BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. **Demensia**

1. Pengertian Demensia

Demensia adalah gejala yang disebabkan oleh penyakit otak yang biasanya bersifat kronis dan progesif. Dimana gangguan dari beberapa fungsi kortikal lebih tinggi, termasuk memori, berpikir, orientasi, pemahaman, perhitungan, belajar, berbahasa, dan penilaian. Gangguan fungsi kognitif terkadang didahului dengan penuaan, pengendalian emosi, perilaku sosial, dan motivasi (Wicitania, 2016).

Demensia adalah suatu sindrom akibat penyakit otak, biasanya bersifat kronik atau progresif serta terdapat gangguan fungsi luhur. Jenis demensia yang paling sering dijumpai yaitu demensia tipe *Alzheimer*, termasuk daya ingat, daya pemahaman, berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, dan daya kemampuan menilai. Kesadaran tidak berkabut dan biasanya disertai rendahnya fungsi kognitif, ada kalanya diawali oleh kemorosotan (*deterioration*) dalam pengendalian emosi, prilaku sosial, atau motivasi, sindrom ini terjadi pada penyakit *Alzheimer*, pada penyakit serebrovaskuler, dan pada kondisi lain yang secara primer atau sekunder mengenai otak (Nisa, 2016).

Demensia adalah sekelompok penyakit dengan ciri-ciri hilangnya ingatan jangka pendek, kemampuan berpikir (kognitif) lain, dan melakukan hal sehari-hari. Demensia ini disebabkan oleh berbagai penyakit dan kondisi yang mengakibatkan sel-sel otak yang rusak atau koneksi antara sel otak (*Alzheimer's*, 2016).

2. Tipe-tipe Demensia.

Aisyah (2016) membedakan Tipe-tipe demensia menjadi beberapa jenis yaitu:

a. Demensia tipe *Alzheimer*

Alois Alzheimer pertama kali menggambarkan satu kondisi yang selanjutnya dalam tahun (1970), menggambarkan wanita berusia 51 tahun dengan perjalanan demensia progresif 4,5 tahun. Diagnosis akhir penyakit *Alzheimer* didasarkan pada pemeriksaan neuropatologi otak. Faktor genetik dianggap berperan sebagian dalam perkembangan penyakit demensia ini.

Observasi makroskopis neuroanatomik klasik pada otak dari seorang pasien dengan penyakit *Alzheimer* adalah antrofi difus dan pembesaran ventrikel serebal serta timbulnya bercak-bercak senilis, kekusutan neurofibriler, hilangnya neuronal, dan degenerasi granulovaskular pada neuron.

b. Demensia vaskuler

Penyebab pertama dari demensia vaskuler dianggap adalah penyakit vaskuler serebral yang *multiple*, yang menyebabkan suatu pola gejala demensia. Demensia vaskuler paling sering terjadi pada laki-laki, khususnya mereka yang mengalami hipertensi yang telah ada sebelumnya atau faktor resiko kardiovaskuler lainnya. Penyakit *pick* ditandai oleh atrofi yang lebih banyak dalam darah frontotemporal. Darah tersebut juga mengalami kehilangan neuronal, yang merupakan massa elemen sitoskeletal. Penyakit *pick* berjumlah kira-kira 5 persen dari semua demensia yang *irreversibel*. Penyakit *pick* sangat sulit dibedakan dengan demensia tipe *Alzheimers*, walapun stadium awal penyakit *pick*

lebih sering ditandai dengan perubahan kepribadian dan prilaku, dengan fungsi kognitif lain yang relative bertahan.

c. Demensia berhubungan dengan HIV

Infeksi dengan *human immunodeficiency virus* (HIV) sering kali menyebabkan demensia dan gejala psikiatrik lainnya. Pasien yang terinfeksi dengan HIV mengalami demensia dengan angka tahunan 14 persen. Perkembangan demensia pada pasien yang terinfeksi HIV sering disertai tampaknya kelainan parenkimal.

d. Demenisa yang berhubungan dengan trauma kepala

Demensia dapat dari trauma kepala, demikian juga berbagai sindrom neuropsikiatrik.

