

BAB II

LANDASAN TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Lansia

a. Definisi

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas (Undang-undang Republik Indonesia tahun 1998). Seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun disebut lanjut usia (*elderly*) (*World Health Organization*, 2016).

b. Klasifikasi

Klasifikasi usia pada lanjut usia terbagi menjadi tiga sebagai berikut:

- 1) *Young old*: 60-74 tahun
- 2) *Middle old*: 75-84 tahun
- 3) *Old old*: 85 tahun lebih (Townsend, 2014).

Penduduk lansia dapat digolongkan menjadi tiga kelompok, yaitu:

- 1) Lansia muda: 60-69 tahun
- 2) Lansia madya: 70-79 tahun
- 3) Lansia tua: 80 tahun ke atas (Badan Pusat Statistik, 2015).

c. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Penuaan

1) Perubahan Fisiologis

Menurut Smeltzer, Bare, Hinkle dan Cheever (2010) proses penuaan mengakibatkan perubahan dari aspek fisiologis pada sistem tubuh seseorang yaitu:

a) Sistem Kardiovaskuler

Penurunan curah jantung, berkurangnya kemampuan dalam merespon stres, tekanan darah meningkat.

b) Sistem Pernafasan

Meningkatkan volume sisa paru seperti penurunan kekuatan otot, ketahanan dan kapasitas vital paru serta menurunnya pertukaran gas.

c) Sistem integumen

Penurunan lemak di lapisan kulit bagian subkutan, cairan interstisial, otot, aktivitas kelenjar, reseptor sensori yang mengakibatkan penurunan perlindungan terhadap trauma, paparan sinar matahari, suhu ekstrim, berkurangnya sekresi alami minyak dan keringat, serta kerapuhan pada pembuluh darah kapiler.

d) Sistem reproduksi

Perempuan: penyempitan dan berkurangnya elastisitas vagina diikuti dengan penurunan sekresi cairan vagina

Laki-laki: penurunan produksi cairan sperma

Perempuan dan laki-laki: respon terhadap seksualnya mengalami perlambatan.

e) Sistem muskuloskeletal

Hilangnya kepadatan tulang, hilangnya kekuatan dan ukuran otot, kemerosotan sendi pada tulang rawan.

f) Sistem genitourinari

Perempuan: kelemahan pada otot perineum, ketidakstabilan otot detrusor (mendorong terjadinya inkontinensia) dan disfungsi saluran kemih (inkontinensia).

g) Sistem pencernaan

Penurunan kemampuan untuk membau, perasa, menurunnya produksi air liur, kesulitan menelan makanan, pengosongan esophagus dan lambung yang tertunda dan gangguan motilitas usus.

h) Sistem saraf

Berkurangnya kecepatan konduksi saraf, meningkatkan rasa bingung terhadap penyakit fisik yang diderita dan berkurangnya sirkulasi serebral (pingsan, kehilangan keseimbangan).

i) Panca indera

Penglihatan: berkurangnya kemampuan untuk fokus pada suatu objek, tidak mampu untuk mentolerir silau, kesulitan beradaptasi dengan perubahan intensitas cahaya serta penurunan kemampuan dalam membedakan warna.

Pendengaran: penurunan kemampuan dalam mendengarkan suara yang berfrekuensi tinggi dan penipisan membran timpani.

Pengecap dan penghidu: menurunnya kemampuan untuk merasakan makanan atau minuman dan mencium bau.

2) Perubahan Psikologis

a) Fungsi memori

Memori jangka pendek dapat memburuk seiring dengan bertambahnya usia, namun tidak demikian dengan memori jangka panjang. Seseorang yang tidak mengalami gangguan mental tidak menunjukkan penurunan fungsi memori yang berhubungan dengan usia, namun ada pengecualian bagi lansia. Lansia mengalami hambatan ketika mengingat hari, waktu dan tempat, hal ini dikaitkan dengan faktor sosial atau kesehatan misalnya: stres, kelelahan dan penyakit, selain itu dapat dipengaruhi oleh perubahan fisik secara normal terkait proses penuaan seperti: penurunan aliran darah ke otak (Townsend, 2009).

b) Fungsi intelektual

Kemampuan dalam memecahkan suatu masalah, cenderung menurun secara bertahap dimulai dari usia muda hingga dewasa tua. (Townsend, 2009).

