

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subyek.

a. Kebutuhan Manusia Menurut Intensitas Kegunaan

1) Kebutuhan Primer

Kebutuhan primer disebut juga kebutuhan pokok atau dasar, yaitu kebutuhan yang harus dipenuhi karna sangat penting bagi kelangsungan hidup manusia.

2) Kebutuhan sekunder

Kebutuhan sekunder adalah merupakan jenis kebutuhan yang diperlukan setelah semua kebutuhan pokok primer telah terpenuhi dengan baik.kebutuhan sekunder antara lain radio, televisi, meja, dan kursi.

3) Kebutuhan Tersier

Kebutuhan tersier adalah kebutuhan manusia yang sifatnya mewah, tidak sederhana dan berlebihan yang timbul setelah terpenuhinya kebutuhan primer dan sekunder.kebutuhan tersier antara lain villa, mobil mewah, kapal pesiar, dan kebutuhan mewah lainnya.

b. Kebutuhan Menurut Sifat

1) Kebutuhan Jasmani

Kebutuhan jasmani adalah kebutuhan yang diperlukan oleh jasmani atau badan. Contoh: untuk menjaga kesehatan badan,

manusia memerlukan makanan, minuman, pakaian, dan olahraga yang teratur.

2) **Kebutuhan Rohani**

Kebutuhan rohani adalah kebutuhan yang diperlukan oleh rohani atau jiwa. Contoh: untuk mencerdaskan pikiran, manusia memerlukan pendidikan.

c. Kebutuhan Menurut Bentuk

1) **Kebutuhan Material**

Kebutuhan material merupakan kebutuhan yang berbentuk benda material atau benda berwujud, seperti tas, makanan, rumah, pakaian, dan lain-lain.

2) **Kebutuhan Immaterial**

Kebutuhan immaterial adalah kebutuhan yang berbentuk benda immaterial atau benda yang tak berwujud, seperti penjelasan guru, petunjuk dokter, dan lain-lain.

d. Kebutuhan Menurut Waktu

1) **Kebutuhan Sekarang**

Kebutuhan sekarang adalah kebutuhan yang pemenuhannya tidak dapat ditunda dan harus dipenuhi saat kebutuhan tersebut dirasakan. Contoh: kebutuhan akan obat bagi orang yang sakit.

2) **Kebutuhan Masa Depan**

Kebutuhan masa depan adalah kebutuhan yang pemenuhannya dapat ditunda, karena dibutuhkan pada saat yang akan datang. Contoh: kebutuhan akan biaya kuliah bagi anaknya yang masih SMP.

3) **Kebutuhan Tidak Tentu Waktunya**

Kebutuhan ini disebabkan sesuatu yang terjadi secara tiba-tiba atau tidak disengaja yang sifatnya insidental. Contoh: kecelakaan.

e. Kebutuhan Menurut Subyek

1) Kebutuhan Individu

Kebuthan individu adalah kebutuhan yang harus dipenuhi secara individu atau perorangan. Contoh: kebutuhan makan, minum pakaian.

2) Kebutuhan Kualitatif atau Bersama

Kebutuhan kualitatif adalah kebutuhan yang harus dipenuhi untuk kepentingan bersama dan dilakukan secara bersama-sama. Contoh: kebutuhan akan sistem pengairan.

Menurut Abraham Maslow (Haswita, 2017) teori hierarki kebutuhan dasar manusia dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a) Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b) Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Pelindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Sedangkan, perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.
- c) Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapat kehangatan keluarga, dan lain-lain.
- d) Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain.
- e) Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan

untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

B. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Definisi Defisit Perawatan Diri

Personal Hygiene (kebersihan diri) merupakan kebersihan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan diri sendiri baik secara fisik maupun mental. Kebersihan diri merupakan langkah awal dalam mewujudkan kesehatan diri karena tubuh yang bersih meminimalkan risiko seseorang terjangkit suatu penyakit, terutama penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk.

(Haswita dan Reni, 2017)

Personal Hygiene berasal dari kata Yunani yaitu *personal* yang berarti perorangan dan *hygiene* yang berarti sehat atau bersih. Kebersihan [perorangan dapat diartikan sebagai suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang sehingga kesejahteraan dan psikis dapat terjamin. (Tarwoto, 2011)

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri diantaranya mandi, makan dan minum secara mandiri, berhias secara mandiri, dan *toileting* (BAB/ BAK).

Defisit perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan hidupnya, kesehatannya dan kesejahteraannya sesuai dengan kondisinya. Klien dinyatakan terganggu perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan dirinya. (Damayanti, 2012)

2. Jenis Defisit Perawatan Diri

Jenis-jenis perawatan dibedakan defisit perawatan diri menjadi dua yaitu :

a. Berdasarkan Waktu

1) Perawatan dini hari

Perawatan dini hari merupakan perawatan diri yang dilakukan pada waktu bangun tidur untuk melakukan tindakan seperti perapian dalam pemeriksaan, mempersiapkan pasien melakukan sarapan dan lain-lain.

2) Perawatan pagi hari

Perawatan pagi hari merupakan perawatan yang dilakukan setelah melakukan pertolongan dalam memenuhi kebutuhan eliminasi (BAB,BAK) mandi sampai merapikan tempat tidur pasien.

3) Perawatan siang hari

Perawatan siang hari merupakan perawatan yang dilakukan setelah melakukan perawatan diri yang dapat dilakukan antara lain mencuci muka dan tangan, membersihkan mulut, merapikan tempat tidur, serta melakukan pembersihan lingkungan pasien.

4) Perawatan menjelang tidur

Perawatan menjelang tidur merupakan perawatan yang dilakukan pada saat menjelang tidur agar pasien dapat tidur beristirahat dengan tenang. Seperti mencuci tangan dan muka, membersihkan mulut dan memijat daerah punggung.

b. Berdasarkan tempat

1) Personal Hygiene pada mulut dan gigi

Kebersihan mulut dan gigi harus tetap dijaga dengan menyikat gigi dan berkumur secara teratur meskipun sudah ompong. Bagi yang masih aktif dan masih mempunyai gigi cukup lengkap, ia dapat menyikat giginya sendiri sekurang-kurangnya dua kali dalam sehari, pada saat bangun tidur dan malam sebelum tidur.

Bagi lanjut usia yang menggunakan gigi palsu (prostese), dapat dirawat sebagai berikut :

- a) Gigi palsu dilepas, dikeluarkan dari mulut dengan menggunakan kain kasa atau sapu tangan yang bersih. Bila mengalami kesulitan, ia dapat dibantu oleh keluarga/perawat.
- b) Kemudian, gigi palsu disikat perlahan dibawah air mengalir sampai bersih. Bila perlu pasta gigi dapat digunakan.

Pada waktu tidur, gigi palsu tidak dapat dipakai dan direndam didalam air bersih dalam gelas. Tidak boleh direndam didalam air panas atau dijemur. Bagi yang sudah tidak mempunyai gigi atau tidak menggunakan gigi palsu, setiap kali habis makan, ia harus berkumur-kumur untuk mengeluarkan sisa makanan yang melekat di antara gigi. Bagi yang masih mempunyai gigi, tetapi karena kondisinya lemah atau lumpuh, usaha membersihkan gigi dan mulut dapat dilakukan dengan bantuan keluarga atau jika tinggal di panti, ia dibantu perawat atau tugas.