3. Faktor yang mempengaruhi demensia

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kejadian demensia pada lansia. Faktor-faktor di uraikan sebagai berikut:

a. Umur

Umur merupakan faktor resiko utama terhadap kejadian demensia pada usia lanjut. Hubungan ini sangat berbanding lurus yaitu bila semakin meningkatnya umur, semakin tinggi pula resiko terjadinya demensia. Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam kehidupan manusia. Manusia yang memasuki tahap ini ditandai dengan menurunnya kemampuan kerja tubuh akibat perubahan atau penurunan fungsi organ-organ tubuh, semakin usia yang bertambah akan semakin rentan pula terkena penyakit (Aisyah, 2016).

b. Jenis kelamin

Demensia lebih banyak dialami perempuan, bahkan saat populasi perempuan lebih sedikit dari laki-laki, kejadian demensia pada perempuan lebih besar dibandingkan laki-laki. Akan tetapi tidak ada perbedaan signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian demensia, hal ini menunjukan bahwa laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang sama untuk berkembangnya demensia (Alzheimers's disease, 2011)

c. Genetik

Sebagian pasien demensia memiliki genetik demensia dari faktor keturunan. Namun pada sebagian orang yang memliki gen demensia hanya sedikit gennya yang berkembang menjadi demensia. Penyakit *Alzheimers* (AD) merupakan penyakit genetik heterogen; dikaitkan dengan satu *susceptibility (risk)* gene dan tiga *determinative (disease) genes*. *Susceptibility (risk)* gene yang diketahui ialah alel apolipoprotein E$_{\epsilon}$4 (APOE $_{\epsilon 4}$) di kromosom 19 pada $_{q}$13. Hal ini harus dilakukan pemeriksan secara detail agar mengetahui faktor ini terjadi pada lanjut usia (Alzheimers's, 2011)

d. Pola makan

Kebutuhan lanjut usia semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia. Pada usia 40-49 tahun menurun sekitar 5%, dan pada usia 50-69 tahun menurun hingga 10%, sehingga jumlah makanan yang dikonsumsi akan berkurang dan pola makan tidak teratur, contohnya seperti berat badan akan menurun, dan kekurangan vitamin dan mineral (Fatmah, 2016).

e. Riwayat penyakit

Penyakit infeksi dan metabolisme yang tidak ditangani serta diabaikan dapat memicu terjadinya demensia seperti tumor otak, penyakit kardiovaskuler

(seperti hipertensi dan *atherosclerosis*), gagal ginjal, penyakit hati, penyakit gondok. Penyakit penyebab demensia dibagi menjadi 3 kelompok meliputi demensia idiopatik, demensia vaskuler, dan demensia sekunder. Demensia idiopatik contohnya seperti penyakit *Alzheimers*, penyakit *Hungtiton*, penyakit *pick* yang terjadi pada lobus frontal, dll. Demensia vaskuler contohnya demensia multi-infark, pendarahan otak non-traumatik dengan demensia dan pada demensia sekunder terjadi karena infeksi, gangguan nutrisi, gangguan auto-imun, trauma, dan *stress* (Aisyah, 2016).

f. Status gizi

Status gizi yang baik menjadikan seseorang dapat memiliki tubuh yang sehat dan menjaga sistem dalam tubuh bekerja secara baik pula. Pada masa lansia adanya penurunan fungsi tubuh yang diakibatkan oleh umur, penyakit dan salah satunya status gizi. Asupan makanan yang kurang bergizi bagi para lansia mengakibatkan penurunan sistem dalam tubuh. Zat gizi makro diketahui berkaitan dengan kejadian demensia pada lansia, terutama vitamin B kompleks. Kekurangan vitamin B kompleks pada lansia dapat meningkatkan resiko terjadinya demensia. Ini menunjukan bahwa buruknya status gizi secara tidak langsung dapat mengakibatkan munculnya resiko demensia pada lansia (Pratiwi, 2014).

