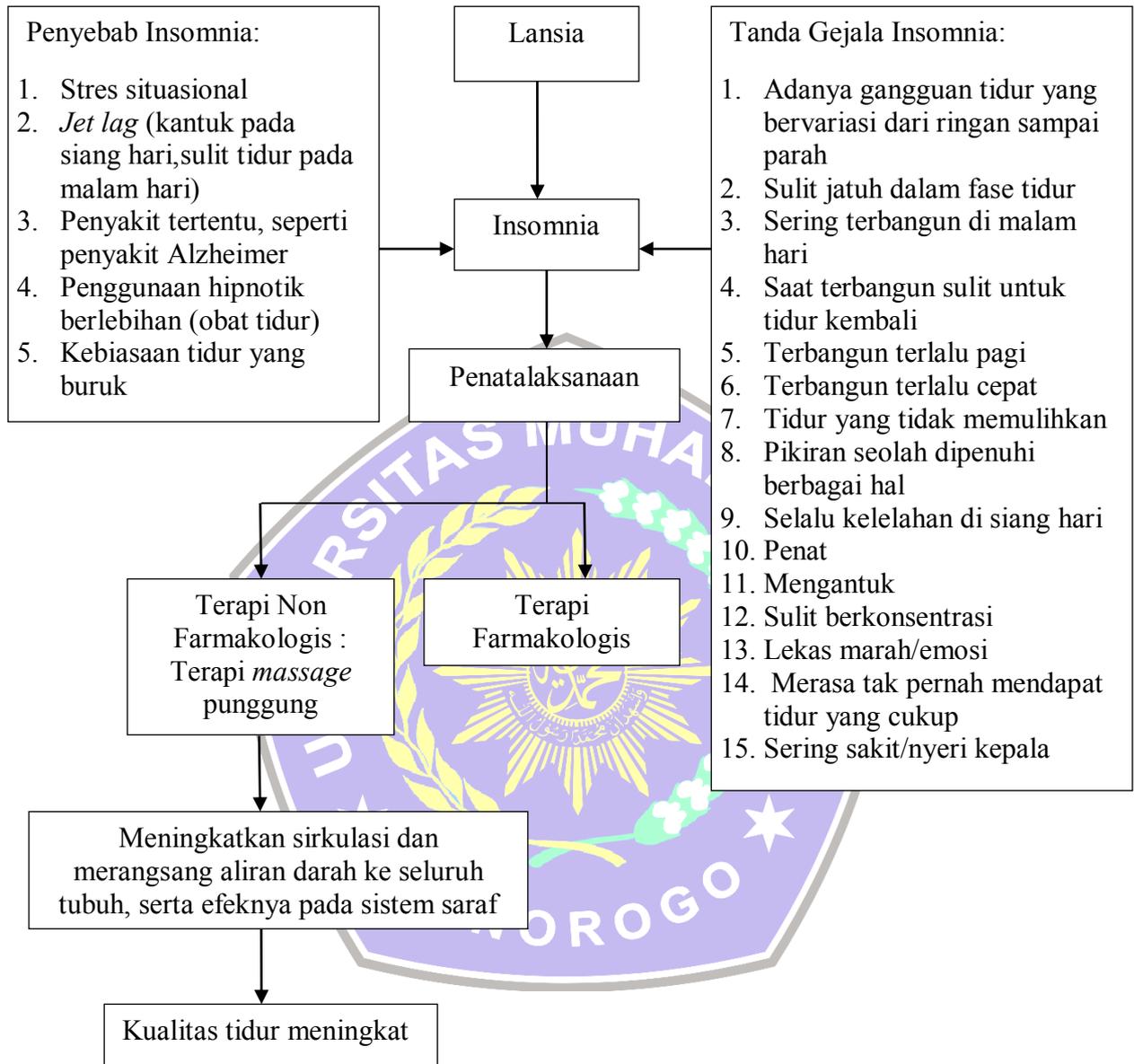
b. Faktor ekstrinsik (lingkungan) :

- 1) Cahaya ruangan yang kurang terang.
- 2) Lantai yang licin, alas kurang pas
- 3) Tersandung benda-benda.
- 4) Kursi roda yang tidak terkunci.
- 5) Turun tangga.

2. Mudah lelah, disebabkan oleh :
 - a. Perasaan depresi, perasaan bosan dan kelelahan.
 - b. Gangguan organis, misal gangguan pencernaan, kekurangan vitamin, kelainan metabolisme, perubahan pada tulang.
 - c. Pengaruh obat-obatan.
3. Nyeri dada, disebabkan oleh :
 - a. Iskemia jantung yang disebabkan oleh penyakit jantung koroner karena berkurangnya aliran darah ke jantung.
 - b. Peradangan pada selaput jantung.
 - c. Gangguan sistem alat pernapasan.
 - d. Gangguan sistem pencernaan bagian atas.
4. Sesak napas, disebabkan oleh :
 - a. Kelemahan jantung.
 - b. Gangguan sistem pernapasan.
 - c. Peningkatan berat badan.
 - d. Terjadi anemia.
5. Nyeri pinggang atau punggung, disebabkan oleh :
 - a. Terjadi gangguan pada persendian.
 - b. Kelainan ginjal atau batu ginjal.
 - c. Gangguan pada prostat serta pada rahim.
 - d. Gangguan pada otot badan.
6. Sukar menahan buang air kecil, disebabkan oleh :
 - a. Obat-obatan yang mengakibatkan sering berkemih.
 - b. Radang kandung kemih.

- c. Radang saluran kemih.
 - d. Kelainan kontrol pada kandung kemih.
 - e. Kelainan persyarafan pada kandung kemih.
7. Sukar menahan buang air besar, disebabkan oleh :
- a. Keadaan diare.
 - b. Obat-obatan.
 - c. Kelainan pada usus rektum.
8. Gangguan pada ketajaman penglihatan, disebabkan oleh :
- a. Kelainan pada lensa mata dan lensa mata menjadi keruh.
 - b. Tekanan dalam mata yang meninggi.
 - c. Terjadi peradang pada saraf mata.
9. Gangguan pada pendengaran, disebabkan oleh :
- a. Kelainan degeneratif.
 - b. Ketulian pada lanjut usia.
10. Keluhan kesemutan pada anggota gerak badan serta perasaan dingin.
- a. Gangguan sirkulasi darah lokal.
 - b. Gangguan persyarafan pada bagian lokal misal, anggota gerak.
11. Gangguan tidur
- a. Faktor ekstrinsik : lingkungan yang bising dan kurang tenang.
 - b. Faktor intrinsik : gatal-gatal, nyeri, depresi, iritabilitas, kecemasan, dan penyakit tertentu.

KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori Pengaruh Pemberian *Massage Punggung* Terhadap Kualitas Tidur Penderita *Insomnia* Pada Lansia.