2) Personal Hygiene pada kulit dan badan

Fungsi kulit antara lain :

- a) Melindungi bagian tubuh/jaringan dibawahnya terhadap pukulan, untuk mencegah masuknya kuman penyakit, kedinginan dan lain-lain.
- b) Sebagai panca indra perasa dan peraba.
- c) Mengatur suhu badan.
- d) Mengeluarkan ampas berupa zat yang tidak terpakai (keringat).
- e) Tempat memasukkan obat injeksi.

Kulit menerima berbagai rangsangan (stimulus) dari luar. Kulit merupakan pintu masuk ke dalam tubuh. Kebersihan kulit mencerminkan kesadaran seseorang terhadap pentingnya arti kebersihan. Usaha membersihkan kulit dapat dilakukan dengan cara mandi setiap hari secara teratur, paling sedikit dua kali sehari.

Manfaat mandi ialah menghilangkan bau, menghilangkan kotoran, merangsang peredaran darah, dan memberi kesegaran pada tubuh. Pengawasan yang perlu dilakukan selama perawatan kulit adalah :

- a) Memeriksa ada/tidaknya lecet
- b) Mengoleskan minyak pelembab kulit setiap selesai mandi agar kulit tidak terlalu kering atau keriput.
- c) Menggunakan air hangat untuk mandi, yang berguna merangsang peredaran darah dan mencegah kedinginan.
- d) Menggunakan sabun yang halus dan jangan terlalu sering karena hal ini dapat memengaruhi keadaan kulit yang sudah kering dan keriput.

3) Personal Hygiene pada kepala dan rambut

Seperti juga kuku, rambut tumbuh di luar epidermis. Pertumbuhan ini terjadi karena rambut mendapat makanan dari pembuluh darah di sekitar rambut. Warna rambut ditentukan oleh adanya pigmen. Bila tidak dibersihkan, rambut menjadi kotor dan debu melekat pada rambut. Tujuan membersihkan kepala adalah menghilangkan debu dan kotoran yang melekat dirambut dan kulit kepala. Hal yang perlu diperhatikan :

- a) Bila terdapat ketombe atau kutu rambut, obat dapat diberikan misalnya Peditox.
- b) Untuk rambut yang kering, bisa diberi minyak atau orange-aring atau lainnya.
- c) Untuk mereka yang sama sekali tidak mencuci rambutnya sendiri, baik karena sakit atau kondisi fisiknya yang tidak memungkinkan, dapat mencuci rambut di tempat tidur dengan bantuan salah satu anggota keluarga atau perawat.
- d) Bila lanjut usia lebih sering atau banyak berbaring di tempat tidur, perawat harus lebih memperhatikan kebersihan rambut

klien, mengingat posisi tidur sering membuat rambut kusut, kering, bau, dan gatal.

Yang harus diperhatikan saat mencuci rambut di tempat tidur:

- a) Bilas sisa sabun, sampo harus bersih agar tidak menimbulkan rasa gatal atau ketombe dan timbul alergi.
- b) Letakkan rambut sebagai alas diatas bantal, kemudian sisir rambut dengan hati-hati.
- c) Miringkan kepala agar rambut mudah dijalin, terutama bagi yang berambut panjang. Lepaskan rambut yang melekat pada sisir dan masukkan kedalam penampung yang berisikan larutan lisol.

4) Personal Hygiene pada kuku

Kuku yang panjang mudah menyebabkan berkumpulnya kotoran, bahkan kuman penyakit. Oleh karena itu, lanjut usia harus selalu secara teratur memotong kukunya. Bagi yang tidak mampu melakukan sendiri, sebaiknya perawat atau keluarga memotongnya dan jangan terlalu pendek karena akan terasa sakit.

5) Kebersihan tempat tidur dan posisi tidur

Tempat tidur yang bersih dapat memberikan perasaan nyaman pada waktu tidur. Oleh karena itu, kebersihan tempat tidur perlu sekali diperhatikan. Namun, bila kondisi fisik lanjut usia masih aktif, mereka cukup diberikan pengarahan cara membersihkan tempat tidur. (Yuli, 2014)

3. Tujuan Defisit Perawatan Diri

Menurut (Vita, 2017) tujuan Personal Hygiene adalah untuk memelihara kebersihan diri, menciptakan keindahan, serta meningkatkan derajat kesehatan individu sehingga dapat mencegah timbulnya penyakit

pada diri sendiri maupun oranglain, sementara secara khusus tujuan perawatan *Personal Hygiene* adalah :

- a. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
- b. Memelihara integritas permukaan kulit
- c. Menghilangkan keringat, sel-sel kulit mati dan bakteri
- d. Menciptakan keindahan
- e. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri

Prilaku kebersihan diri dapat dipengaruhi oleh nilai serta kebiasaan yang dianut individu, disamping faktor budaya, sosial, norma keluarga, tingkat pendidikan, status ekonomi, dan lain sebagainya. Adanya masalah pada kebersihan diri akan berdampak pada kesehatan seseorang. Saat seseorang sakit salah satu penyebabnya mungkin adalah kurangnya kebersihan diri. Ini harus menjadi perhatian kita bersama, sebab kebersihan merupakan faktor prnting dalam mempertahankan derajat kesehatan individu. (Erlina Natalia, 2015)

Sikap seseorang melakukan personal hygiene dipengaruhi oleh sejumlah faktor antara lain :

- a. Citra tubuh (Body Image)

Citra tubuh mempengaruhi cara seseorang memelihara hygiene. Jika seorang klien rapi sekali maka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan higienis. Klien yang tampak berantakan atau tidak peduli dengan hygiene atau pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat kemampuan klien berpartisipasi dalam hygiene harian.

Body image seseorang berpengaruh dalam pemenuhan personal hygiene karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya. Penampilan umum pasien dapat menggambarkan pentingnya personal hygiene pada orang tersebut.