4. Pengukuran demensia

Menurut Kaplan (2010), ada beberapa tes yang dapat membantu mendiagnosis demensia, misalnya *Mini Mental State Examination* (MMSE). Kriteria diagnostik untuk demensia, yaitu:

a. Kemampuan intlektual menurun sedemikian rupa sehingga mengganggu pekerjaan dan lingkungan.

b. Defisit kognitif selalu melibatkan memori, biasanya didapatkan kemampuan berpikir abstrak, menganalisis masalah, pertimbangan terganggu, dan perubahan kepribadian.

c. Sadar saat melakukan wawancara dengan mewancarai penderita, ada beberapa yang dapat ditelusuri seperti waktu menanyakan nama, alamat, pekerjaan, umur, tanggal lahir dan riwayat penyakit. Dengan pernyataan ini dapat memperoleh kesan mengenai memori, kelancaran bahasa, dan mengucapkan kata-kata. Dapat juga menanyakan apakah responden merasa tidak sehat, mengalami kekurangan, apakah responden menyadari penderitaannya. Kuesioner MMSE ini terdapat beberapa pernyataan tentang ingatan. Masing-masing pertanyaan mempunyai nilai 0 sampai 5. Kategori demensia normal responden harus mempunyai nilai 24-30, kategori probable gangguan kognitif mempunyai nilai 17-23, dan untuk kategori definite mempunyai nilai 0-16. Dengan kuesioner ini peneliti dapat mengetahui seberapa banyak responden yang mengalami demensia.

B. **Status gizi**

1. Pengertian status gizi

Status gizi adalah keadaan seimbang antara zat gizi yang dikonsumsi dengan pengeluaran zat gizi tersebut. Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2014). Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari nutriture dalam bentuk variabel tertentu salah satu contohnya adalah gondok endemik merupakan keadaan tidak seimbangnya pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh (Supariasa, 2014).

2. Penilaian status gizi

Menurut (Supariasa, 2012), pada dasarnya penilaian status gizi dapat dibagi 2 yaitu secara langsung dan tidak langsung.

a. Penilaian status gizi secara langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penialaian yaitu: Antropometri, klinis, biokimia, biofisik. Secara umum atropometri artinya ukuran tubuh manusia. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Pemeriksaan klinis metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi terkait kecukupan gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rabut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penilaian stastus gizi dengan biokima adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratorium yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti otot dan hati. Metode ini digunakan sebagai peringatan bahwa kemungkinan akan terjadinya keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur jaringan.

b. Penilaian status gizi secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

1) Survei konsumsi makanan merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan zat gizi yang dikonsumsi.

2) Statistik vital merupakan pengukuran dengan menganalisi data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu.

3) Faktor ekologi digunakan untuk mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya.

3. Cara penilaian satatus gizi

a. Penilaian status gizi dilakukan secara antropometri yaitu pengukuran tubuh manusia, dan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri merupakan metode yang paling umum digunakan dalam pengukuran satatus gizi (Supariasa, 2012). Pengukuran antropometri ada beberapa indikator yang dapat digunakan untuk menilai status gizi diantaranya (BB/U) berat badan menurut umur, (TB/U) tinggi badan menurut umur, dan (IMT/U) berat badan menurut tinggi badan (Anggreni, 2014).