c) Kemampuan belajar

Kemampuan seseorang untuk belajar berlangsung sepanjang hidup, meskipun hal ini sangat dipengaruhi oleh kepentingan, kegiatan, motivasi, kesehatan dan pengalaman. Kemampuan untuk belajar tidak berkurang seiring bertambahnya usia. Namun, studi telah menunjukkan bahwa beberapa aspek belajar dapat

berubah karena usia misalnya penurunan kinerja seseorang saat mengerjakan tugas atau pekerjaan (Townsend, 2009).

d) Adaptasi dengan tugas penuaan

1.1 Kehilangan dan kesedihan

Ketika seseorang mencapai usia 60 sampai 70an, mereka mengalami banyak kerugian dan kehilangan yang terjadi dalam hidupnya. Hal ini diperburuk dengan datangnya proses penuaan, yang menyebabkan lamanya masa kehilangan atau berkabung dan cenderung mengakibatkan lansia depresi (Townsend, 2009).

1.2 Menjaga identitas diri

Konsep-diri dan gambaran diri mampu tetap stabil dari waktu ke waktu. Penyesuaian psikologis seperti menjaga hubungan baik dengan keluarga, tidak mengonsumsi minuman beralkohol serta tidak mengalami depresi merupakan cara yang tepat untuk mempertahankan identitas diri seseorang (Vaillant, 2003 cit. Townsend, 2009).

e) Gangguan kejiwaan di kemudian hari

Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, meningkat pula risiko terhadap tekanan emosional dikemudian hari. Faktor risiko psikososial yang mengakibatkan orang tua mengalami gangguan mental yaitu hilangnya peran sosial, kemandirian diri, kematian teman atau kerabat yang dicintai, status kesehatan yang

menurun, isolasi diri, masalah keuangan serta penurunan fungsi kognitif (Sadock & Sadock, 2007 cit. Townsend, 2009).

1.1 Demensia

Setengah dari gangguan ini adalah alzheimer yang ditandai dengan onset yang berbahaya dan gangguan kognitif secara progresif (Townsend, 2009).

1.2 Delirium

Faktor-faktor yang telah diidentifikasi dan menyebabkan delirium pada orang tua yaitu: penyakit otak struktural, gangguan penglihatan dan pendengaran, penyakit kronis, stres akut dan bertambahnya usia yang berhubungan dengan farmakokinetik dan farmakodinamik karena konsumsi obat-obatan (Townsend, 2009).

1.3 Depresi

Depresi pada lansia dipengaruhi oleh penyakit fisik, kecacatan fisik, gangguan kognitif dan kehilangan pasangan (Stanley, Blair & Beare, 2005 cit. Townsend, 2009).

Status kesehatan yang menurun dan faktor ekonomi merupakan faktor risiko yang dapat mempengaruhi orang tua untuk bunuh diri. Depresi dapat diobati dengan obat-obatan psikotropika atau terapi *electroconvulsive* (Townsend, 2009).

1.4 Skizofrenia

Onset skizofrenia yang terlambat (setelah usia 60 tahun) bukanlah sesuatu hal yang umum terjadi, tetapi ketika itu terjadi biasanya ditandai dengan delusi atau halusinasi (Townsend, 2009).

1.5 Gangguan kecemasan

Gangguan kecemasan biasanya dialami oleh seseorang di pertengahan usia dewasa, tapi beberapa ada yang muncul setelah usia 60 tahun. Kerapuhan sistem saraf otonom pada lansia, mungkin menjadi salah satu faktor berkembangannya kecemasan setelah stres (Sadock & Sadock, 2007 cit. Townsend, 2009).

1.6 Gangguan kepribadian

Gangguan kepribadian jarang terjadi pada populasi lanjut usia. Insiden gangguan kepribadian pada individu yang berusia 65 tahun kurang dari 5 persen (Townsend, 2009).

2. Stres

a. Definisi

Stres suatu keadaan yang diakibatkan oleh perubahan lingkungan dan dianggap menantang, mengancam atau merusak keseimbangan dinamis seseorang atau ekuilibrium (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010).