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang tubuhnya, termasuk penampilan, struktur atau fungsi fisik. Citra tubuh dapat berubah karena operasi, pembedahan, menderita penyakit, atau perubahan status fungsional. Maka perawat harus berusaha ekstra untuk meningkatkan kenyamanan dan penampilan hygiene klien. (Erlina Natalia, 2015)

b. Praktik sosial

Kelompok sosial mempengaruhi bagaimana pasien dalam pelaksanaan praktik personal hygiene. Termasuk produk dan frekuensi perawatan pribadi. Selama masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi hygiene, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi dan jenis hygiene mulut. Pada masa remaja, hygiene pribadi dipengaruhi oleh teman. Misalnya remaja wanita mulai tertarik pada penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Sedangkan pada lansia beberapa praktik hygiene berubah karena kondisi hidupnya dan sumber yang tersedia. (Erlina Natalia, 2015)

c. Status sosial ekonomi

Status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh mana praktik hygiene dilakukan. Perawat harus sensitif terhadap status ekonomi klien dan pengaruhnya terhadap kemampuan pemeliharaan hygiene klien tersebut. Jika klien mengalami masalah ekonomi, klien akan sulit berpartisipasi dalam aktifitas promosi kesehatan seperti hygiene dasar. Jika barang perawatan dasar tidak dapat dipenuhi pasien, maka perawat harus berusaha mencari alternatifnya. Pelajari juga apakah penggunaan produk tersebut merupakan bagian dari kebiasaan yang dilakukan oleh kelompok sosial klien contohnya tidak semua klien memakai deodorant atau kosmetik. (Erlina Natalia, 2015)

d. Pengetahuan dan motivasi kesehatan

Pengetahuan tentang Personal Hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Pengetahuan tentang pentingnya hygiene dan kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, pasien juga harus termotivasi untuk memelihara Personal Hygiene. Individu dengan pengetahuan tentang pentingnya Personal Hygiene akan selalu menjaga kebersihan dirinya untuk mencegah dari kondisi atau keadaan sakit. (Erlina Natalia, 2015)

e. Variabel budaya

Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan Personal Hygiene. Seseorang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda, mengikuti praktek perawatan Personal Hygiene yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan defenisi tentang kesehatan dan perawatan diri. Dalam merawat pasien dengan praktik hygiene yang berbeda, perawat menghindari menjadi pembuat keputusan atau mencoba untuk menentukan standar kebersihannya. (Erlina Natalia, 2015)

f. Kebiasaan atau pilihan pribadi

Setiap pasien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Pemilihan produk didasarkan pada selera pribadi, kebutuhan dan dana. Pengetahuan tentang pilihan klien akan membantu perawatan yang terindividualisasi. Selain itu, bantu klien untuk membangun praktik hygiene baru jika ada penyakit. Contohnya, perawat harus mengajarkan perawatan hygiene kaki pada penderita diabetes. (Erlina Natalia, 2015)

g. Kondisi fisik seseorang

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan hygiene. Contohnya pada klien dengan

traksi atau gips, atau terpasang infus intravena. Penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak. Klien dibawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri. Penyakit kronis (jantung, kanker, neurologis, psikiatrik) sering melelahkan klien. Genggaman yang lemah akibat artritis, stroke, atau kelainan otot menghambat klien untuk menggunakan sikat gigi, handuk basah, atau sisir. (Erlina Natalia, 2015)

5. Dampak pada Masalah Defisit Perawatan Diri

Menurut (Isro'in, 2012) terdapat beberapa dampak pada masalah Personal Hygiene, yaitu:

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

b. Gangguan psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan Personal Hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam interaksi sosial.

6. Penatalaksana Defisit Perawatan Diri

Menurut (Mubarak, Wahit I, 2015) terdapat beberapa macam penatalaksana Personal Hygiene, yaitu:

a. Personal Hygiene pada kulit

Cara merawat kulit sebagai berikut:

- 1) Mandi minimal dua kali sehari/ setelah beraktifitas
- 2) Gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif

- 3) Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah
- 4) Menyabuni seluruh tubuh terutama daerah lipatan kulit, misalnya sela-sela jari, ketiak dan belakang telinga.
- 5) Mengeringkan tubuh dengan handuk yang lembut dari wajah, tangan, badan, hingga kaki.

b. Personal Hygiene pada kuku dan kaki

Cara merawat kuku:

- 1) Kuku jari tangan dapat dipotong dengan pengikir atau memotong dalam bentuk oval (bujur) atau mengikuti bentuk jari.
- 2) Jangan memotong kuku terlalu pendek karena bisa melukai selaput kulit dan kulit di sekitar kuku.
- 3) Jangan membersihkan kotoran dibalik kuku dengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan dibawah kuku.
- 4) Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan.
- 5) Khusus untuk jari kaki sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau direndam dengan air hangat terlebih dahulu.
- 6) Jangan menggigiti kuku karena akan merusak bagian kuku.

c. Personal Hygiene pada rambut

Cara merawat rambut:

- 1) Cuci rambut 1-2 kali seminggu (sesuai kebutuhan) dengan memakai sampo yang cocok.
- 2) Pangkas rambut agar terlihat rapih.
- 3) Gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
- 4) Jangan gunakan sisir yang bergigi tajam karena bisa melukai kulit kepala.
- 5) Pijat-pijat kulit kepala pada saat mencuci rambut untuk merangsang pertumbuhan rambut.
- 6) Pada jenis rambut ikal dan kriting, sisir rambut mulai dari bagian ujung hingga ke pangkal dengan pelan dan hati-hati.

d. Personal Hygiene pada mata

Cara merawat mata:

- 1) Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam kesudut bagian luar
- 2) Saat mengusap mata gunakanlah kain yang paling bersih dan lembut
- 3) Lindungi mata dari kemasukan debu dan kotoran
- 4) Bila menggunakan kacamata, hendaklah selalu dipakai
- 5) Bila mata sakit cepat periksakan kedokter

e. Personal Hygiene pada hidung

Cara merawat hidung:

- 1) Jaga agar lubang hidung tidak kemasukan air atau benda kecil
- 2) Jangan biarkan benda kecil masuk kedalam hidung
- 3) Sewaktu mengeluarkan debu dari lubang hidung, hembuskan secara perlahan dengan membiarkan lubang hidung terbuka.
- 4) Jangan mengeluarkan kotoran dari lubang hidung dengan menggunakan jari karena dapat mengiritasi mukosa hidung.

f. Personal Hygiene pada gigi dan mulut

Cara merawat hidung dan mulut :

- 1) Tidak makan-makanan yang terlalu manis dan asam
- 2) Tidak menggunakan gigi atau mencongkel benda keras.
- 3) Menghindari kecelakaan seperti jatuh yang menyebabkan gigi patah.
- 4) Menyikat gigi sesudah makan dan khususnya sebelum tidur.
- 5) Menyikat gigi dari atas kebawah dan seterusnya
- 6) Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus dan kecil.
- 7) Memeriksa gigi secara teratur setiap enam bulan.

g. Personal Hygiene pada telinga

Cara merawat telinga :

- 1) Bila ada kotoran yang menyumbat telinga keluarkan secara perlahan dengan menggunakan penyedot telinga

- 2) Bila menggunakan air yang disemprotkan lakukan dengan hati-hati agar tidak terkena air yang berlebihan
- 3) Aliran air yang masuk hendaklah diarahkan kesaluran telinga dan bukan langsung kegendang telinga.
- 4) Jangan menggunakan alat yang tajam untuk membersihkan telinga karena dapat merusak gendang telinga.

h. Personal Hygiene pada genetalia

Cara merawat genetalia:

- 1) Wanita: perawatan perineum dan area genetalia eksterna dilakukan pada saat mandi 2x sehari
- 2) Pria: perawatan dilakukan 2x sehari pada saat mandi. Pada pria terutama yang belum disirkumsisi karena adanya kulup pada penis yang menyebabkan urine mudah terkumpul disekitar gland penis yang lama kelamaan dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit seperti kanker penis.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang bertujuan untuk pengumpulan data atau informasi, analisis data dan penentuan permasalahan atau diagnosis keperawatan. Manfaat pengkajian keperawatan adalah membantu mengidentifikasi status kesehatan, pola pertahanan klien, kekuatan serta merumuskan diagnosa keperawatan yang terdiri dari tiga tahap yaitu pengumpulan, pengelompokan dan pengorganisasian serta menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan. (Mubarak, Wahit I, 2015)

a. Riwayat Keperawatan

Tanyakan tentang pola kebersihan individu sehari-hari sarana dan prasarana yang dimiliki serta faktor yang mempengaruhi personal hygiene individu baik faktor pendukung maupun faktor pencetus.

b. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik kaji personal hygiene individu, mulai dari ekstremitas atas sampai bawah.

