

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi

Perkembangan manusia yang dimulai dari masa bayi, anak, remaja, dewasa, tua dan akhirnya masuk pada fase usia lanjut dengan umur diatas 60 tahun (Mujahidullah, 2012).

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut Nugroho (2016), WHO membagi empat tahapan yaitu:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) : 45-49 tahun
- b. Usia lanjut (*elderly*) : 60-74 tahun
- c. Usia lanjut tua (*old*) : 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) : di atas 90 tahun

3. Teori Proses Menua

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah (Nugroho, 2008).

a. Teori Biologis

Teori biologis dalam proses menua mengacu pada asumsi bahwa proses menua merupakan perubahan yang terjadi dalam struktur dan fungsi tubuh selama masa hidup (Mujahidullah, 2012).

b. Teori Genetik dan Mutasi

Menurut teori genetik dan mutasi, menua terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi, sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (Siti, 2008).

1) *Immunology Slow Theory*

Menurut *immunology slow theory*, sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh (Siti, 2008).

2) Teori stress

Teori ini mengungkapkan menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha, dan stres yang menyebabkan sel-sel tubuh telah terpakai (Siti, 2008).

c. Teori non-genetik

1) Teori penurunan system imun tubuh (auto-immune theory).

Mutasi yang berulang dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan system imun tubuh mengenali dirinya sendiri (self recognition). Jika mutasi yang merusak membran sel, akan menyebabkan sistem imun tidak mengenalinya sehingga merusaknya (Nugroho, 2008).

2) Teori kerusakan akibat radikal bebas (free radical theory)

Teori radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas dan didalam tubuh karena adanya proses metabolisme atau proses pernapasan didalam

mitokondria. Radikal bebas merupakan suatu atom atau molekul yang tidak stabil karena mempunyai electron yang tidak berpasangan sehingga sangat reaktif mengikat atom atau molekul tubuh (Nugroho, 2008).

3) Teori menua akibat metabolisme

Telah dibuktikan dalam berbagai percobaan hewan, bahwa pengurangan asupan kalori ternyata bisa menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur (Nugroho, 2008).

4) Teori rantai silang (*cross ling theory*)

Pada teori rantai silang diungkapkan bahwa reaksi kimia sel-sel yang tua atau using menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastisitas, kekacauan, dan hilangnya fungsi sel (Maryam, 2008).

5) Teori fisiologis

Teori ini merupakan teori intrinsik dan ekstrinsik. Terdiri atas teori oksidasi stress, dan teori dipakai-aus (*wear and tear theory*). Disini terjadi kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh lelah terpakai(regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal) (Nugroho, 2008).

d. Teori Sosiologis

1) Teori interaksi sosial

Pada lansia, kekuasaan dan pretisanya berkurang, sehingga menyebabkan interaksi sosial mereka juga berkurang, yang tersisa hanyalah harga diri dan kemampuan mereka untuk mengikuti perintah (Maryam, 2008).

2) Teori aktivitas atau kegiatan

Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial (Nugroho, 2008).

3) Teori kepribadian berlanjut

Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya. Dengan demikian, pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lanjut usia (Nugroho 2008).

4) Teori Pembebasan

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya (Nugroho, 2008). Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tetapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni:

- 1) Kehilangan peran
- 2) Hambatan kontak sosial
- 3) Berkurangnya komitmen

e. Permasalahan-permasalahan pada lansia

Menurut Mujahidullah (2012), permasalahan pada lansia adalah

1) Perubahan Ingatan(memory)

Dalam komunikasi, memori memegang peranan penting dalam mempengaruhi baik persepsi maupun berfikir. Memori adalah system yang sangat berstruktur, yang menyebabkan organism sanggup merekam fakta tentang dunia dan menggunakan pengetahuannya untuk membimbing perilakunya.

f. Permasalahan khusus (mental, psikososial, kecemasan)

Menurut Nugroho (2008), lansia dihadapkan permasalahan khusus seperti:

- 1) Mental atau psikis pada lansia terganggu, dapat berupa, curigaan, bertambah pelit, mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat.
- 2) Nilai seseorang sering diukur produktivitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dan pekerjaan, bila mengalami pensiun, seseorang akan mengalami perubahan psikososial.
- 3) Kecemasan yang terjadi dilansia timbul yang merasa dirinya sudah tidak menarik lagi dan kurang mampu.