Stres didefinisikan sebagai sesuatu yang menimbulkan ketegangan, rangsangan, dan berpotensi menyebabkan ketidakstabilan sistem tubuh. Lebih khusus lagi, stres adalah ketegangan yang menghasilkan rangsangan atau kekuatan yang terjadi di lingkungan internal atau eksternal (Neuman & Fawcett, 2011).

a. Tipe Stres

1) *Distress*

Berasal dari bahasa latin *dis* atau *bad* berarti buruk. Stres negatif ini disebabkan oleh kecemasan, depresi, kebingungan, ketidakberdayaan, keputusan dan kelelahan. Selain itu, tekanan seperti kematian anggota keluarga, keuangan yang berlebihan atau tuntutan pekerjaan (Halter, 2014).

2) *Eustress*

Berasal dari bahasa latin *greek eu* atau *good* berarti baik. Hasil dari persepsi positif terhadap stres mampu menghasilkan motivasi, kebahagiaan dan meningkatkan kepercayaan diri seseorang (Halter, 2014).

b. Tanda dan Gejala

Menurut *American Psychological Association* (2018) tanda dan gejala stres sebagai berikut: sakit kepala, ketegangan otot, leher atau nyeri punggung, sakit perut, mulut kering, nyeri dada, kesulitan untuk tidur, jantung berdebar-debar, kelelahan, kehilangan nafsu makan atau

terlalu banyak makan, sering flu atau pilek, kurangnya konsentrasi atau fokus, mudah lupa, gelisah, iritabilitas atau mudah marah dan cemas.

c. Faktor Penyebab

1) Stressor Presipitasi

Merupakan stimulus atau rangsangan yang menantang, mengancam, atau menuntut individu untuk menggunakan energi lebih yang bisa menimbulkan ketegangan dan stres. Stimulus atau rangsangan yang berasal dari lingkungan internal atau eksternal seseorang (Stuart, 2013).

2) Faktor Predisposisi

Merupakan faktor risiko protektif yang mempengaruhi jumlah sumber yang digunakan seseorang untuk mengatasi stres. Jenis-jenis faktor predisposisi yaitu faktor genetik (riwayat kondisi fisik dan psikologis keluarga, sifat temperamen), pengalaman (pengalaman stres di masa lalu, adaptasi dengan stres sebelumnya), kondisi rentan yang menimbulkan stres dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikologis dan dukungan sosial (status kesehatan, motivasi, perkembangan kedewasaan, keparahan, durasi stres, sumber keuangan, pendidikan, usia dan sistem dukungan lainnya (Townsend, 2009).

d. Respons Fisiologis terhadap Stres

Menurut Selye (1976) terdapat 2 respon fisiologis tubuh terhadap stres yaitu:

1) Sindrom Adaptasi Lokal (*Local Adaptation Syndrome*)

Karakteristik dari respon *Local Adaptation Syndrome* yaitu:

- a) Responnya bersifat adaptif dan memerlukan stressor sebagai stimulusnya.
- b) Bersifat jangka pendek dan tidak terjadi secara terus-menerus.
- c) Bersifat *Restorative*

1.1 Respon inflamasi

Respon ini distimulasi oleh adanya trauma dan infeksi.

1.2 Respon refleks nyeri

Respon ini merupakan respon adaptif yang bertujuan melindungi tubuh dari kerusakan lebih lanjut.

2) Sindrom Adaptasi Umum (*General Adaptation Syndrome*)

dibedakan dalam tiga tahap yaitu:

a) Tahap Alarm

Selama tahap ini, reaksi fisiologis "melawan atau lari" dimulai. Tubuh dan pikiran dilibatkan dalam mekanisme pertahanan untuk menghadapi stresor.

b) Tahap Melawan

Individu menggunakan fisiologis tanggapan pertahanan dalam mencoba untuk beradaptasi dengan stres. Apabila proses

adaptasi terjadi, tahap kelelahan dapat dicegah atau ditunda. Gejala fisiologis stres dapat menurun bahkan menghilang.

c) Tahap Kelelahan

Tahap ini terjadi apabila tubuh terpapar stres yang berkepanjangan. Energi penyesuaian habis dan individu tidak dapat lagi melawan stres. Timbul gejala adaptasi seperti sakit kepala, gangguan mental, penyakit arteri koroner, bisul, colitis. Apabila tahap melawan tidak dapat teratasi, bisa mengakibatkan kelelahan bahkan kematian.

e. **Tingkat Stres**

Potter dan Perry (2005) mengklasifikasikan hubungan tingkat stres dengan penyakit yang diakibatkan stres menjadi 3 yaitu:

1) Stres Ringan

Stressor yang dihadapi seseorang secara terus-menerus. Seperti terlalu banyak tidur, kemacetan lalu lintas, kritikan dari atasan. Situasi ini biasanya hanya bersifat sementara dan berlangsung hanya beberapa menit atau jam.