- 1) Rambut: Amati kondisi rambut (warna, tekstur, kuantitas) apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontokan?
- 2) Kepala: Amati dengan seksama kebersihan kulit kepala. Perhatikan adanya ketombe, kebotakan atau tanda-tanda kemerahan.
- 3) Mata: Amati adanya tanda-tanda ikterus, konjungtiva pucat, sekret pada kelopak mata, kemerahan atau gatal-gatal pada mata.
- 4) Hidung: Amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, perdarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tidak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi atau perubahan pada daya penciuman.
- 5) Mulut: Amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembapannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi atau sariawan, kekeringan, atau pecah-pecah.
- 6) Gigi: Amati kondisi kebersihan gigi. Perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap, atau gigi palsu.
- 7) Telinga: Amati kondisi dan kebersihan telinga. Perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi atau perubahan daya pendengaran.
- 8) Kulit: Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembapan) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi atau pruritus.
- 9) Kuku tangan dan kaki: amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan atau luka.
- 10) Genetalia: Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis. Pada laki-laki perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.

Personal hygiene secara umum: Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan pada kulit atau bentuk tubuh. (Mubarak, Wahit I, 2015)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat lugas dan jelas berdasarkan pada hasil pengumpulan data dan evaluasi data yang dilakukan dengan sistematis, praktis, etis, dan profesional oleh tenaga keperawatan yang mampu untuk itu. Diagnosa keperawatan menggambarkan respons klien terhadap masalah kesehatan atau penyakit.

Menurut buku (PPNI, 2017) Diagnosa yang muncul dengan kondisi klinis demensia adalah:

a. Defisit perawatan diri

- 1) Definisi: tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.
- 2) Penyebab:
 - a) Gangguan muskuloskeletal
 - b) Gangguan neuromuskuler
 - c) Kelemahan
 - d) Gangguan psikologis atau psikotik
 - e) Penurunan motivasi atau minat
- 3) Gejala dan tanda mayor
Subjektif: klien menolak melakukan perawatan diri.
Objektif: klien tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang.
- 4) Gejala dan tanda minor
Gejala tanda minor baik subjektif maupun objektif tidak tersedia.
- 5) Kondisi klinis terkait
 - a) Stroke
 - b) Cedera medula spinalis

- c) Depresi
- d) Arthritis rheumatoid
- e) Retardasi mental
- f) Delirium
- g) Demensia
- h) Gangguan amnestik
- i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- j) Fungsi penilaian terganggu

b. Gangguan persepsi sensori

- 1) Definisi: perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.
- 2) Penyebab:
 - a) Gangguan penglihatan
 - b) Gangguan pendengaran
 - c) Gangguan penghiduan
 - d) Gangguan perabaan
 - e) Hipoksia serebral
 - f) Penyalahgunaan zat
 - g) Usia lanjut
 - h) Pemajanan toksin lingkungan
- 3) Gejala dan tanda mayor
 - Subyektif:
 - a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
 - b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecap
 - Obyektif:
 - a) Distorsi sensori
 - b) Respon tidak sesuai

- c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
- 4) Gejala dan tanda minor
 - Subyektif:
 - a) Menyatakan kesal
 - Obyektif:
 - a) Menyendiri
 - b) Melamun
 - c) Konsentrasi buruk
 - d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
 - e) Curiga
 - f) Melihat ke satu arah
 - g) Mondar-mandir
 - h) Bicara sendiri
- 5) Kondisi klinis terkait
 - a) Glaukoma
 - b) Katarak
 - c) Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)
 - d) Trauma okuler
 - e) Trauma pada syaraf kranialis II, III, dan IV akibat stroke, aneurisma, intrakranial, trauma/tumor otak)
 - f) Infeksi okuler
 - g) Presbikusis
 - h) Malfungsi alat bantu dengar
 - i) Delirium
 - j) Demensia
 - k) Gangguan amnestik
 - l) Penyakit terminal
 - m) Gangguan psikotik

c. Koping tidak efektif

- 1) Definisi: Ketidakmampuan menilai dan merespon stresor dan/ atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.

Penyebab:

- a) Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
 - b) Ketidakadekuatan sistem pendukung
 - c) Ketidakadekuatan strategi koping
 - d) Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan
 - e) Ketidacukupan persiapan untuk menghadapi stresor
 - f) Disfungsi sistem keluarga
 - g) Krisis situasional
 - h) Krisis maturasional
 - i) Kerentanan personalitas
 - j) Ketidakpastian
- 2) Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif:

- a) Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah

Objektif:

- a) Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)
- b) Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai

- 3) Gejala dan tanda minor

Subjektif:

- a) Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar
- b) Kekhawatiran kronis

Objektif:

- a) Penyalahgunaan zat
- b) Memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri
- c) Perilaku tidak asertif
- d) Partisipasi sosial kurang

- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) Kondisi perawatan kritis
 - b) *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*
 - c) Gangguan perilaku
 - d) *Oppositional Defiant Disorder*
 - e) Gangguan kecemasan perpisahan
 - f) Delirium
 - g) Demensia
 - h) Gangguan amnestik
 - i) Intoksikasi zat
 - j) Putus zat

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah pencatatan tentang kegiatan perencanaan keperawatan (langkah pemecah serta urutan prioritasnya, perumusan tujuan, perencanaan tindakan dan penilaian) yang dapat dipertanggung jawabkan. Tujuan yang ingin dicapai, rencana tindakan pemecahan masalah klien dan rencana penilaiannya.

