

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia merupakan seorang individu yang memasuki usia 60 tahun ke atas (Kemenkes 2021). Proses penuaan pada orang yang lanjut usia bisa menyebabkan perubahan organ tubuh pada lansia, termasuk pada perubahan fisik, psikis, dan psikologis. Pada proses penuaan juga dapat mengakibatkan berbagai jenis perubahan, seperti penurunan fungsi kognitif (Sari and Mardiana 2021 dalam Zahroh et al., 2024). Pada lanjut usia penurunan fungsi kognitif akibat penyakit otak dapat bersifat fisiologis maupun patologis. Jika terjadi penurunan fungsi kognitif, maka kemampuan menjaga keseimbangan mungkin saja berkurang dikarenakan adanya perubahan (Suadnyana, Suparwati, and Haryawan 2021)

Dalam keperawatan gerontik, lansia dianggap sebagai kelompok orang yang mengalami perubahan kompleks dalam hal fisik, psikologis, dan sosial. Perubahan ini mencakup penurunan fungsi fisiologis, seperti penurunan kekuatan otot, penurunan kapasitas organ, dan penurunan sistem kekebalan tubuh. Di sisi psikologis, lansia mungkin mengalami perubahan dalam kognitif, seperti memori dan pemrosesan informasi, serta kesulitan emosional, seperti adaptasi terhadap kehilangan (Fadhilah & Sulistyowati, n.d.2024).

2.1.1 Batasan-batasan Lanjut Usia

Menurut World Health Organization (WHO), lansia dibagi menjadi 4 kriteria yaitu:

1. Usia pertengahan (middle age) umur 45-59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) umur 60-74 tahun
3. Lanjut usia (old) umur 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (very old) umur diatas 90 tahun

Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (psikolog dari Universitas Indonesia), lanjut usia merupakan kelanjutan usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian, yaitu :

1. Fase iuventus, antara usia 25 - 40 tahun.
2. Fase verilitas, antara usia 40 - 50 tahun.
3. Fase praesenum, antara usia 55 - 65 tahun.
4. Fase senium, antara usia 65 tahun hingga tutup usia. (Nasrullah, 2016)

2.1.2 Tipe – tipe Lansia

1. Tipe kepribadian konstruktif (constructive personality), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai usia sangat tua.
2. Tipe kepribadian mandiri (independent personality), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami post power syndrome, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.

3. Tipe kepribadian tergantung (Dependent Personality) pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupannya dalam keluarga. Apabila dalam kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak mengalami gejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan merana.
4. Tipe kepribadian bermusuhan (Hostility Personality). Pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya. Banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonomi menjadi morat marit.
5. Tipe kepribadian kritik diri (selfhate personality). Pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah diri sendiri. (Angin & Juariyah, 2024)

2.1.3 Masalah Yang Umum Dialami Lansia

1. Masalah Fisik

Masalah yang sering dihadapi oleh lansia adalah kondisi fisik yang mulai melemah, sehingga sering terjadi penyakit degenerative misalnya radang persendian. Keluhan akan muncul ketika seorang lansia melakukan aktivitas yang cukup berat misalnya mengangkat beban yang berlebih maka akan dirasakan nyeri pada persendiannya. Lansia juga akan mengalami penurunan indra pengelihatannya dimana lansia akan mulai merasakan pandangannya kabur. Lansia juga akan mengalami penurunan dalam indra pendengaran dimana lansia akan

merasakan kesulitan dalam mendengar. Lansia juga mengalami penurunan dalam kekebalan tubuh atau daya tahan tubuh yang menurun, dan ini merupakan lansia termasuk kategori manusia tua yang rentan terserang penyakit.

2. Kognitif

Masalah yang tidak kalah pentingnya yang sering dihadapi oleh lansia adalah terkait dengan perkembangan kognitif. Misalnya seorang lansia merasakan semakin hari semakin melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal dan dimasyarakat disebut dengan pikun. Kondisi ini akan menjadi boomerang bagi lansia yang mempunyai penyakit diabetes mellitus karena terkait dengan asupan jumlah kalori yang dikonsumsi. Daya ingatan yang tidak stabil akan membuat lansia sulit untuk dipastikan sudah makan atau belum. Dampak dari masalah kognitif yang lainnya adalah lansia sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar. Hal ini dikarenakan lansia yang sering lupa membuat masyarakat menjauhinya bahkan lansia akan menjadi bahan olokan oleh orang lain karena kelemahannya tersebut.

3. Emosional

Masalah yang biasanya dihadapi oleh lansia terkait dengan perkembangan emosional yakni sangat kuatnya rasa ingin berkumpul dengan anggota keluarga. Kondisi tersebut perlu adanya perhatian dan kesadaran dari anggota keluarga. Ketika lansia tidak diperhatikan dan tidak dihiraukan oleh anggota keluarga, maka

lansia sering marah apalagi ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi lansia. Terkadang lansia juga terbebani dengan masalah ekonomi keluarganya yang mungkin masih dalam kategori kekurangan dan hal tersebut menjadi beban bagi lansia sehingga tidak sedikit lansia yang mengalami stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4. Spiritual

Masalah yang sering dihadapi para lansia diusia senjanya terkait dengan perkembangan spiritual adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena ada masalah pada kognitifnya dimana daya ingatnya yang mulai menurun. Lansia yang menyadari bahwa semakin tua harus banyak mendekatkan diri pada Tuhan maka akan semakin banyak dan meningkatkan nilai beribadah. Lansia akan merasa kurang tenang ketika mengetahui ada anggota keluarganya yang belum mengerjakan ibadah, dan merasa sedih ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius dalam keluarganya (Mujiadi & Rachmah, 2022).