2) Stres Sedang

Biasanya berlangsung selama beberapa jam hingga sehari-hari. Seperti adanya kesepakatan yang belum selesai, beban kerja yang berlebihan, kehilangan anggota keluarga.

3) Stres Berat

Stres kronis yang terjadi dalam beberapa minggu hingga bertahun-tahun. Misalnya hubungan suami istri yang tidak harmonis, masalah keuangan, dan penyakit kronis.

f. Manajemen Stres

Mengelola stres dapat dilakukan dengan berbagai macam cara, sebagai berikut:

1) Olahraga

Berolahraga selama 20 menit seperti berjalan kaki, berlari, berenang, atau tari di saat stres dapat memberikan efek langsung selama beberapa jam.

2) Tersenyum dan Tertawa

Otak kita saling berkaitan dengan emosi dan ekspresi wajah. Tersenyum dan tertawa dapat membantu meredakan ketegangan dan memperbaiki situasi.

3) Dukungan Sosial

Ketika mengalami masalah dengan orang lain dan berbagi cerita tersebut dengan teman hal ini dapat menghilangkan stres yang dialami.

4) Meditasi

Meditasi dan doa membantu pikiran dan tubuh rileks dan fokus.

5) Istirahat dari Stres

Menjauhkan diri dari stresor dan meluangkan waktu untuk melakukan kegiatan lain agar terhindar dari stres (*American Psychological Association, 2017*).

g. Pengukuran Tingkat Stres

Tingkat stres dapat diukur dengan beberapa kuesioner seperti *Perceived Stress Scale* (PSS). PSS merupakan penilaian klasik terhadap stres. Kuesioner PSS memiliki 10 pertanyaan tentang perasaan dan pikiran selama satu bulan terakhir untuk mengetahui pengaruh perasaan terhadap stres yang dirasakan (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983).

Selain itu ada *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) yang terdiri dari 42 pertanyaan digunakan untuk *skrining* pada 3 gangguan psikologis yaitu depresi, ansietas dan stres dalam 7 hari terakhir (Lovibond & Lovibond, 1994).

3. Insomnia

a. Definisi

Ketidakpuasan dengan kualitas tidur dan kesulitan untuk memulai tidur, terjaga saat tidur, bangun lebih awal namun sulit untuk kembali tidur (Halter, 2014).

Insomnia adalah keluhan subjektif dari kesulitan untuk memulai tidur, mempertahankan tidur atau terbangun saat dini hari yang terjadi minimal tiga malam per minggu selama tiga bulan dan secara

signifikan berhubungan dengan gangguan di siang hari seperti kesulitan berkonsentrasi, gangguan suasana hati atau kelelahan (*International Classification of Sleep Disorders*, 2014).

Insomnia ditandai dengan adanya keluhan tidur seperti kesulitan ketika ingin tidur, kesulitan mempertahankan tidur, sering bangun dipagi hari, sering merasa kantuk disiang hari dan kelelahan (Pandi-Perumal, Monti, & Monjan, 2010).

b. Faktor Risiko Insomnia

1) Usia

Penuaan adalah salah satu faktor penting yang berkaitan dengan perubahan tidur seseorang. Perubahan tidur yang disebabkan oleh usia, dipengaruhi juga dengan kondisi medis dan psikologis yang lazim terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Sebagai contoh, faktor yang dapat memicu kurang tidur seperti onset penyakit, hilangnya fungsi tubuh, atau gangguan tidur utama lainnya (misalnya, *sleep apnea*). Selain itu, berbagai faktor yang dapat memperburuk kurang tidur seperti isolasi sosial, pengasuh, atau masa berkabung. Dampak dari berkurangnya tidur bisa meningkatkan risiko jatuh, gangguan fungsi tubuh, penurunan kognitif dan masalah memori pada lanjut usia (Taylor, Gehrman, Dautovich, Lichstein & McCrae, 2014).

2) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan dapat memperparah insomnia pada seseorang, seperti suara, cahaya, suhu, barang-barang elektronik dan alat komunikasi di kamar tidur. Gangguan tidur yang dialami individu dengan insomnia dipengaruhi oleh stimulus dari lingkungan eksternal seperti kebisingan, suhu, suara dari luar ruangan (lalu lintas atau serangga), suara dari dalam ruangan (televisi, radio dan dengkur) (Taylor, Gehrman, Dautovich, Lichstein & McCrae, 2014).

3) Perempuan

Perempuan memiliki berbagai macam hormon didalam tubuhnya seumur hidup, diantaranya selama masa pubertas, kehamilan, paska melahirkan, menopause dan paska menopause (*National Sleep Foundation, 2018*).

4) Penuaan

Lanjut usia lebih berisiko mengalami insomnia, hal ini dipengaruhi oleh obat-obatan tertentu, masalah kesehatan, dan perubahan gaya hidup karena masa pensiun. Ritme sirkadian seseorang mengalami perubahan seiring bertambahnya usia, sehingga mengakibatkan seseorang menghabiskan waktu lebih lama di tempat tidur, terbangun lebih awal dan meningkatnya kebutuhan tidur siang (*National Sleep Foundation, 2018*).

5) Kondisi medis

Masalah kesehatan seperti penyakit muskuloskeletal, pencernaan, gagal ginjal kronis, kardiopulmonar dan syaraf dapat meningkatkan risiko insomnia. Selain itu, kondisi kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi rentan mengalami gangguan tidur (*National Sleep Foundation, 2018*).

c. Tanda dan Gejala

Keluhan utama dari ketidakpuasan terhadap kuantitas maupun kualitas tidur, ditandai dengan satu atau lebih gejala sebagai berikut:

- 1) kesulitan ketika memulai tidur
- 2) kesulitan mempertahankan tidurnya, ditandai dengan sering bangun atau sulit kembali tidur setelah terbangun
- 3) bangun saat dini hari disertai ketidakmampuan untuk kembali tidur
- 4) gangguan sulit tidur terjadi minimal 3 malam dalam seminggu
- 5) gangguan sulit tidur yang terjadi selama 3 bulan
- 6) merasa sulit untuk tertidur, meskipun memiliki kesempatan untuk tidur (*American Psychiatric Association, 2013*).

d. Manajemen Insomnia

Penatalaksanaan manajemen insomnia pada lanjut usia dapat ditanggulangi menggunakan terapi non-farmakologis maupun farmakologis sebagai berikut:

1) Non Farmakologis

Terapi non-farmakologis gangguan tidur pada lansia dapat diterapkan secara mandiri atau dikombinasikan dengan terapi farmakologis. Manajemen perilaku seperti menghindari minuman yang mengandung kafein dan beralkohol, membatasi jumlah cairan yang dikonsumsi sebelum tidur. Selain itu, menghindari kegiatan sebelum tidur seperti olahraga, menonton televisi atau membaca. Pastikan tempat tidur memberikan rasa nyaman dan tenang serta gunakanlah tempat tidur hanya untuk keperluan tidur dan aktivitas seksual saja. Mengatur jam alarm, bangun dipagi hari dengan waktu yang sama, menghilangkan kebiasaan tidur diwaktu siang dan sore hari, serta mengkonsumsi makanan bernutrisi dan bergizi dapat dilakukan sebagai alternatif pilihan untuk manajemen insomnia (Townsend-Roccichelli, Sanford & VandeWaa, 2010).