Menurut buku (PPNI, 2018a) Intervensi yang muncul pada kondisi klinis *demensia* yaitu:

a. Dx Kep: Defisit Perawatan Diri

- 1) Dukungan Perawatan Diri
 - a) Definisi:
Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.
 - b) Tindakan:
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
 - (b) Monitor tingkat kemandirian
 - (c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

(2) Terapeutik

- (a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)
- (b) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi dan sabun mandi)
- (c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- (d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- (e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- (f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

(3) Edukasi

- (a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2) Dukungan Perawatan Diri: BAK/BAB

a) Definisi:

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB)

b) Tindakan:

(1) Observasi

- (a) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia
- (b) Monitor integritas kulit pasien

(2) Terapeutik

- (a) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
- (b) Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten
- (c) Jaga privasi selama eliminasi
- (d) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu
- (e) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan

- (f) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu
 - (g) Sediakan alat bantu(mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu
- (3) Edukasi
- (a) Anjurkan BAK/BAB secara rutin
 - (b) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu
- 3) Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian
- a) Definisi:
Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias
- b) Tindakan :
- (1) Observasi
- (a) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias
- (2) Terapeutik
- (a) Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
 - (b) Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan
 - (c) Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu
 - (d) Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)
 - (e) Jaga privasi selama berpakaian
 - (f) Tawarkan untuk *laundry*, jika perlu
 - (g) Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara Mandiri
 - (h) Edukasi
 - (i) Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
 - (j) Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu
- 4) Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum
- a) Definisi:
Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/minum

b) Tindakan :

(1) Observasi

- (a) Identifikasi diet yang dianjurkan
- (b) Monitor kemampuan menelan
- (c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

(2) Terapeutik

- (a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- (b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- (c) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- (d) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- (e) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- (f) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- (g) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- (h) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- (i) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

(3) Edukasi

Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)

(4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

5) Dukungan Perawatan Diri: Mandi

a) Definisi:

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri

b) Tindakan:

(1) Observasi

- (a) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
 - (b) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
 - (c) Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)
 - (d) Monitor integritas kulit
- (2) Terapeutik
- (a) Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)
 - (b) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
 - (c) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
 - (d) Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
 - (e) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
 - (f) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian
- (3) Edukasi
- (a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
 - (b) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

b. Dx Kep: Gangguan Persepsi Sensori

- 1) Manajemen halusinasi
 - a) Definisi:

Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita
 - b) Tindakan:
 - (1) Observasi
 - (a) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
 - (b) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan

- (c) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)

(2) Terapeutik

- (a) Pertahankan lingkungan yang aman
- (b) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. *Limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
- (c) Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
- (d) Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi

(3) Edukasi

- (a) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
- (b) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
- (c) Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
- (d) Ajarkan pasien dan keluarga mengontrol halusinasi

(4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.

2) Minimalisasi rangsangan

a) Definisi:

Mengurangi jumlah atau pola rangsangan yang ada (baik internal atau eksternal)

b) Tindakan:

(1) Observasi

- (a) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri, kelelahan)

(2) Terapeutik

- (a) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. Bisng, terlalu terang)

- (b) Batasi stimulus lingkungan (mis. Cahaya, suara, aktivitas)
 - (c) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
 - (d) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan
- (3) Edukasi
- (a) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)
- (4) Kolaborasi
- (a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
 - (b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi Stimulus
- 3) Pengekangan kimiawi
- a) Definisi:
- Penatalaksanaan, pemantauan, dan penghentian agen psikotropika yang digunakan untuk mengendalikan perilaku ekstrim individu
- b) Tindakan:
- (1) Observasi
- (a) Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (mis. Agitasi, kekerasan)
 - (b) Monitor riwayat pengobatan dan alergi
 - (c) Monitor respon sebelum dan sesudah pengekangan
 - (d) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensai dan kondisi secara berkala
 - (e) Monitor kebutuhan nutrisi, cairan dan eliminasi
- (2) Terapeutik
- (a) Lakukan supervisi dan surveilensi dalam memonitor tindakan

- (b) Beri posisi nyaman untuk mencegah aspirasi dan kerusakan kulit
 - (c) Ubah posisi tubuh secara periodic
 - (d) Libatkan pasien dan/atau keluarga dalam membuat keputusan
- (3) Edukasi
- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur pengekangan
 - (b) Latih rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien
 - (c) Kolaborasi
- (4) Kolaborasi:
- (a) pemberian agen psikotropika untuk pengekangan Kimiawi

c. Dx Kep: Koping Tidak Efektif

- 1) Dukungan pengambilan keputusan
- a) Definisi:
- Memberikan informasi dan dukungan saat pembuatan keputusan kesehatan
- b) Tindakan:
- (1) Observasi
- (a) Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik
- (2) Terapeutik
- (a) Fasilitas mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan
 - (b) Diskusikan kelebihan dan kekurangan diri setiap solusi
 - (c) Fasilitas melihat situasi secara realistic
 - (d) Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan
 - (e) Fasilitas pengambilan keputusan secara kolaboratif

- (f) Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi
 - (g) Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu
 - (h) Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.
- (3) Edukasi
- (a) Informasikan alternatif solusi secara jelas
 - (b) Berikan informasi yang diminta pasien
- (4) Kolaborasi
- (a) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan
- 2) Dukungan Penampilan Peran
- a) Definisi:
- Memfasilitasi pasien dan keluarga untuk memperbaiki hubungan dengan mengklarifikasi dan memenuhi perilaku peran tertentu.
- b) Tindakan:
- (1) Observasi
- (a) Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan
 - (b) Identifikasi peran yang ada dalam keluarga
 - (c) Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi
- (2) Terapeutik
- (a) Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan
 - (b) Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku
 - (c) Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu
 - (d) Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu

- (e) Fasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah, jika perlu
 - (f) Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik
- (3) Edukasi
- (a) Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran
 - (b) Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan
 - (c) Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua
 - (d) Diskusikan strategi psitif untuk mengelola perubahan peran
 - (e) Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/orang tua untuk memenuhi peran
- (4) Kolaborasi
- (a) Rujuk dalam kelompok untuk mempelajari peran baru
- 3) Promosi coping
- a) Definisi:
- Meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada
- b) Tindakan:
- (1) Observasi
- (a) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
 - (b) Identifikasi kemampuan yang dimiliki
 - (c) Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
 - (d) Identifikasi pemahaman proses penyakit

(2) Terapeutik

- (a) Diskusikan perubahan peran yang dialami
- (b) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- (c) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- (d) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- (e) Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu

(3) Edukasi

- (a) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- (b) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- (c) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- (d) Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan pada tahapan rencana.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut buku (PPNI, 2018b) kriteria hasil yang muncul pada kondisi klinis *demensia* adalah:

- a. Defisit Perawatan diri

Tabel 2.1 Standar Luaran Defisit Perawatan Diri

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
Kemampuan makan	1	2	3	4	5

Kemampuan toileting (BAK/BAB)	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5

(PPNI, 2018b)

b. Gangguan Persepsi Sensori

Tabel 2.2 Standar Luaran Gangguan Persepsi Sensori

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	menurun
Verbalisasi mendengar bisikan	1	2	3	4	5
Verbalisasi melihat bayangan	1	2	3	4	5
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan	1	2	3	4	5
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman	1	2	3	4	5
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan	1	2	3	4	5
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap	1	2	3	4	5

Distorsi sensori	1	2	3	4	5
Perilaku halusinasi	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Melamun	1	2	3	4	5
Curiga	1	2	3	4	5
Mondar-mandir	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Respons sesuai stimulus	1	2	3	4	5
Konsentrasi	1	2	3	4	5
Orientasi	1	2	3	4	5