2.1.4 Perubahan Pada Lansia

1. Perubahan biologis/fisik

Pada lansia terjadi proses penuaan yang menyebabkan penurunan fungsi organ tubuh secara bertahap. Perubahan ini meliputi sistem saraf, pendengaran, penglihatan, pernapasan, pencernaan, kardiovaskular, reproduksi, integumen, dan muskuloskeletal. Lansia sering mengalami penurunan daya tahan tubuh, gangguan pendengaran (presbiakusis), gangguan penglihatan,

kulit keriput dan kering, penurunan kekuatan otot, tulang menjadi rapuh, serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu koordinasi gerak dan keseimbangan tubuh juga mulai menurun sehingga meningkatkan risiko jatuh.

2. Perubahan psikologis/mental

Perubahan psikologis pada lansia ditandai dengan penurunan fungsi kognitif seperti daya ingat, kemampuan berpikir, konsentrasi, kemampuan belajar, dan pengambilan keputusan. Lansia juga cenderung mengalami perubahan emosi, seperti mudah sensitif, mudah curiga, merasa tidak berguna, serta membutuhkan perhatian lebih dari keluarga dan lingkungan sekitar. Pada beberapa lansia dapat muncul rasa takut kehilangan, kecemasan, hingga depresi akibat perubahan kondisi fisik maupun sosial yang dialami

3. Perubahan psikososial

Lansia sering mengalami perubahan peran sosial akibat pensiun, kehilangan pasangan hidup, kehilangan teman sebaya, atau berkurangnya interaksi sosial. Kondisi tersebut dapat menyebabkan lansia merasa kesepian, menarik diri dari lingkungan, dan mengalami perubahan konsep diri. Selain itu, penurunan kondisi ekonomi dan ketergantungan terhadap orang lain juga dapat memengaruhi kondisi psikososial lansia.

4. Perubahan spiritual

Pada usia lanjut, spiritualitas biasanya semakin meningkat. Lansia cenderung lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dan lebih

aktif dalam kegiatan keagamaan. Nilai spiritual membantu lansia memperoleh ketenangan batin, menerima kondisi penuaan, serta menghadapi masalah kesehatan dan kehidupan dengan lebih baik. Spiritualitas juga menjadi sumber dukungan emosional bagi lansia dalam menjalani masa tua.

5. Perubahan kultural

Latar belakang budaya, adat istiadat, dan kebiasaan keluarga sangat memengaruhi perilaku lansia. Nilai-nilai budaya yang telah diterapkan sejak muda akan terbawa hingga usia lanjut. Budaya juga memengaruhi cara lansia memandang kesehatan, proses penuaan, hubungan sosial, dan praktik keagamaan dalam kehidupan sehari-hari. (Fadhilah & Sulistyowati, n.d.2024).

2.2 Konsep Proses Menua

2.2.1 Definisi Proses Penuaan

Proses menua (aging process) adalah perubahan biologis yang terjadi secara alami pada tubuh manusia seiring bertambahnya usia. Proses ini melibatkan penurunan fungsi organ dan sistem tubuh serta perubahan fisik, mental, dan sosial (Sarida & Hamonangan, 2020)

Penuaan disebabkan oleh efek dari berbagai molekul dan akumulasi seluler dari waktu ke waktu. Hal ini dapat menyebabkan penurunan kemampuan fisik dan mental secara bertahap, peningkatan risiko penyakit dan akhirnya kematian (World Health Organization, 2022).

2.2.2 Teori-Teori Penuaan

Menjelaskan beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan (aging).

1. Teori Biologis

a. Teori Wear and Tear (Teori Keausan):

Teori ini menyatakan bahwa tubuh kita seperti mesin yang mengalami keausan seiring berjalannya waktu. Organ-organ dan jaringan tubuh mengalami kerusakan akumulatif yang akhirnya menyebabkan penuaan.

b. Teori Radikal Bebas:

Teori ini mengemukakan bahwa penuaan disebabkan oleh kerusakan yang disebabkan oleh radikal bebas, yaitu molekul tidak stabil yang merusak sel-sel tubuh.

c. Teori Endokrin:

Teori ini berpendapat bahwa perubahan dalam sistem hormonal tubuh, seperti penurunan hormon tertentu, berkontribusi terhadap proses penuaan.

2. Teori Psikologis

a. Teori Aktivitas:

Teori ini menyatakan bahwa individu yang tetap aktif secara fisik dan mental cenderung mengalami penuaan yang lebih sehat dan lebih lambat. Keterlibatan dalam aktivitas sosial dan pekerjaan memberikan manfaat psikologis dan kesehatan.

b. Teori Disengagement:

Teori ini berpendapat bahwa seiring bertambahnya usia, individu secara bertahap menarik diri dari peran dan tanggung jawab sosial. Hal ini dianggap sebagai proses alami yang memberikan waktu bagi lansia untuk merefleksikan hidup mereka.

3. Teori Sosiologis

a. Teori Pertukaran Sosial: Teori ini menyatakan bahwa hubungan sosial dan peran dalam masyarakat berubah seiring bertambahnya usia. Lansia mungkin mengalami perubahan dalam status sosial dan kekuatan, yang mempengaruhi interaksi sosial mereka.

b. Teori Subkultur:

Teori ini mengemukakan bahwa lansia membentuk subkultur tersendiri dengan norma dan nilai yang berbeda dari kelompok usia lainnya. Mereka sering mencari dukungan dan solidaritas dari sesama lansia. (Asri, n.d.2024).