b. Penilaian status gizi dengan cara menghitung IMT atau indeks massa tubuh. Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah parameter yang ditetapkan oleh WHO (Badan Kesehatan Dunia) sebagai perbandingan berat badan dengan kuadrat tinggi badan IMT ditentukan dengan cara mengukur berat dan tinggi badan secara terpisah

kemudian nilai berat dan tinggi tersebut dibagikan untuk mendapat nilai IMT dalam satuan kg/m^2 . nilai IMT diberikan atas lima kriteria yaitu kurus berat (<17 kg/m^2), kurus ringan (17.0-18.4 kg/m^2), normal (18.5-25.0 kg/m^2), gemuk (25.1-27.0 kg/m^2), obesias (>27 kg/m^2) (Situmorang, 2015).

c. Penilaian status gizi dengan cara *Mini Nutritional Assessment* (MNA). *Mini Nutritional Assessment* (MNA) merupakan salah satu alat ukur atau skrining yang digunakan untuk menentukan status gizi pada lansia. MNA banyak digunakan karena sangat sederhana dan mudah dalam pelaksananya. Ketika melakukan skrening dengan menggunakan MNA dengan bentuk kueisioner, terdapat beberapa pertanyaan yang masing-masing memiliki nilai dari 0-3. Seluruh pertanyaan yang dijawab oleh responden akan di akumulasikan dalam bentuk skor, skor inilah yang akan menjadi nilai apakah responden memiliki status gizi yang baik atau beresiko mengalami malnutrisi. Berikut adalah kategori skor dari kuisioner MNA, yaitu : Skor 12-14: status gizi baik, skor 8-11: beresiko malnutrisi, skor 0-7: malnutrisi.

Darmojo (2010) dalam penelitian yang dilakukan pada 200 pasien preoperasi gastrointestinal menunjukkan bahwa MNA dapat dilakukan oleh klinis terlatih, mempunyai reprodusibilitas tinggi dan dapat menskrining pasien yang mempunyai resiko malnutrisi.

Kesimpulan pemeriksaan *Mini Nutritional Assessment* (MNA) adalah menggolongkan pasien atau lansia dalam keadaan status gizi baik, beresiko malnutrisi, ataukah malnutrisi berat. MNA mempunyai dua bagian besar yaitu sceening dan assessment, dimana penjumlahan semua skor akan menentukan

seorang lansia pada ststus gizi baik, beresiko malnutrisi, atau beresiko underweight (Darmojo, 2010).

C. **Lansia**

1. Pengertian

Lanjut usia (lansia) adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tahap-tahap kehidupannya, yaitu *neonates, toddler, pra school, school*, remaja, dewasa, dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun pisikologis (Padila, 2017).

Lansia adalah satu kelompok rawan dalam keluarga, pembinaan lansia sangat memrlukan perhatian khusus sesuai dengan keberadaanya, dimana individu menjadi tua dan seluruh organ tubuh mulai tidak berfungsi dengan baik (Hadi, 2017).

2. Klasifikasi

Menurut WHO lansia di bedakan menjadi 3 kategori, yaitu: a) Usia lanjut 60-74 tahun, b) Usia tua 75-89 tahun,dan c) Usia sangat lanjut >90 tahun.

Menurut Depkes RI lansia dibagi sebagai berikut: a) Kelompok menjelang usia lanjut (45-54 th) sebagai masa virilitas, b) Kelompok usia lanjut (55-64 th) sebagi masa presenium, dan c) Kelompok usia lanjut (>65 th) sebagai masa senium (Qurniawati,2018).

3. Perubahan-perubahan pada lansia.

a. Fisiologis

Secara umum fungsi kognitif dan psikomotorik pada orang lanjut usia mengalami penurunan. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain, yang menyebabkan reakasi dan prilaku lanjut usia menjadi semakin lambat. Sementara fungsi psikomotorik berpengaruh pada dorongan kehendak seperti tindakan, gerakan, dan koordinasi yang berakibat bahwa lanjut usia kurang cekatan. Ketahanan, kekuatan, dan kelenturan otot rangka akan semakin berkurang pada masa ini. Hal ini kemudian mengakibatkan tulang leher beserta kepala terlihat menunduk ke depan. Di sisi lain, terjadi pembelokan pada tulang belakang atau bisa disebut *kifosis*. Begitu pula dengan panggul, dan lutut yang mengalami fleksi. Kondisi ini tentu saja dapat menggangu gerak orang lanjut usia, sebab tak lagi bebas menggerakkan seluruh tubuhnya seperti sedia kala (Ratnawati, 2018).