(PPNI, 2018b)

c. Koping Tidak Efektif

Tabel 2.3 Standar Luaran Koping Tidak Efektif

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan memenuhi peran sesuai usia	1	2	3	4	5
Perilaku koping adaptif	1	2	3	4	5
Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah	1	2	3	4	5
Verbalisasi pengakuan masalah	1	2	3	4	5
Verbalisasi kelemahan diri	1	2	3	4	5
Perilaku asertif	1	2	3	4	5
Partisipasi sosial	1	2	3	4	5
Tanggung jawab diri	1	2	3	4	5
Orientasi realitas	1	2	3	4	5
Minta mengikuti perawatan/pengobatan	1	2	3	4	5
Kemampuan membina hubungan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Verbalisasi menyalahkan orang lain	1	2	3	4	5
Verbalisasi rasionalisasi kegagalan	1	2	3	4	5
Hipersensitif terhadap kritik	1	2	3	4	5
Perilaku penyalahgunaan zat	1	2	3	4	5
Perilaku manipulasi	1	2	3	4	5
Perilaku permusuhan	1	2	3	4	5
Perilaku superior	1	2	3	4	5

(PPNI, 2018b)

D. Tinjauan Konsep Demensia

1. Definisi Demensia

Demensia adalah sindroma klinis yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan memori yang sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Demensia merupakan keadaan ketika seseorang mengalami penurunan daya ingat dan daya pikir lain yang secara nyata mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari. (Nasrullah, 2016)

Demensia adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir serta penurunan kemampuan tersebut menimbulkan gangguan terhadap fungsi kehidupan sehari-hari. Kumpulan gejala yang ditandai dengan penurunan kognitif perubahan mood dan tingkah laku sehingga mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari penderita. (Yuli, 2014)

2. Etiologi

Menurut (Dede Nasrullah, 2016) penyebab dari demensia adalah :

- a. Degenerasi neuronal atau gangguan multifokal.

b. Penyakit vaskuler atau keadaan lanjut usia pada orangtua.

c. Faktor usia

Penyebab demensia yang reversibel sangat penting diketahui karena pengobatan yang baik pada penderita dapat kembali menjalankan kehidupan sehari-hari yang normal. Untuk meningkatkan berbagai keadaan tersebut telah di buat suatu jembatan "*jembatan kedelai*" sebagai berikut :

- a. Drugs (obat) : Obat sedative, obat penenang minor dan mayor, obat anti konvulsan, obat anti hipertensi, obat anti aritmia.
- b. Emotional (Gangguan emosi, misal depresi)
- c. Metabolic dan endokrin seperti : Diabetes Militus, hipoglikemia, gangguan ginjal, gangguan hepar, gangguan tiroid, gangguan electrolit.
- d. Eye dan Ear (disfungsi mata dan telinga).
- e. Nutritional : kekurangan vit B6 (pellagra), kekurangan vit B1 (sindrom wernicke), kekurangan vit B12 (anemia pernisirosa), kekurangan asam folat.
- f. Tumor dan Trauma
- g. Infeksi seperti : Ensefalitis oleh virus contoh : herpes simplek.
- h. Bakteri contoh : Pneumococcus, TBC, parasit, fungus, abses otak, neurosifilis
- i. Arteriosklerosis (komplikasi penyakit aterosklerosis misal : infark miokard, gagal jantung, dan alkohol)

Keadaan yang secara potensial reversibel atau yang bisa di hentikan seperti:

- a. Intoksikasi (obat termasuk alkohol)
- b. Infeksi susunan saraf pusat
- c. Gangguan metabolic
- d. Gangguan vaskuler (demensia multi-infark)
- e. Lesi desak ruang
- f. Hematoma subdural akut atau kronis

- g. Metastase neoplasma
- h. Hidrosefalus yang bertekanan normal
- i. Depresi (pseudo-demensia depresif)

Penyebab dari demensia Non-Reversible :

- a. Penyakit degeneratif, seperti: penyakit Alzheimer, penyakit pick, penyakit huntington, kelumpuhan supranuklear progresif, penyakit parkinson.
- b. Penyakit vaskuler, seperti: penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infarct), penyakit binswanger, embolisme serebral, arteritis, anoreksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung, akibat intoksikasi karbon monoksida.
- c. Demensia traumatic, seperti: perlakuan kranio-serebral, demensia pugilistika.
- d. Infeksi, seperti: sindrom defisiensi imun dekatan (AIDS), infeksi opportunistic, demensia pasca ensefalitis.

3. Patofisiologi

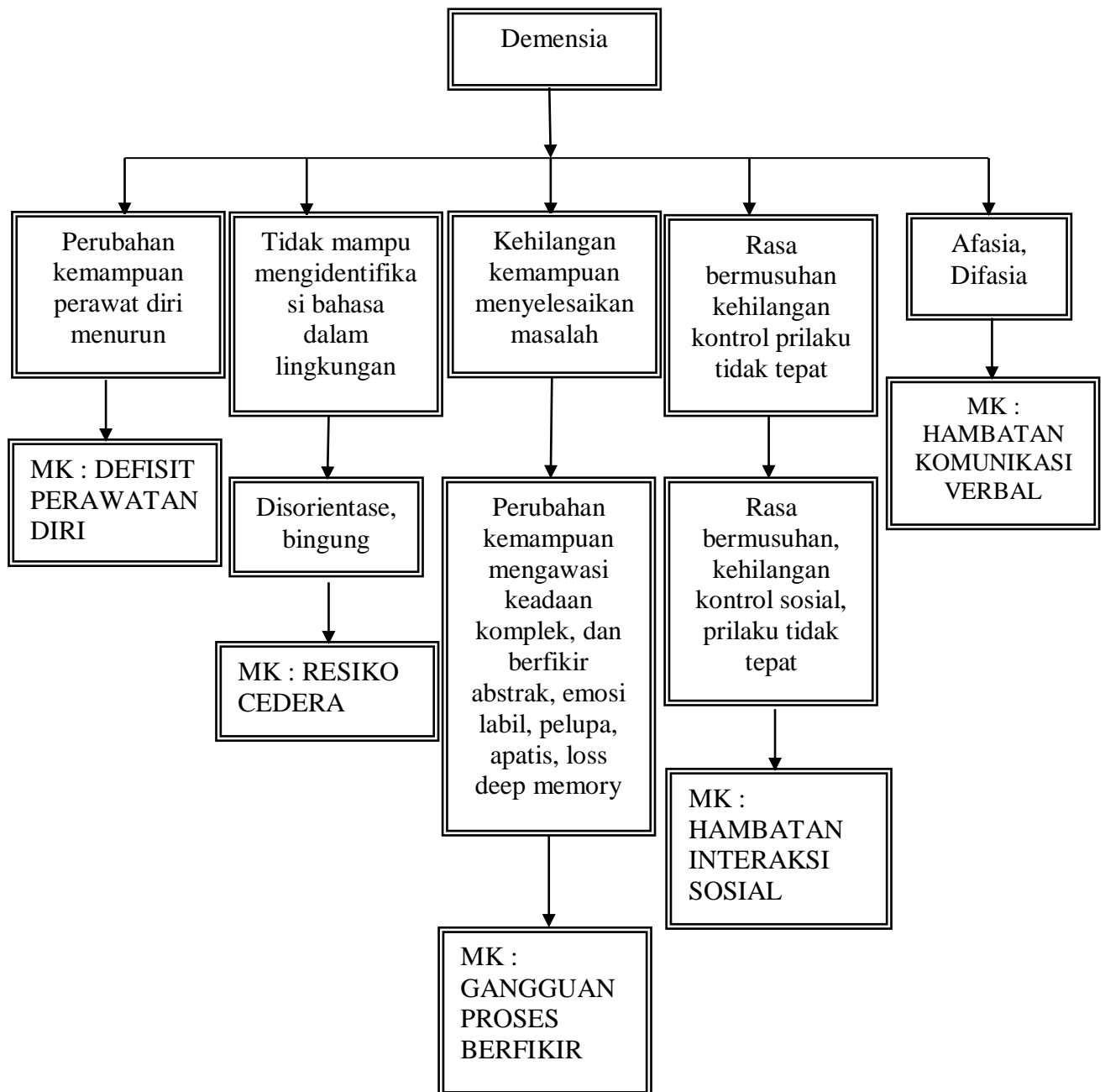
Beberapa ahli memisahkan demensia yang terjadi sebelum usia 65 tahun (*demensia prasenilis*) dan yang terjadi pada usia 65 tahun (*demensia senilis*). Perbedaan ini dari asumsi penyebab yang berbeda. Degenerasi neuronal yang jarang pada orang muda dan penyakit vasikuler atau keadaan usia lanjut usia pada orang tua. Meskipun ekspresi penyakit dapat berbeda pada usia yang berbeda, kelainan utama pada pasien demensia dari semua usia adalah sama dan perbedaan berdasarkan kenyataan.