B. Demensia

1. Definisi

Demensia adalah suatu sindrom yang dikarakteristikan dengan adanya kehilangan kapasitas intelektual melibatkan tidak hanya ingatan(memori), namun juga kognitif, bahasa,kemampuan visuospasial, dan kepribadian (Mujahidullah, 2012).

Demensia merupakan keadaan dimana seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir, dan penurunan kemampuan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Kumpulan gejala yang ditandai dengan penurunan kognitif, perubahan mood dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktivitas sehari-hari penderita (Azizah, 2011).

Demensia (pikun) adalah kemunduran kognitif yang sedemikian beratnya sehingga mengganggu aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas sosial. Kemunduran kognitif pada demensia biasanya diawali dengan kemunduran memori/daya ingat (pelupa). Demensia erat kaitannya dengan usia lanjut. Pokok masalahnya adalah bagaimana membedakan kemunduran memori(mudah lupa) yang disebabkan oleh awal penyakit Alzheimer (Nugroho, 2008).

2. Klasifikasi

Secara garis besar demensia pada usia lanjut dapat diklasifikasikan dalam 4 golongan, yaitu:

a. Demensia Degeneratif Primer (50-60%)

Dikenal juga dengan nama demensia tipe Alzheimer, adalah suatu keadaan yang meliputi perubahan dari jumlah, struktur dan fungsi neuron di daerah tertentu dari korteks.

b. Demensia Multi Infark (10-20%)

Demensia ini merupakan jenis kedua terbanyak setelah penyakit Alzheimer. Bisa di dapatkan sendiri atau dengan demensia jenis lain.

c. Demensia Sindroma Amnestik dan “Pelupa Benigna akibat penuaan”(20-30%)

Pada kedua keadaan diatas, gejala utamanya adalah gangguan memori(daya ingat), sedangkan pada demensia terdapat gangguan pada fungsi intelektual yang lain.

(Mujahidullah, 2012).

3. Etiologi

Keadaan yang secara potensial reversible/bisa dihentikan:

- a. Intoksikasi (obat, termasuk alkohol, dan lain lain)
- b. Infeksi susunan saraf pusat
- c. Gangguan metabolic
- d. Gangguan nutrisi
- e. Gangguan vaskuler(demensia multi infark, dan lain-lain)

Penyakit degenerative progresif:

- a. Tanpa gejala neurologic lain:
 - 1) Penyakit Alzheimer
 - 2) Penyakit pick

b. Dengan gangguan neurologic progresif:

- 1) Penyakit Parkinson
- 2) Penyakit hungtington
- 3) Kelumpuhan supranuklear progresif
- 4) Penyakit degenerative lain yang jarang didapat

Penyebab demensia yang reversible sangat penting untuk diketahui, karena dengan pengobatan yang baik penderita dapat kembali menjalankan hidup sehari-hari yang normal. Untuk mengingat berbagai keadaan tersebut telah disebut suatu “jembatan keledai” sebagai berikut: Drug (obat-obatan), Emotional (gangguan emosi, missal depresi, dan lain-lain, Metabolik (endokrin), Eye and Ear (disfungsi mata dan telinga), Nutrition, Tumor and trauma, Infection, Arteriosclerotic(komplikasi penyakit aterosklerosis, missal infark miokard, gagal jantung, dan lain-lain) dan alkohol (Mujahidullah, 2012).

4. Manifestasi klinis

Garis besar manifestasi klinisnya adalah sebagai berikut:

- a. Perjalanan penyakit betahap
- b. Tidak terdapat gangguan kesadaran

(Mujahidullah, 2012).

- a. Stadium awal

Gejala stadium awal sering diabaikan dan disalahartikan sebagai usia lanjut atau sebagai bagian normal dari proses otak menua oleh anggota keluarga, dan orang terdekat penyandang demensia. Karena proses

berjalan sangat lambat, sulit sekali untuk menentukan kapan proses ini dimulai. Gejala yang ditunjukkan sebagai berikut:

- 1) Kesulitan dalam berbahasa
- 2) Mengalami kemunduran daya ingat secara bermakna
- 3) Disorientasi waktu dan tempat
- 4) Sering tersesat ditempat yang biasa dikenal
- 5) Kesulitan membuat keputusan
- 6) Kehilangan minat dalam hobi dan aktivitas

b. Stadium menengah

Proses penyakit berlanjut dan masalah menjadi semakin nyata. Pada stadium ini, klien mengalami kesulitan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan menunjukkan gejala sebagai berikut:

- 1) Sangat mudah lupa, terutama untuk peristiwa yang baru dan nama orang.
- 2) Tidak dapat mengelola kehidupan sendiri tanpa timbul masalah.
- 3) Sangat bergantung pada orang lain.
- 4) Semakin sulit bicara.
- 5) Terjadi perubahan perilaku.
- 6) Sering tersesat, walaupun jalan tersebut telah dikenal (tersesat dirumah sendiri).

c. Stadium lanjut

Pada stadium ini, terjadi:

- 1) Ketidakmandirian dan inaktif yang total
- 2) Tidak mengenali lagi anggota keluarga(disorientasi personal).