2.3 Konsep Demensia

2.3.1 Definisi Demensia

Demensia adalah suatu sindrom penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan deteriorasi kognisi dan fungsional, sehingga mengakibatkan gangguan fungsi sosial, pekerjaan dan aktivitas sehari-hari. Penderita demensia seringkali menunjukkan beberapa gangguan dan perubahan pada tingkah laku harian (behavioral symptom)

yang mengganggu (disruptive) ataupun tidak mengganggu (non-disruptive). Demensia bukanlah sekedar penyakit biasa, melainkan kumpulan gejala yang disebabkan beberapa penyakit atau kondisi tertentu sehingga terjadi perubahan kepribadian dan tingkah laku.

Demensia adalah satu penyakit yang melibatkan sel-sel otak yang mati secara abnormal. Hanya satu terminologi yang digunakan untuk menerangkan penyakit otak degeneratif yang progresif. Daya ingatan, pemikiran, tingkah laku dan emosi terjejas bila mengalami demensia. Demensia adalah penurunan kemampuan mental yang biasanya berkembang secara perlahan, dimana terjadi gangguan ingatan, pikiran, penilaian dan kemampuan untuk memusatkan perhatian.(Haiga & Chaniago, 2024)

2.3.2 Klasifikasi Demensia

1. Alzheimer's disease Penyakit Alzheimer

Penyakit Alzheimer adalah penyebab demensia yang paling umum, mencakup 60–80% kasus. Sekalipun penyebab dari penyakit Alzheimer tidak diketahui dengan pasti, dua penanda biologis menjadi pemain penting dalam penyakit ini, yaitu: plak beta-amiloid dan tau tangles. Kedua faktor tersebut dapat mengganggu komunikasi neuronal dan menyebabkan kematian sel di otak.(Ashrafian et al., 2021 dalam Sidarta et al., 2025)

2. Demensia vascular

Demensia vaskular disebabkan oleh aliran darah ke otak yang berkurang, sering kali disebabkan oleh stroke, serangan iskemik

sementara (transient ischemic attacks-TIA), atau penyakit pembuluh darah kecil kronis. Kondisi ini menyebabkan gangguan kognitif akibat kematian neuron yang diinduksi iskemia dan kerusakan materi putih. Berdasarkan ketiga hal tersebut diatas, mekanisme demensia dapat disebabkan oleh: kerusakan iskemik, yaitu penyumbatan di pembuluh darah yang mengakibatkan kekurangan pasokan oksigen dan glukosa sehingga mengakibatkan kematian neuron; kerusakan pada pembuluh darah kecil menyebabkan mikroinfark dan lesi materi putih, yang mengganggu konektivitas neuronal; kerusakan vaskular yang melemahkan blood brain barrier (BBB) dan berlanjut pada masuknya sel-sel pencetus inflamasi dan zat toksik masuk ke otak sehingga memperburuk neuroinflamasi. (Zlokovic et al., 2020 dalam Sidarta et al., 2025)

3. Demensia campuran

Demensia campuran mengacu pada demensia yang diakibatkan oleh dua atau lebih jenis demensia secara bersamaan. Kombinasi yang paling umum adalah demensia akibat penyakit Alzheimer dan demensia vaskular. Dalam demensia campuran, Kombinasi dari plak beta amiloid, tau tangles, dan patologi dari demensia vaskular menyebabkan penurunan kognitif yang lebih parah dibandingkan demensia yang disebabkan oleh salah satu kondisi saja. Masalah vaskular memperburuk patologi Alzheimer dengan meningkatkan deposisi beta-amiloid dan menginduksi inflamasi, sementara neurodegenerasi terkait Alzheimer dapat memperburuk kesehatan vaskular. Demensia

campuran sering kali menyulitkan diagnosis dan pengobatan, membutuhkan pendekatan multidisiplin untuk menangani patologi yang kompleks.(De Reuck, 2020 dalam Sidarta et al., 2025)

4. Demensia dengan badan Lewy

Pada demensia Lewy body terjadi akumulasi Lewy body di area kortikal pada otak yang berkontribusi pada gangguan memori, perhatian, dan fungsi eksekutif. Sementara pada penyakit Parkinson yang disebabkan oleh Lewy body, akumulasi protein tersebut terjadi pada daerah subkortikal sehingga mengakibatkan gejala motorik seperti bradikinesia, kekakuan, dan tremor saat istirahat. Seiring waktu, banyak individu dengan Parkinson juga mengalami gangguan kognitif yang menyerupai demensia Lewy body (Pena Bautista et al., 2023 dalam Sidarta et al., 2025)

2.3.3 Etiologi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi lansia mengalami demensia :

1. Hipertensi

Hipertensi usia pertengahan dan hipertensi usia lanjut adalah faktor risiko yang signifikan untuk timbulnya dementia vaskular pada usia lanjut. kerusakan materi otak dengan gangguan kognitif terkait dengan status hipertensi jangka panjang. Hipertensi secara signifikan terkait dengan peningkatan insiden demensia di kalangan pria.

2. Kebiasaan merokok

Ditetapkan bahwa perokok menunjukkan peningkatan risiko demensia, dan berhenti merokok mengurangi risiko. Kebiasaan dari

merokok dan minum alkohol secara teratur pada usia paruh baya memiliki dampak yang jauh lebih kuat daripada faktor individu pada risiko gangguan kognitif pada usia lanjut. Merokok di usia tua semakin meningkatkan terjadinya demensia.