Sebagai besar penyakit yang menyebabkan demensia adalah degenerasi neuronal yang luas atau gangguan multi vokal. Gejala awal tergantung dimana proses demensia mulai terjadi, tetapi lokasi dan jumlah neuron yang hilang diperlukan untuk menimbulkan demensia sulit ditetapkan. Pada penyakit Alzheimer yang merupakan penyebab demensia

paling sering, demensia akibat hilangnya jaringan kortikal terutama pada lobus temporalis, parietalis dan frontalis.

Hal ini sebagai kasus bertambahnya jarak antara garis dan pembersihan vertikel. Tanda holistik adalah adanya beberapa kekacauan neurofibrinalis dan plak senilis. Plak dan kekacauan ditemukan dalam otak orang tua yang normal tetapi meningkat jumlah penyakit Alzheimer, terutama jawab terhadap gangguan ingatan yang mungkin sebagian diperantarai oleh berkurangnya aktivitas kolinergik. Aktivitas neurotransmitter termasuk norepinefrin, serotonin, dopamin, glutamat, somatostatin juga menurun. Perubahan-perubahan ini disertai dengan berkurangnya aliran darah serebral dan menurunnya metabolisme oksigen dan glukosa.

PATHWAY



Gambar 2.1 Pathway
(Nasrullah, 2016)

4. Karakteristik Demensia

Menurut John (1994) dalam buku (Yuli, 2014) bahwa lansia yang mengalami demensia juga akan mengalami keadaan yang sama seperti orang depresi yaitu akan mengalami defisit aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS), gejala yang sering menyertai demensia adalah:

- a. Gejala awal:
 - 1) Kinerja mental menurun
 - 2) Mudah lupa
 - 3) Gagal dalam tugas
- b. Gejala lanjut
 - 1) Gangguan kognitif
 - 2) Gangguan afektif
 - 3) Gangguan perilaku
- c. Gejala umum
 - 1) Mudah lupa
 - 2) Aktivitas sehari-hari terganggu
 - 3) Cepat marah
 - 4) Kurang konsentrasi

5. Klasifikasi *Demensia*

Menurut (Yuli, 2014) klasifikasi demensia dibagi berbagai macam, yaitu:

a. Demensia Senilis

Kekurangan peredaran darah ke otak serta pengurangan metabolisme dan O₂ yang menyertainya merupakan penyebab kelainan anatomis di otak. Pada banyak orang terdapat kelainan aterosklerosis seperti yang terdapat pada demensia senilis, tetapi tidak di temukan gejala demensia. Otak mengecil terdapat suatu atrofi umum, terutama pada daerah frontal yang penting ialah jumlah sel berkurang. Kadang-kadang ada kelainan otak yang jelas tetapi orang itu tidak psikotik, sebaliknya pada orang yang sudah jelas demensia kadang-kadang ada

sedikit kelainan pada otak jadi tidak selalu ada korelasi antara besarnya kelainan histologi dan beratnya gangguan intelegensi.

1) Gejala:

- a) Biasanya sudah umur 60 tahun baru timbul gejala yang jelas untuk membuat diagnose demensia senilis. Penyakit jasmani atau gangguan emosi yang hebat dapat mempercepat kemunduran mental.
 - b) Gangguan ingatan jangka pendek, lupa tentang hal-hal yang berupaterjadi merupakan gejala dini juga kekurangan ide-ide dan gaya pemikiran abstrak. Yang menjadi egosentrik dan egoistic, lekas tersinggung dan marah-marah. Kadang-kadang timbul aktivitas seksual yang berlebih atau yang tidak pantas, sesuatu tanda kontrol berkurang atau usaha untuk kompensasi psikologis.
 - c) Ia mungkin jadi korban penjahat karena ia mudah di ajak, contohnya dalam hal penipuan dan seks.
 - d) Ingatan jangka pendek makin lama makin keras terganggu, maka makin lama makin banyak ia lupa, sehingga penderita hidup dalam alam pikiran sewaktu ia masih muda atau masih kecil.
- 2) Gejala jasmani: Kulit menjadi tipis, keriput, dan atrofis, BB, atrofi pada otot, jalannya menjadi tidak stabil, suara kasar, tremor pada tangan dan kepala
- 3) Gejala psikologis: Sering hanya terdapat tanda kemunduran mental umum (demensia simplek) tetapi tidak jarang juga terjadi kebingungan dan delirium atau depresi atau serta agitasi. Adanya yang terjadi paranoid pada presbiofrenia terutama dapat gangguan ingatan serta konvulasi dan dapat dianggap sebagai salah satu jenis demensia senilis dan beberapa gejala yang menonjol dan sedikit lebih cepat.

4) Prognosa

Tidak baik jalannya progresif demensia makin lama makin berat sehingga akhirnya penderita hidup secara vegetatif saja walaupun demikian penderita dapat hidup selama 10 tahun atau lebih setelah gejala-gejala menjadi nyata.

5) Diagnosa

Perlu di bedakan dari Arteriosklerosa otak tapi kedua hal ini tidak jarang terjadi bersama-sama. Pada Melankolia Involusi tidak dapat tanda-tanda demensia. Kadang-kadang sindroma otak organik sebab uremia, anemia, payah jantung atau penyakit paru-paru dapat serupa dengan psikosa senilis.