2) Farmakologis

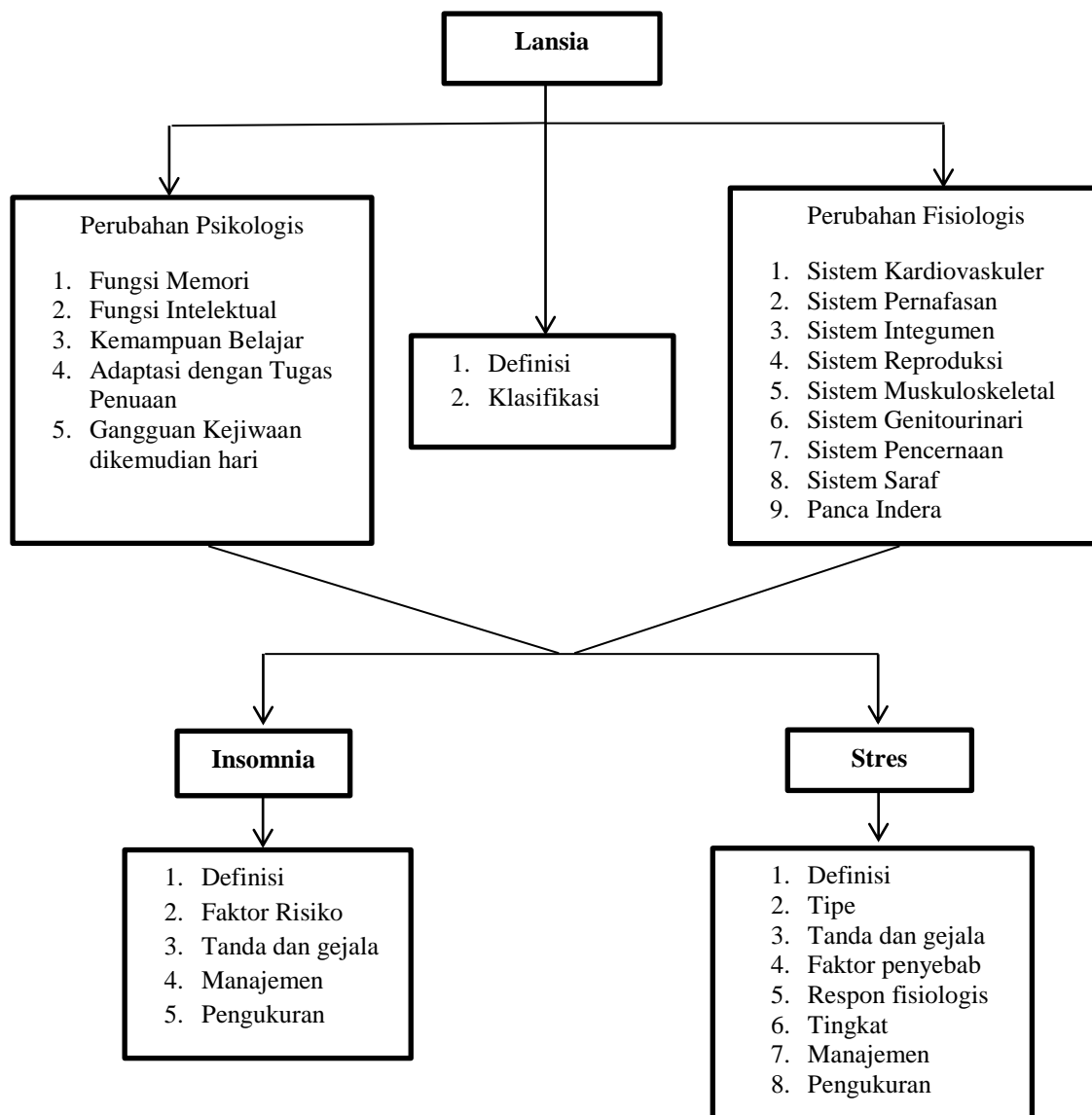
Pengobatan lini pertama insomnia adalah farmakologis. Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati insomnia sebagai berikut: sedatif-hipnotik, antihistamin (diphenhydramin atau doxylamin), antikolinergik (melatonin, ramelteon atau rozerem), antidepresan, antipsikotik, dan antikonvulsan. Obat-obatan yang umum digunakan karena memiliki efek samping menenangkan (Sateia & Buysse, 2010).

e. Pengukuran Tingkat Insomnia

Kuesioner PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) merupakan instrumen efektif untuk mengukur kualitas dan pola tidur pada orang dewasa menggunakan tujuh komponen (kualitas tidur secara subjektif, latensi, kebiasaan, durasi, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi pada siang hari dalam satu bulan terakhir (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1988).

Pengukuran tingkat insomnia yang lain menggunakan ISI (*Insomnia Severity Index*) yang terdiri dari tujuh pertanyaan dan digunakan untuk mendeteksi insomnia di komunitas (Morin, Belleville, Belanger & Ivers, 2011).