3. Usia (Lansia)

Usia 71-80 tahun menunjukkan peningkatan risiko mengalami demensia. Peran usia sebagai faktor risiko demensia telah disorot dalam beberapa penelitian. Faktanya, prevalensi demensia meningkat seiring bertambahnya usia sebagaimana diamati dalam pengaturan klinis dan selama studi populasi. Beberapa penurunan fungsi tubuh akibat menua menunjukkan hubungannya dengan kejadian demensia.

4. Penderita diabetes

Diabetes menjadi salah satu faktor risiko demensia yang merupakan efek dari kardiometabolik. Antisipasi diabetes menunjukkan bahwa terjadi penurunan tingkat kejadian demensia. Diabetes menjadi faktor risiko yang sering dijumpai pada lansia dengan demensia.

5. Riwayat keluarga demensia

Riwayat orang tua demensia meningkatkan risiko demensia, terutama ketika usia saat diagnosis orang tua <80 tahun.

6. Faktor pendidikan

Pendidikan yang rendah menjadi faktor risiko untuk mempercepat penurunan ingatan dan terjadinya demensia. Dampaknya akan lebih terasa Ketika berada pada usia lanjut. Penelitian lainnya juga

menemukan keterkaitan pendidikan dengan kejadian demensia, meski tidak terlalu signifikan.

7. Gangguan pola tidur

Gangguan tidur sangat umum terjadi pada lanjut usia dan perubahan pola tidur ini dikenal sebagai faktor risiko untuk pengembangan di masa depan dari gangguan kognitif ringan (MCI) dan demensia. Adanya interaksi antara siklus tidur-bangun yang memburuk dan demensia. Pengamatan ritme tidur-bangun seperti itu dapat memberikan informasi penting tentang timbulnya penurunan kognitif, bahkan bertahun-tahun sebelum onset klinis demensia.(Nurmalisyah et al., 2020)

2.3.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis demensi yaitu berupa masalah dengan pemikiran, penalaran, ingatan, penilaian, dan perencanaan; kesulitan mempelajari keterampilan baru; manajemen diri dan melakukan kegiatan sehari-hari : perubahan perilaku dan suasana hati : perubahan kemampuan berbicara, memahami, dan mengekspresikan kata-kata, kemampuan fokus dan memperhatikan; impulsif, halusinasi, ketidakpercayaan, dan ketakutan; pertanyaan dan percakapan yang diulang-ulang serta perubahan kepribadian (National Institute of Health, 2021 dalam Hong et al., 2024)

2.3.5 Pengukuran demensia

MMSE digunakan untuk skrining dan monitoring perkembangan demensia dan delirium, serta digunakan secara luas untuk pengukuran fungsi kognitif secara umum. MMSE berkorelasi baik dengan skor uji skrining kognitif yang lain. Pemeriksaan status mental MMSE Folstein

adalah uji yang paling sering dipakai saat ini. Instrumen ini memiliki nilai maksimal 30, cukup baik dalam mendeteksi gangguan kognitif, menetapkan data dasar, dan memantau penurunan kognitif dalam kurun waktu tertentu. Skor MMSE normal adalah 24-30. Bila skor kurang dari 24, maka mengindikasikan gangguan fungsi kognitif. Instrumen ini disebut mini karena hanya fokus pada aspek kognitif dari fungsi mental dan tidak mencakup pertanyaan tentang mood, fenomena mental abnormal, dan pola pikiran. MMSE menilai sejumlah domain kognitif, orientasi ruang dan waktu, memori jangka pendek dan memori kerja, atensi dan kalkulasi, penamaan benda, pengulangan. kalimat, pelaksanaan perintah, pemahaman dan pelaksanaan perintah menulis, pemahaman dan pelaksanaan perintah verbal, perencanaan dan praksis. Instrumen ini direkomendasikan. sebagai skrining untuk penilaian kognitif global oleh American Academy of Neurology (AAN) (Murtiyani dkk, 2017 dalam Sunarti et al.,2019)

2.3.6 Pemeriksaan Penunjang

Dalam penegakan diagnosis penyakit Alzheimer, juga dilakukan pemeriksaan penunjang :

1. Neuropatologi
2. Neuropsikologik
3. CT (Computerised Tomography)Scan
4. MRI (Magnetic Resonance Imaging
5. EEG (Elektroensefalogram)
6. PET (Position Emission Tomography)
7. SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography)

(Bahan Ajar 1 Penyakit Alzheimer, 2013 dalam Sianturi, 2021)

2.3.7 Penatalaksanaan Medis

Pengobatan demensia bertujuan untuk membantu penderita beradaptasi dengan kondisinya, menghambat gejala yang muncul, dan menghindari komplikasi. Berikut adalah prosedur yang dapat digunakan sebagai pengobatan untuk demensia:

1. Terapi Farmakologi

- a. Antipsikotik Penggunaannya dicadangkan sebagai upaya terakhir untuk gangguan perilaku refrakter yang parah tanpa penyebab yang dapat diobati (misalnya, agresi parah, agitasi, atau psikosis bukan karena delirium, nyeri, atau infeksi) atau ketika ada risiko serius yang tidak dapat diperbaiki dengan cara lain.