- 3) Sukar memahami dan menilai peristiwa
 - 4) Tidak mampu menemukan jalan disekitar rumah sendiri
 - 5) Kesulitan berjalan
 - 6) Mengalami inkontinesia(berkemih atau defekasi)
 - 7) Akhirnya bergantung pada kursi roda/tempat tidur.
- (Nugroho,2008).

5. Patofisiologi

Teori *tau* atau *tangle hypothesis* adalah adanya korelasi yang kuat antara keparahan demensia dan frekuensi banyaknya kekusutan di saraf. Kekusutan ini terjadi dari banyak protein, tetapi protein utamanya adalah protein tau. Protein tau sangat penting untuk elongasi akson dan perbaikan akson. Tau adalah fosfoprotein sehingga kemampuannya berkurang oleh proses fosforilasi. Proses fosforilasi ini dikaitkan dengan enzim glikogen kinase-3 (GSK-3), pada penderita demensia, protein yang diisolasi bersifat hiperfosforilasi sehingga kemampuannya untuk memperbaiki akson sangat berkurang, oleh karena itu terbentuknya kekusutan pada saraf (Rochman, 2014).

C. Latihan Fungsi kognitif

Pada usia lanjut fungsi kognitif menjadi menurun yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti penyakit neurologi, penyakit vaskuler, dan depresi (Eko dan Gloria, 2016). Fungsi kognitif dipengaruhi oleh banyak hal yaitu bahasa, perkembangan, pemikiran, perkembangan memori atau daya ingat.

Dan perkembangan intelegensi yang mempengaruhi pada lanjut usia (Marlina, 2012).

Perubahan fungsi kognitif menyebabkan lansia mengalami perubahan fungsi kerja otak, dan perubahan fungsi kognitif dapat berupa mudah lupa. Di fase ini seseorang masih bisa berfungsi dengan normal walaupun mulai sulit mengingat kembali informasi yang sudah dipelajari. Mudah lupa ini bisa berlanjut menjadi gangguan kognitif ringan sampai dengan bentuk klinis yang paling berat yaitu demensia (Wreksoatmodjo, 2012).

1. Definisi

Latihan fungsi kognitif adalah upaya untuk mengoptimalkan kualitas kesehatan intelegensi pada penderita gangguan otak, saraf dan otot yang dilakukan melalui stimulasi atau latihan agar memiliki atau meningkatkan kemampuan intelegensi (Depkes, 2010).

Latihan fungsi kognitif merupakan tindakan keperawatan meningkatkan keterampilan memori menggunakan proses interaksi interpersonal atau hubungan terapeutik perawat-pasien melalui fase orientasi, kerja dan resolusi (Parker & Smith, 2010).

2. Tujuan

Latihan atau stimulasi kognitif ini bertujuan untuk membantu individu mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal (Copel, 2007). Latihan kognitif juga bertujuan untuk menerapkan strategi

dalam meningkatkan fungsi kognitif bagi penderita demensia (Orell, Spector, & Woods, 2008).

Perawatan daya ingat (latihan kognitif) diprioritaskan karena pada lansia yang semakin bertambah usianya diharapkan fungsi daya ingatnya dapat terpelihara dengan baik sehingga fungsi dan kualitas hidup lansia sebagai individu dapat berfungsi dan sejahtera (Calero & Navarro, 2007; Miller, 2009). Prinsip dalam pelaksanaan latihan kognitif ini tidak bisa menyembuhkan demensia secara total tetapi hanya mengurangi atau memperlambat kerusakan kognitif.

Pelaksanaan latihan fungsi kognitif dilakukan selama 7 kali tatap muka, pada setiap pertemuan, peneliti memulai pembicaraan dengan menanyakan tentang hari, tanggal, bulan, dan tahun untuk melatih orientasi terkait waktu. Peneliti juga mengontrol kalender sobek yang dimiliki pasien (Prasetyo, 2015).