b. Saluran pencernaan

Terjadi perubahan-perubhan pada kemampuan *digesti* dan *absorbs* akibat hilangnya *apoid endogen* dan efek *kolesistokin* yang berlebihan. Hal ini yang menyebabkan anoreksia pada usia lanjut. Selain itu akan muncul pula hipoklorhidria yang menjadi penyebab sel-sel parietal. Mukosa lambung mengalami penurunan absorsi kalsium dan *non-hem-iron*. Terjadi pula *overgrowth* bakteri yang akan menurunkan bioavailabilty $_{B12}$, malabsorbsi lemak, fungsi asam empedu yang menurun dan diare. Hal lain yang juga kerap terjadi adalah penurunan motilitas usus, hingga terjadi konstipasi (Ratnawati, 2018).

c. Rongga mulut

Pada orang lanjut usia memiliki masalah pada rongga mulut. Biasanya terjadi pada bagian gigi, gusi, dan lidah. Gigi yang tanggal tidak selalu disebabkan oleh usia lanjut, melainkan dapatterjadi karena perawatan gigi yang kurang tepat. Penyakit peridonsia dan gigi palsu yang tidak tepat akan makin memberikan rasa sakit dan tak nyaman saat mengunyah. Selain itu sekresi ludah juga menurun hingga terjadi gangguan pengunyahan dan penelanan. Jika gigi geligi dapat menggangu hubungan oklusi gigi atas dan bawah. Hal ini akan mengakibatkan daya kunyah menurun, dari yang semula maksimal mencapai maksimal 300 *poinds per square inch* dapat mencapai 50 *pounds per square inch*. Selain itu, akar gigi juga dapat terbuka jika terjadi *atropi ginggiva* dan *procesusu alveolaris*. Akibatnya akan terasa sakit semakin memperparah bersamaan dan penurunan daya kunyah (Darmojo, 2018).

d. Esofagus

Bagian yang berfungsi menyalurkan makan dari faring ke lambung disebut *esophagus*. Gerkannya diatur secara khusus untuk fungsi tersebut (Gyuton & Hall, 2004). Pada lanjut usia reseptor pada esophagus kurang *sensitive* dengan adanya makanan. Hal ini menyebabkan kemampuan *peristaltic esophagus* mendorong makanan ke lambung menurun sehingga pengosongan *esophagus* terlambat (Darmojo, 2010). Esophagus berupa pengerasan *sfingter* bagian bawah sehingga sukar mengendur (relaksasi) dan mengakibatkan *esophagus* melebar. Hal ini mengakibatkan keterlambatan pengosongan *esophagus* dan tidak jarang berlanjut parah menjadi hernia histal. (Qurniawati, 2018)

e. Lambung

Motilitas lambung dan pengosongan lambung menurun seiring dengan meningkatnya usia. Lapisan lambung pada lanjut usia dengan sendirinya akan menipis. Di atas usia 60 tahun, sekresi HCL, dan pepsin berkurang. Akibat yang ditimbulkan adalah penyerapan vitamin dan zat besi kurang sehingga menimbulkan terjadinya osteomalasia dan osteoporosis (Ratnawati, 2018).

f. Usus

Meski penyerapan zat gizi masih dalam batas normal, namun pada masa ini berat total usus halus telah berkurang. Pada masa lanjut usia usus halus akan menampung kolonisasi bakteri dengan gastritis *atrofi* yang dapat menghambat penyerapan vitamin B. selain itu, motilititas usu halus dan usu halus terganggu sehingga menyebabkan konstipasi sering terjadi (Qurniawati, 2018).