2. Terapi Non-Farmakologi

- a. Teknik holistik Reminiscence therapy atau terapi kenangan Terapi ini dilakukan dengan memunculkan ingatan tentang peristiwa masa lalu melalui alat-alat bantu seperti foto-foto, barang yang familiar dari masa lalu, musik, ataupun film. Terapi ini mendorong penderita agar berbicara mengenai kenangan masa lalunya untuk mengurangi gangguan kognitif dengan intervensi penerapannya dilakukan sekali dalam seminggu (Cammisuli et al., 2016 dalam Inayah, 2023)

3. Terapi Validasi

Merupakan terapi dengan metode berkomunikasi dengan penderita DA yang berfokus pada validasi kepribadian dan emosi

dengan menghindari stress, rasa bosan, dan kesepian pada penderita (Berg-Weger & Stewart, 2017 dalam Inayah, 2023)

a. Reality orientation atau berorientasi pada kenyataan Terapi ini bertujuan untuk mengurangi kebingungan dan gangguan perilaku pada pasien DA dengan mengorientasikan individu pada waktu dan tempat. Sesi ini melibatkan fasilitator yang bertugas untuk mempresentasikan informasi pribadi dan terkini kepada penderita melalui media permainan kata, teka-teki dan disampaikan dalam lingkungan sosial dalam kelompok-kelompok kecil (BergWeger & Stewart, 2017 dalam Inayah, 2023)

b. Brief psychotherapy Terapi psikodinamik Pendekatan psikodinamik ini lebih berfokus untuk mengungkit kembali masa lalu pasien dengan tujuan membangkitkan perasaan senang dan motivasi. Salah satu jenis metode psikodinamik adalah conversation model, bertujuan untuk mengobati depresi, somatisasi, dan pencegahan tindakan pasien menyakiti diri sendiri, serta untuk keperluan identifikasi konflik interpersonal yang mungkin memprovokasi psikis pasien (BergWeger & Stewart, 2017 dalam Inayah, 2023)

4. Terapi Stimultan Kognitif

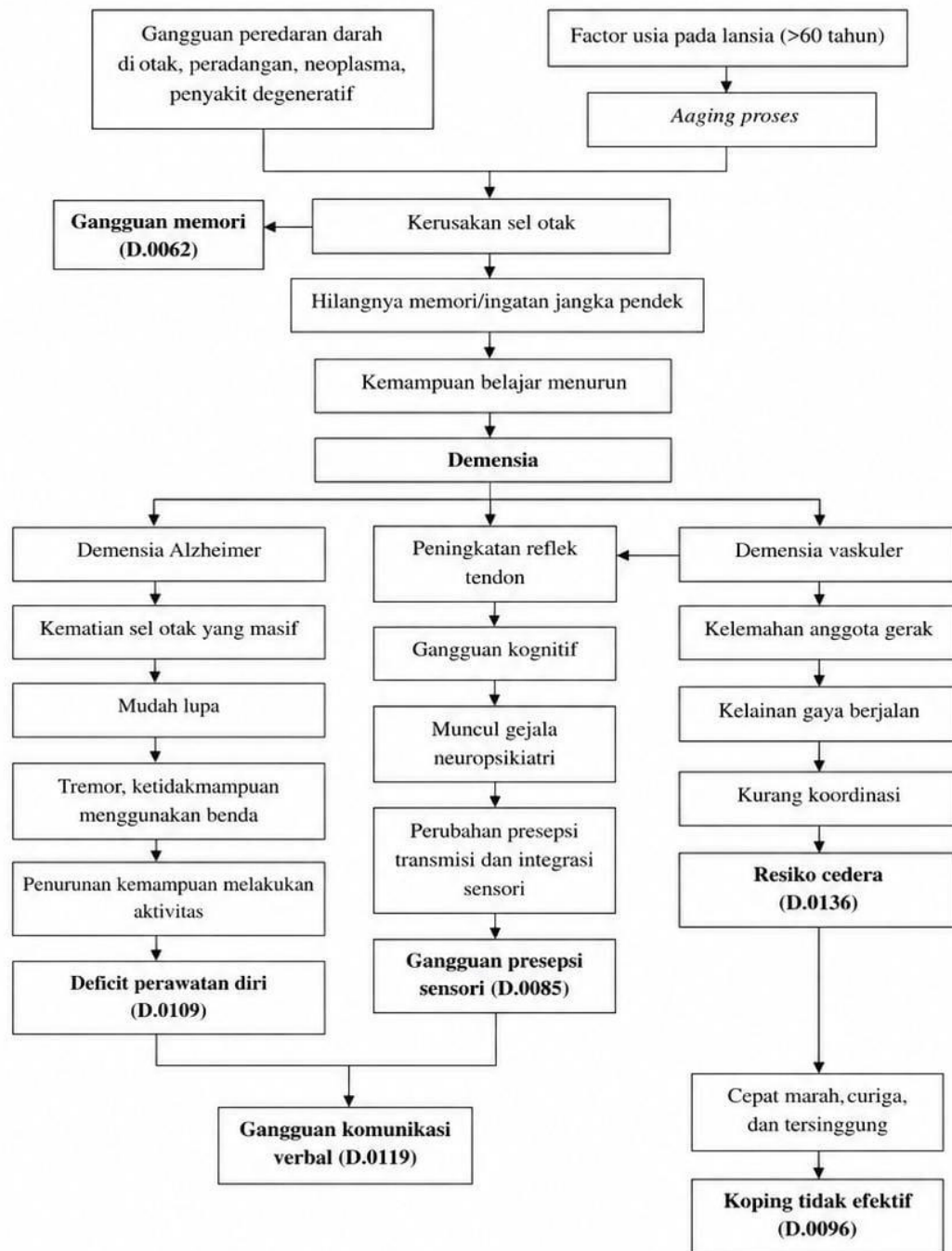
a. Pengambilan jeda atau Spaced Retrieval Pasien dilatih untuk mengingat informasi secara progresif dalam interval waktu yang lebih lama. Dalam hal ini, pasien diberikan instruksi untuk terus mengingat nama dan wajah seseorang selama 6 bulan untuk

memperbaiki kerusakan memori pada pasien DA (Berg-Weger & Stewart, 2017 dalam Inayah, 2023)