B. Kerangka Teori

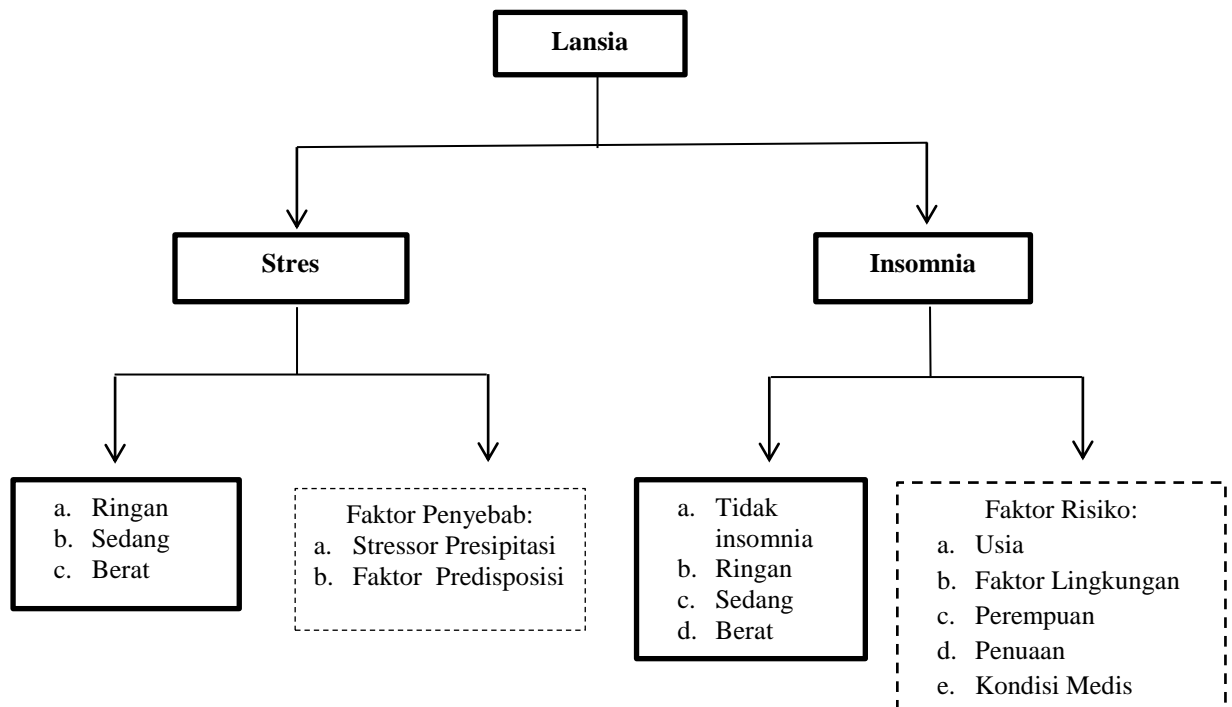


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Undang-undang Republik Indonesia, 1998; World Health Organization (WHO), 2016; Townsend, 2009; Badan Pusat Statistik, 2015; National Sleep Foundation, 2018; Townsend, 2014; Halter, 2014; American Psychiatric Association, 2013; Busyee, Reynold III, Monk, Berman, Kupfer, 1988; Berman, Snyder, & Frandsen, 2015; Stuart, 2013; Pandi-Perumal, Monti & Monjan, 2010; Attarian & Schuman, 2010; Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010; Neuman & Fawcett, 2011; Selye, 1976; Potter & Perry, 2005; Cohen, Kamarch & Mermelstein 1983;; American Psychological Association, 2017;2018; Townsend-Roccichelli, Sanford & VandeWaa, 2010; International Classification of Sleep Disorders, 2014; Morin, Belleville, Belanger & Ivers, 2011; Sateia & Buysee, 2010; Taylor, Gehrman, Dautovich, Lichstein & McCrae, 2014; Lovibond & Lovibond, 1994).

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini disusun secara sistematis berdasarkan dengan teori. Kerangka konsep penelitian ini digambarkan dalam skema sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

D. Hipotesis

H1: Ada hubungan antara tingkat stres dengan insomnia pada lansia di

Kelurahan Terban.