D. Pengukuran demensia

Mini mental stase examination (MMSE) digunakan sebagai pemeriksaan gold standar untuk diagnosis demensia. Pemeriksaan neuropsikologi ini pertama kali diperkenalkan oleh *Folstein*. Pemeriksaan ini mudah dikerjakan dan membutuhkan waktu yang relative singkat yaitu antara lima sampai sepuluh menit yang mencakup penilaian orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali serta bahasa. Klien dinilai secara kuantitatif pada fungsi-fungsi tersebut dengan nilai sempurna adalah 30, kognitif normal dengan skor >23, kerusakan kognitif ringan 17-23, dan kerusakan kognitif berat <16

(Martini, 2014). MMSE digunakan secara luas sebagai pemeriksaan yang sederhana dan cepat untuk mencari kemungkinan munculnya defisit kognitif sebagai tanda demensia. Pemeriksaan ini juga digunakan secara luas pada praktik klinis sebagai instrument skrining kognitif yang telah dibuktikan dalam studi *National Institute of Health* yang menyebutkan bahwa MMSE sebagai penilai fungsi kognitif yang direkomendasikan (Zulsita & Arni, 2011).

E. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Demensia

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan. Proses ini meliputi pengumpulan data, verifikasi data, organisasi data, interpretasi data, pendokumentasian data (Debora, 2012).

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Identitas klien yang biasa dikaji pada klien dengan demensia adalah usia karena banyak klien lansia yang mengalami demensia.

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai keadaan klien saat ini mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dilakukan pengkajian.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat adanya masalah psikososial sebelumnya dan bagaimana penanganannya.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang mengalami gangguan psikologi seperti yang dialami oleh klien, atau adanya penyakit genetik yang mempengaruhi psikososial.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami masalah psikososial:
Demensia biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya *Composmentis*.

3) Tanda-Tanda Vital

- a) Suhu dalam batas normal (37°C).
- b) Nadi normal (N : 70-82x / menit).
- c) Tekanan darah kadang meningkat atau menurun.
- d) Pernapasan biasanya normal atau meningkat.

4) Pemeriksaan Review Of System (ROS)

a) Sistem Pernapasan (B1 : Breathing)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.

b) Sistem Sirkulasi (B2 : Bleeding)

Tidak ditemukan adanya kelainan, frekuensi nadi masih dalam batas normal.

c) Sistem Persyarafan (B3 : Brain)

Klien mengalami gangguan memori, kehilangan ingatan, gangguan konsentrasi, kurang perhatian, gangguan persepsi sensori, insomnia.

d) Sistem Perkemihan

Tidak ada keluhan terkait dengan pola berkemih.

g. Hasil pengkajian khusus/APGAR gerontik

- a) Fungsi Kognitif / MMSE
- b) Masalah Kesehatan Kronis
- c) Status Fungsional
- d) Status Psikologis

(Aspiani, 2014)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah terminologi yang digunakan oleh perawat professional untuk menjelaskan masalah kesehatan, tingkat kesehatan, respons klien terhadap penyakit, atau kondisi klien (aktual/potensial) sebagai akibat dari penyakit yang diderita (Debora, 2012).

- a. Perubahan proses pikir
 - b. Sindrom stress relokasi
 - c. Perubuhan persepsi-sensori
 - d. Perubahan pola tidur
 - e. Kurang perawatan diri
 - f. Perubahan pola eliminasi urinarius atau konstipasi/inkontinensia
- (Kushariyadi, 2010).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah rancangan tindakan yang disusun perawat bersama lansia untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah terdiagnosa (Nugroho, 2008).

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perubahan Proses Pikir Definisi: Suatu keadaan dimana individu mengalami gangguan dalam pengoperasian dan aktivitas kognitif.	NOC 1. Orientasi terkait waktu meningkat. 2. Pengetahuan memori kerja lansia meningkat secara efektif melalui peran aktif lansia mengikuti proses pelatihan memori. 3. Terjadi perubahan kinerja memori setelah mengikuti latihan.	NIC Stimulasi Kognitif 1. Bicara pada pasien. 2. Sediakan kalender. 3. Orientasikan pasien terhadap waktu. 4. Tingkatkan ulang informasi. 5. Minta pasien untuk mengulang waktu (hari, tanggal, bulan, dan tahun). (Bulechek, Butcher et al, 2013)

4. Tindakan Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) tindakan keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal ,kontekstual,dan residual.

Implementasi atau tindakan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan (Debora, 2012).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan

kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Debora, 2012).