2.3.8 Patofisiologi

Penyakit degenerative pada otak, gangguan vaskular dan penyakit lainnya, serta gangguan nutrisi, metabolic dan toksisitas secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun subkortikal. Di samping itu, kadar neurotransmitter di otak yang di perlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, emosi dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya, karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan konfusio akut demensia (EDITORIALSTAFF, 2024 dalam Wokas, 2022)

2.3.9 PATHWAY



Sumber : SDKI PPNI (2018)

2.4. Definisi Gangguan Memori

Gangguan kognitif adalah gangguan yang terkait erat dengan fungsi otak, karena kemampuan seseorang untuk berpikir, mengingat, dan memproses informasi dipengaruhi oleh kondisi otak mereka. Dua gangguan kognitif yang umum adalah delirium, yang ditandai oleh perubahan cepat dalam kesadaran dan perhatian, serta demensia, yang melibatkan penurunan yang signifikan dalam fungsi kognitif yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Keduanya memengaruhi kemampuan individu untuk berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. (L. Azizah, 2011 dalam Badriah, 2024)

Gangguan memori adalah ketidakmampuan mengingat informasi atau keterampilan perilaku yang pernah dipelajari atau dialami. (SDKI PPNI, 2017).

2.4.1 Etiologi

Menurut Sulistyaawati & Ari (2023), etiologi pada gangguan memori pada lansia ada beberapa yaitu :

1. Penyakit Alzheimer (gangguan otak).
2. Demensia Vaskular (penurunan suplai darah ke otak).
3. Penyakit Pick (penurunan fungsi otak).
4. Penyakit Creutzfeldt-Jakob (gangguan system saraf).
5. Penyakit Parkinson (perlambatan kognitif) Cedera otak.

2.4.2 Tanda dan Gejala Gangguan Memori

Menurut Standar Diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI PPNI, 2017), tanda dan gejala memori dibagi menjadi 2 yaitu tanda dan gejala mayor dan minor.

1. Gejala dan tanda mayor

a. Subyektif

- 1) Melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa.
- 2) Tidak mampu mempelajari ketrampilan baru.
- 3) Tidak mampu mengingat informasi faktual.
- 4) Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan.
- 5) Tidak mampu mengingat peristiwa.

b. Obyektif

- 1) Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya.

2. Gejala dan tanda minor

a. Subyektif

- 1) Lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan

- 2) Merasa mudah lupa

b. Obyektif (tidak tersedia)

2.5 Definisi Senam Otak

Salah satu upaya untuk menghambat kemunduran kognitif akibat penuaan dan sebagai bentuk stimulasi untuk meningkatkan kemampuan

otak yaitu dengan latihan senam otak. Senam otak adalah serangkaian latihan kognitif yang dirancang khusus untuk merangsang otak, meningkatkan fungsi kognitif, dan memelihara kekuatan mental. Senam otak sangat penting bagi lansia karena otak mereka mengalami perubahan seiring bertambahnya usia (Sumarsih, 2023 dalam Yakub & Ilham, 2025)

Berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa senam otak dapat meningkatkan fungsi kognitif pada lansia. Lansia yang mengikuti program senam otak selama 8 minggu mengalami peningkatan signifikan dalam aspek memori jangka pendek dan perhatian (Purnamasari, 2023). Adanya peningkatan nilai MMSE (Mini Mental State Examination) pada lansia setelah diberikan intervensi senam otak (Noyumala & Musaidah, 2023 dalam Juwari et al., 2025).

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Setiap langkah dalam proses keperawatan memiliki ketergantungan satu sama lain sebagai sebuah kesatuan dengan penjelasan masing-masing, yaitu (Toney-Buttler & Thayer, (2022); Dewi & Rukmi (2022))

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien . Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi

penyakit, diagnosa, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia (Arini, 2023)

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Dalam tinjauan teori, diagnosa yang dapat muncul pada lansia dengan demensia, sebagai berikut:

1. Gangguan Memori (D.0062)

Ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku.

Penyebabnya bisa disebabkan akibat ketidakadekuatan stimulasi serebral, gangguan sirkulasi ke otak, gangguan volume cairan dan atau elektrolit, proses penuaan, hipoksia, gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang), efek agen farmakologis, penyalahgunaan zat, faktor psikologis (mis. Kecemasan, depresi, stress berlebihan, berduka, gangguan tidur) dan distraksi lingkungan.

2. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebabnya bisa disebabkan akibat gangguan muskulokeletal, gangguan neuromuscular, kelemahan, gangguan psikologis dan atau psikotik, dan penurunan motivasi atau minat.

3. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Penyebabnya bisa disebabkan akibat gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut dan pemanjanaan toksin lingkungan.

4. Risiko Cedera (D.0136)

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik. Dengan faktor risiko: Eksternal (Terpapar patogen, zat kimia toksik, agen nosocomial dan ketidakamanan transportasi).

Diagnosis keperawatan yang menjadi fokus utama pada studi kasus ini adalah Gangguan memori berhubungan dengan proses penuaan dibuktikan dengan merasa mudah lupa.

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Terapi non farmkologis dapat dilakukan sendiri oleh lansia secara mandiri. Terapi aktivitas fisik berupa senam otak (Fitri Suciana & Daryani, 2023 dalam Alfiona et al., 2024).