g. Sistem endoktrin

Perubahan pada endokrin menyebabkan perubahan kecepatan dan jumlah sekresi, respo terhadap stimulasi dan struktur kelenjar endoktrin. Talbert menemukan bahwa pada usia diatas 60 tahun sekresi testoteron akan menurun (Qurniawati, 2018)

h. Sistem pernapasan

Terjadi pembesaran pada diameter *antroposterior* paru sehingga menimbulakan *"barrel chest".* Gangguan kelenturan juga terjadi pada paru yang selanjutnya akan menurunkan kapasitas vital. Hal ini disebabkan oleh *osteoporosis* yang progresif dan *kifosis.* Semua perubahan pada akhirnya akan menurunkan fungsi paru dan tampak sebagai enfisema pada hasil foto rontgen (Qurniawati, 2018).

i. Komposisi tubuh

Status gizi dan tingkat kebugaran jasmani merupakan penentu dari komposisi tubuh. Akibat penuaan, massa otot menjadi berkurang sedangkan massa lemak semakin bertambah. Penurunan massa otot jelas mempengaruhi penurunan kebutuhan energi. Keseimbangan energi pada akhirnya akan berpengaruh pada menurunnya aktivitas fisik. Pemahaman akan berhubungan dengan berbagai keadaan tersebut penting dalam membantu lansia mengelola berat badan mereka (Darmojo, 2010)

j. Metabolisme tubuh

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan seperti penurunan produksi sebagai penurunan fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, (kepekan rasa lapar menurun), *liver* (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah. Kholifah, N, S (2016). Penurunan metabolisme tubuh pada lansia salah satunya pergerakan usus menjadi lebih lambat, sehingga menjadi lebih cepat merasa kenyang. Selain itu, penyerapan vitamin juga menjadi lambat seperti vitamin D, asam folat, vitamin B_{12}, kalsium seng dan asam lemak, di usus halus.

4. Masalah kesehatan pada lansia

Dalam Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Tahun 2018 di sebutkan masalah-masalah kesehatan yang sering dialami lansia meliputi:

a. *Immobility* (kurang bergerak)

Keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari atau lebih. Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot,

ketidakseimbangan, masalah psikologis, depresi atau demensia. Komplikasi yang timbul adalah luka di bagian yang mengalami penekanan terus menerus timbul lecet bahkan infeksi, kelemahan otot, kontraktur/kekakuan otot dan sendi, infeksi paru-paru dan saluran kemih, konstipasi dan lain-lain. Penanganan : latihan fisik, perubahan posisi secara teratur, menggunakan kasur anti dekubitus, monitor asupan cairan dan makanan yang berserat.

b. *Instability* (insabilitas dan jatuh)

Penyebab jatuh misalnya kecelakaan seperti terpeleset, sinkop/kehilangan kesadaran mendadak, *dizzines*/vertigo, hipotensi orthostatik, proses penyakit dan lain-lain. Dipengaruhi oleh faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien misalnya kekakuan sendi, kelemahan otot, gangguan pendengaran,penglihatan, gangguan keseimbangan, penyakit misalnya hipertensi, DM, jantung, dll) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan misalnya alas kaki tidak sesuai, lantai licin, jalan tidak rata, penerangan kurang, benda-benda dilantai yang membuat terpeleset dll). Akibat yang ditimbulkan akibat jatuh berupa cedera kepala, cedera jaringan lunak, sampai patah tulang yang bisa menimbulkan imobilisasi. Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah: mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin.

c. *Incontinence* Urin dan Alvi (Beser BAB dan BAK)