Brain Gym merupakan serangkaian latihan fisik sederhana yang dirancang untuk merangsang aktivitas otak dan meningkatkan fungsi kognitif. Dikenalkan oleh Paul dan Gail Dennison, metode ini bertujuan mengintegrasikan fungsi otak kiri dan kanan melalui gerakan tubuh tertentu. Pada lansia, Brain Gym diyakini dapat membantu menjaga dan meningkatkan kemampuan berpikir, mengingat, serta konsentrasi, yang secara alami akan mengalami penurunan seiring bertambahnya usia. Seiring proses penuaan, penurunan kognitif seperti pelupa, lambat merespon, atau kesulitan fokus menjadi hal yang umum terjadi. Brain Gym dapat menjadi solusi non-farmakologis yang aman dan mudah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut. (Karim & Puspita, 2025)

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat oleh untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan dan pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai.

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien .

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

1. S: Data Subjektif

Keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan Tindakan keperawatan.

2. O: Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A: Analisis/ Assesment

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. P: Perencanaan/ Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana Tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

5. I : Implementasi/ Implementation

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Oleh karena itu klien harus sebanyak mungkin menjadi

bagian dari proses ini. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

6. E : Evaluasi/ Evaluation

Tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi fokus dari ketepatan nilai tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga mencapai tujuan.

7. R: Reassessment

Melakukan pengumpulan data kembali, jika hasil pelaksanaan tindakan tidak sesuai dengan yang diharapkan, maka rencana bisa saja dirubah.

2.7 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Memori

2.7.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien.

1. Pengkajian Keperawatan

1) Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, bangsa/latar belakang kebudayaan, status sipil, pendidikan, pekerjaan dan alamat.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama atau sebab utama yang menyebabkan klien datang berobat (menurut klien dan atau keluarga). Gejala utama adalah kesadaran menurun.

3) Pemeriksaan Fisik

Kesadaran yang menurun dan sesudahnya terdapat amnesia. Tensi menurun, takikardia, febris, BB menurun karena nafsu makan yang menurun dan tidak mau makan, defisit perawatan diri.

4) Spiritual

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

5) Status Mental

Penampilan klien tidak rapi dan tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri. Pembicaraan keras, cepat dan inkoheren. Aktivitas motorik, Perubahan motorik dapat dimanifestasikan adanya peningkatan kegiatan motorik, gelisah, impulsif, manerisme, otomatis, stereotipi.

6) Alam Perasaan

Klien nampak ketakutan dan putus asa.

7) Afek dan Emosi

Perubahan afek terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu karena jika langsung mengalami perasaan tersebut dapat menimbulkan ansietas. Keadaan ini menimbulkan perubahan afek yang digunakan klien untuk melindungi dirinya, karena afek yang telah

berubah memungkinkan klien mengingkari dampak emosional yang menyakitkan dari lingkungan eksternal. Respon emosional klien mungkin tampak bizar dan tidak sesuai karena datang dari kerangka pikir yang telah berubah. Perubahan afek adalah tumpul, datar, tidak sesuai, berlebihan dan ambivalen.

8) Interaksi Selama Wawancara

Sikap klien terhadap pemeriksa kurang kooperatif, kontak mata kurang.

9) Persepsi

Persepsi melibatkan proses berpikir dan pemahaman emosional terhadap suatu obyek. Perubahan persepsi dapat terjadi pada satu atau lebih panca indera yaitu penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecap. Perubahan persepsi dapat ringan, sedang dan berat atau berkepanjangan. Perubahan persepsi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi.

10) Proses Berpikir

Klien yang terganggu pikirannya sukar berperilaku koheren, tindakannya cenderung berdasarkan penilaian pribadi klien terhadap realitas yang tidak sesuai dengan penilaian yang umum diterima. Penilaian realitas secara pribadi oleh klien merupakan penilaian subyektif yang dikaitkan dengan orang, benda atau kejadian yang tidak logis (Pemikiran autistik). Klien tidak menelaah ulang kebenaran realitas. Pemikiran autistik dasar perubahan proses pikir yang dapat dimanifestasikan dengan pemikiran primitif, hilangnya

asosiasi, pemikiran magis, delusi (waham), perubahan linguistik (memperlihatkan gangguan pola pikir abstrak sehingga tampak klien regresi dan pola pikir yang sempit misalnya ekholali, clang asosiasi dan neologisme.

11) Tingkat Kesadaran

- a. Memori: Gangguan daya ingat sudah lama terjadi (kejadian beberapa tahun yang lalu).
- b. Tingkat konsentrasi: Klien tidak mampu berkonsentrasi.
- c. Kemampuan penilaian: Gangguan berat dalam penilaian atau keputusan.

12) Kebutuhan Klien Sehari-hari

- a. Tidur, klien suka tidur karena cemas, gelisah, berbaring atau duduk dan gelisah. Kadang-kadang terbangun tengah malam dan sukar tidur kembali. Tidurnya mungkin terganggu sepanjang malam, sehingga tidak merasa segar di pagi hari.
- b. Selera makan, klien tidak mempunyai selera makan atau makannya hanya sedikit, karena putus asa, merasa tidak berharga, aktivitas terbatas sehingga bisa terjadi penurunan berat badan.
- c. Eliminasi, Klien mungkin terganggu buang air kecilnya, kadang-kadang lebih sering dari biasanya, karena sukar tidur dan stres. Kadang-kadang dapat terjadi konstipasi, akibat terganggu pola makan.

13) Mekanisme Koping

Apabila klien merasa tidak berhasil, kegagalan maka ia akan menetralkan, meningkari atau meniadakannya dengan mengembangkan berbagai pola koping mekanisme. Ketidakmampuan mengatasi secara konstruktif merupakan faktor penyebab primer terbentuknya pola tingkah laku patologis. Koping mekanisme yang digunakan seseorang dalam keadaan delirium adalah mengurangi kontak mata, memakai kata-kata yang cepat dan keras (ngomel-ngomel) dan menutup diri.

2. Pengkajian Pada Lansia

1. Indeks Katz

Merupakan sebuah alat ukur bagi perawat untuk dapat melihat status fungsi pada klien usia lanjut dengan mengukur kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Dapat juga untuk mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan menyusun intervensi keperawatan. Adapun aktivitas yang dinilai menurut (Lestari & Ritonga, 2018) adalah Bathing, Dressing, Toileting, transferring, continence dan feeding.

2. Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Merupakan pengkajian status mental pada lansia dengan memberikan beberapa pertanyaan sederhana.

3. MMSE (Mini Mental Status Exam)

Mini mental state examination (MMSE) adalah pemeriksaan kognitif yang menjadi bagian rutin pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis demensia. Pemeriksaan ini diindikasikan terutama pada

klien lanjut usia yang mengalami penurunan fungsi kognitif, kemampuan berpikir, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Proses deteriorasi ini umumnya disertai dengan perubahan status mental yakni mood dan emosi, juga disertai perubahan perilaku (Creavin).

4. IDB (Inventaris Depresi Back)

Alat pengukur status efektif digunakan untuk membedakan jenis depresi yang mempengaruhi suasana hati.

2.7.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah dikumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada klien khususnya lansia baik itu aktual, risiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada klien dirumuskan dalam bentuk diagnose keperawatan dengan menggunakan panduan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017).

Dalam tinjauan teori, diagnose yang dapat muncul pada lansia dengan demesia, adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Memori (D.0062)

1) Definisi :

Ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku.

2) Penyebab :

- a. Ketidakadekuatan stimulasi intelektual.
- b. Gangguan sirkulasi ke otak .
- c. Gangguan volume cairan dan/atau elektrolit.
- d. Proses penuaan.

- e. Hipoksia.
- f. Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang).
- g. Efek agen farmakologis.
- h. Penyalahgunaan zat.
- i. Faktor psikologis (mis. kecemasan, depresi, stress berlebihan, berduka, gangguan tidur).
- j. Distraksi lingkungan.

3) Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

- a. Melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa.
- b. Tidak mampu mempejari keterampilan baru.
- c. Tidak mampu mengingat informasi faktual.
- d. Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan.
- e. Tidak mampu mengingat peristiwa.

2) Objektif

- a. Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya

4) Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

- a. Lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan
- b. Merasa mudah lupa

2.7.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia. Ada 2 langkah dalam tahap intervensi yaitu menetapkan tujuan dan kriteria hasil dengan menggunakan panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) serta mengidentifikasi Tindakan yang akan dilakukan dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Table 1 2.7.3 Teori Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Memori (D.0062)	Memori (L.09079) Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan memori meningkat dengan kriteria hasil: 1) Verbalisasi kemampuan mempelajari hal baru meningkat. 2) Verbalisasi kemampuan mengingat informasi factual meningkat 3) Verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan meningkat 4) Verbalisasi kemampuan	Latihan Memori (I.06188) Observasi: 1. Identifikasi masalah memori yang dialami 2. Identifikasi terhadap orientasi 3. Monitor kesalahan perilaku dan perubahan memori selama terapi Terapeutik 4. Rencanakan metode mengajar sesuai kemampuan klien. 5. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan, jika perlu. 6. Koreksi kesalahan

		mengingat peristiwa meningkat 5) Melakukan kemampuan yang dipelajari meningkat 6) Verbalisasi pengalaman lupa menurun 7) Verbalisasi jadwal menurun 8) Verbalisasi mudah lupa menurun	orientasi 7. Fasilitasi mengingat kembali pengalaman masa lalu, jika perlu. 8. Fasilitasi tugas pembelajaran (mis. mengingat informasi verbal dan gambar). 9. Fasilitasi kemampuan konsentrasi (mis. senam otak). 10. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi (mis. bertanya kemana sajaia pergi hari – hari ini), jika perlu Edukasi 11. Jelaskan latihan dan prosedur latihan 12. Ajarakan teknik memori yang tepat (mis. imajinasi visual, perangkat mnemonik , permainan memori, isyarat memori, teknik asosiasi, membuat daftar, computer, papan nama) Kolaborasi 13. Rujuk pada terapi okupasi, jika perlu
--	--	--	--

2.7.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah dibuat oleh untuk mencapai hasil yang efektif dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, penguasaan dan keterampilan dan pengetahuan harus dimiliki oleh setiap perawat sehingga pelayanan yang diberikan baik mutunya. Dengan demikian rencana yang telah ditentukan tercapai.

2.7.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi itu sendiri.

Kriteria hasil yang diharapkan pada klien dengan gangguan memori meliputi :

1. Klien dapat mengidentifikasi tempat saat ini.
2. Klien dapat mengidentifikasi hari dengan benar.
3. Klien dapat mengidentifikasi bulan dengan benar.
4. Klien dapat mengidentifikasi tahun dengan benar.
5. Klien dapat mengidentifikasi musim dengan benar.
6. Klien dapat mengidentifikasi peristiwa saat ini secara signifikan