Inkontinensia urin didefinisikan sebagai keluarnya urin yang tidak dikehendaki dalam jumlah dan frekuensi tertentu sehingga menimbulkan masalah sosial dan atau kesehatan. Inkontinensia urin akut terjadi secara mendadak dapat diobati bila penyakit yang mendasarinya diatasi misalnya infeksi saluran kemih, gangguan kesadaran, obat-obatan, masalah psikologik dan skibala. *Inkontinesia* urin yang menetap di bedakan atas: tipe urgensi yaitu keinginan berkemih yang tidak bisa ditahan penyebabnya overaktifitas/kerja otot detrusor karena hilangnya kontrol neurologis, terapi dengan obat-obatan antimuskarinik prognosis baik, tipe stres kerena kegagalan mekanisme sfingter/katup saluran kencing untuk menutup ketika ada peningkatan tekanan intra abdomen mendadak seperti bersin, batuk, tertawa terapi dengan latihan otot dasar panggul prognosis baik, tipe *overflow* yaitu menggelembungnya kandung kemih melebihi volume normal, post void residu > 100 cc terapi tergantung penyebab misalnya atasi sumbatan/retensi urin.. *Inkontinensia* alvi/fekal sebagai perjalanan spontan atau ketidakmampuan untuk mengendalikan pembuangan feses melalui anus, penyebab cedera panggul, operasi anus/rektum, prolaps rektum, tumor. Pada *inkontinensia* urin untuk menghindari sering mengompol pasien sering mengurangi minum yang menyebabkan terjadi dehidrasi.

d. *Infection* (infeksi)

Pada lanjut usia terdapat beberapa penyakit sekaligus, menurunnya daya tahan/imunitas terhadap infeksi, menurunnya daya komunikasi pada lanjut usia sehingga sulit/jarang mengeluh, sulitnya mengenal tanda infeksi secara dini. Ciri

utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperatur badan, dan hal ini sering tidak dijumpai pada usia lanjut, malah suhu badan yang rendah lebih sering dijumpai. Keluhan dan gejala infeksi semakin tidak khas antara lain berupa konfusi/delirium sampai koma, adanya penurunan nafsu makan tiba-tiba, badan menjadi lemas, dan adanya perubahan tingkah laku sering terjadi pada pasien usia lanjut.

e. *Impairement of hearing, vision and smell* (gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman).

Gangguan pendengaran sangat umum ditemui pada lanjut usia dan menyebabkan pasien sulit untuk diajak komunikasi. Penatalaksanaan untuk gangguan pendengaran pada geriatri adalah dengan cara memasangkan alat bantu dengar atau dengan tindakan bedah berupa implantasi koklea. Gangguan penglihatan bisa disebabkan gangguan refraksi, katarak atau komplikasi dari penyakit lain misalnya diabetes, hipertensi, dll, penatalaksanaan dengan memakai alat bantu kacamata atan dengan operasi pada katarak.

f. *Isolasion* (*Depression*)

Isolation (terisolasi) / depresi, penyebab utama depresi pada lanjut usia adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan, menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan pasien akan merasa hidup sendiri dan menjadi depresi. Beberapa orang dapat melakukan usaha bunuh diri akibat depresi yang berkepajangan.

g. *Inanition* (malnutrisi)

Asupan makanan berkurang sekitar 25% pada usia 40-70 tahun. Anoreksia dipengaruhi oleh faktor fisiologis (perubahan rasa kecap, pembauan, sulit mengunyah, gangguan usus dll), psikologis (depresi dan demensia) dan sosial (hidup dan makan sendiri) yang berpengaruh pada nafsu makan dan asupan makanan.

h. *Inpecunity* (tidak punya penghasilan)

Dengan semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara berlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Usia pensiun dimana sebagian dari lansia hanya mengandalkan hidup dari tunjangan hari tuanya. Selain masalah finansial, pensiun juga berarti kehilangan teman sejawat, berarti interaksi sosial pun berkurang memudahkan seorang lansia mengalami depresi.

i. *Iatrogenik* (penyakit karena pemakaian obat-obatan)

Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak, apalagi sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu yang lama tanpa pengawasan dokter sehingga dapat menimbulkan penyakit. Akibat yang ditimbulkan antara lain efek samping dan efek dari interaksi obat-obat tersebut yang dapat mengancam jiwa.

j. *Insomnia* (sulit tidur)

Dapat terjadi karena masalah-masalah dalam hidup yang menyebabkan seorang lansia menjadi depresi. Selain itu beberapa penyakit juga dapat menyebabkan insomnia seperti diabetes melitus dan gangguan kelenjar thyroid,

gangguan di otak juga dapat menyebabkan insomnia. Jam tidur yang sudah berubah juga dapat menjadi penyebabnya. Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh lansia yaitu sulit untuk masuk kedalam proses tidur, tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, jika terbangun sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun di pagi hari. Agar bisa tidur : hindari olahraga 3-4 jam sebelum tidur, santai mendekati waktu tidur, hindari rokok waktu tidur, hindari minum minuman berkafein saat sore hari, batasi asupan cairan setelah jam makan malam ada nokturia, batasi tidur siang 30 menit atau kurang, hindari menggunakan tempat tidur untuk menonton Tv, menulis tagihan dan membaca.

k. *Immuno-defficiency* (penurunan sistem kekebalan tubuh)

Daya tahan tubuh menurun bisa disebabkan oleh proses menua disertai penurunan fungsi organ tubuh, juga disebabkan penyakit yang diderita, penggunaan obat-obatan,keadaan gizi yang menurun.

l. *Impontence* (gangguan seksual)

Impotensi/ ketidakmampuan melakukan aktivitas seksual pada usia lanjut terutama disebabkan oleh gangguan organik seperti gangguan hormon, syaraf, dan pembuluh darah dan juga depresi

m. *Impaction* (sulit buang air besar)

Faktor yang mempengaruhi: kurangnya gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obat tertentu dan lain-lain. Akibatnya pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi keras dan kering dan pada keadaan yang berat dapat terjadi penyumbatan didalam usus dan perut menjadi sakit.

n. *Intlectual impairement* (gangguan intlektual seperti demensia dan delirium)

Demensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori didapat yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran sehingga mempengaruhi aktifitas kerja dan sosial secara bermakna. Demensia tidak hanya masalah pada memori. Demensia mencakup berkurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pengalaman yang lalu dan juga kehilangan pola sentuh, pasien menjadi perasa, dan terganggunya aktivitas. Faktor risiko : hipertensi, diabetes militus, gangguan jantung, penyekit paru obstruktif kronis dan obesitas. Sindroma derilium akut adalah sindroma mental organik yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan atensi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berfluktuasi. Gejalanya: gangguan kognitif global berupa gangguan memori jangka pendek, gangguan persepsi (halusinasi, ilusi), gangguan proses pikir (diorientasi waktu, tempat, orang),komunikasi tidak relevan**.**

D**. Keterkaitan Antara Status Gizi dan Demensia**

Hasil penelitian Hardiantoa dkk.(2016) yang menemukan adanya perbedaan antara status gizi pada lansia kognitif baik dan buruk di Unit Pelayanan Sosial Lanjut usia Pucang Gading Semarang. Dalam penelitian tersebut, lansia dengan fungsi kognitif buruk. Rata-rata skor IMT pada lansia kelompok kognitif baik adalah 20,96 dan pada kelompok lansia buruk hanya sebesar 17,81 (Noviansyah, 2017)

Hasil penelitian Ramos dkk. (2007) yang juga mengungkapkan adanya hubungan antara kejadian demensia serta penurunan fungsi kognitif dengan status gizi pada lansia. Hasil penelitian klinis tersebut mengungkapkan bahwa insiden

demensia dan penurunan fungsi kognitif berasosiasi dengan kondisi kondisi lain seperti adanya riwayat merokok di masa lalu ternyata juga berpengaruh dalam meningkatkan resiko demensia pada lansia (Noviansyah, 2017)