6) Pengobatan

Pertahankan perasaan aman dan harga diri, perhatikanlah dan coba memuaskan kebutuhan rasa kasih sayang, rasa masuk hitungan, tercapainya sesuatu dan rasa penuh dibenarkan serta di hargai.

b. Demensia Presenilis

Seperti namanya maka gangguan ini gejala utamanya ialah seperti sebelum masa senile akan di bicarakan 2 macam demensia presenilis yaitu:

1) Penyakit Alzheimer

Penyakit Alzheimer ini biasanya timbul antara usia 50-60 tahun, yang disebabkan oleh adanya degenerasi kortek yang difus pada otak di lapisan luar, terutama didaerah frontal dan temporal. Atrofi otak ini dapat dilihat pada Pneumoensefalogram, sistem Ventrikel membesar serta banyak hawa di ruang Subarachnoid.

Penyakit ini dimulai pelan sekali, tidak ada ciri yang khas pada gangguan intelegensi atau pada kelainan perilaku. Terdapat disorientasi, gangguan ingatan, emosi yang lebih, kekeliruan dalam berhitung, dan pembicaraan sehari-hari dapat terjadi afasi, perseverasi mengulang-ulang perkataan, pembicaraan logoklonia

pengulangan tiap suku kata akhir secara tidak teratur, dan bila sudah berat maka penderita tidak dapat dimengerti lagi, Ada yang jadi gelisah dan hiperaktif. Terkadang sepintas timbul aproksia (kehilangan kecakapan yang di peroleh sebelumnya untuk melakukan pekerjaan atau gerakan yang memerlukan keterampilan), Hemiplegia atau pra plegia, parase pada muka dan spasme pada ekstremitas juga sering terjadi sehingga pada stadium akhir timbul kontraktur. Pada pase ini sudah sangat dement dan tidak diadakan kotak dengannya lagi. Biasanya penyakit ini berlangsung selama 5-10 tahun.

2) Penyakit Pick

Secara patologis penyakit ini adalah Atrofi dan Gliosis didaerah-daerah asosiatif, daerah motorik, sensorik, dan daerah proyeksi secara relative dan banyak berubah. Yang terganggu adalah daerah krotek yang secara filogenetik lebih mudah dan yang penting buat fungsi asosiasi yang lebih tinggi. Sebab itu yang terganggu adalah pembicaraan dan proses berfikir.

Penyakit ini mungkin Herediter diperkirakan terdapat faktor menjadi pencetus dari sel-sel ganglion yang tertentu yaitu: genetik paling muda. Lobus Frontalis menjadi demikian atrofis sehingga kadang kelihatan seperti di tekan oleh suatu lingkaran. Biasanya terjadi pada umur 45-60 tahun, yang termuda pernah diberitakan umur 31 tahun.

Penyakit pick terdapat dua kali lebih banyak pada kaum wanita dari pada kaum pria. Gejala: ingatan berkurang, kesukaran dalam pemikiran dan konsentrasi, kurang spontanitas, emosi menjadi tumpul. Penderita menjadi acuh tak acuh, kadang-kadang tidak dapat menyesuaikan diri serta menyelesaikan masalah dalam situasi yang baru. Dalam waktu 1 tahun sudah terjadi demensia yang jelas. Ada yang efor, ada yang jadi susah dan curiga. Sering terdapat gejala fokal seperti afasia, aproksia, aleksia, tetapi gejala ini sering

diselubungi oleh demensia umum. Ciri Afasia yang penting pada penyakit ini ialah terjadinya secara pelan-pelan (tidak mendadak seperti pada gangguan pembuluh darah otak), terdapat Logorrhea yang spontan (tidak ada pada afasia sebab gangguan pembuluh darah). Tidak jarang ada Echolalia dan Reaksi Stereotip.

Pada fase lanjut *demensia* menjadi hebat, terdapat inkontinensia kemampuan buat bicara hilang dan demensia yang berat. Biasanya penderita meninggal dalam waktu 4-6 tahun karena suatu penyakit infeksi tambahan. Sampai sekarang tidak ada pengobatan terdapat kasus *demensia* presenilis. Dapat direncanakan bantuan yang simptomik dalam lingkungan yang memadai. Biar gelisah dapat dipertimbangkan pemberian obat psikotropik.

6. Pemeriksaan *Demensia*

Pemeriksaan penting yang harus dilakukan untuk penderita mulai dari pengkajian latar individu, pemeriksaan fisik, pengkajian status mental dan sebagai penunjang juga diperlukan di laboratorium.

- a. Pemeriksaan fungsi kognitif dan fungsi mental

Tabel 2.4 Pemeriksaan Fungsi Kognitif Dan Mental

Nilai maksimum	Skore	Pertanyaan
Orientasi		
5		(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan apa sekarang)
		Dimana kita: (negara bagian) (wilayah) (kota) (rumah sakit) (lantai)
Registrasi		

3		Nama 3 objek: 1 detik untuk mengatakan masing-masing. Kemudian tanyakan klien ketiga objek setelah anda mengatakannya. Beri 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya. Jumlahkan percobaan dan catat.
Perhatian dan kalkusi		
5		Seri 7s. 1 poin untuk setiap kebenaran berhenti setelah 5 jawaban. Bergantian eja “kata” ke belakang.
Meminta		
3		Minta untuk mengulang ketiga objek diatas. Beri 1 poin untuk setiap kebenaran.
Bahasa		
9		Nama pensil dan melihat (2 poin) mengulangi hal berikut: “tak ada jika dan atau tetapi” (1 poin)
Nilai Total: 30		

(Yuli, 2014)

Keterangan:

Nilai maksimal 30, nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lanjut. Kriteria demensia:

- 1) Ringan: 21-30
- 2) Sedang: 11-20
- 3) Berat: ≤ 10

b. Pemeriksaan portable untuk status mental (PPMS=MMSE= Mini mental state examination)

Tabel 2.5 Pemeriksaan Mini Mental State Examination

Daftar pertanyaan	
Tanggal berapakah hari ini? (bulan, tahun)	0-2 kesalahan = baik
Hari apakah ini?	3-4 kesalahan =gangguan intelektual ringan
Apakah nama tempat ini?	5-7 kesalahan gangguan intelektual sedang
Berapa nomer telpon bapak/ibu? bila tidak ada telpon, dijalan apakah rumah bapak/ibu?	8-10 kesalahan = gangguan intelektual berat
Berapa umur bapak/ibu?	Bila penderita tak pernah sekolah, nilai kesalahan di perbolehkan +1 dari nilai diatas.
Kapan bapak/ibu lahir? (tanggal, bulan, tahun)	
Siapakah nama gubernur kita? (walikota/lurah, camat)	Bila penderita sekolah lebih dari SMA, kesalahan yang diperbolehkan -1 dari nilai atas.
Siapakah nama gadis ibu anda?	
Hitung mundur 3-3, mulai dari 20	

(Yuli, 2014)

7. Penatalaksana

Penatalaksana awal meliputi pengobatan setiap penyebab demensia yang reversibel atau keadaan bingung yang saling tumpang tindih. Sekitar 10% pasien dengan Demensia menderita Pseudodemensia yang disebabkan oleh penyakit Psikiatrik yang dapat diobati dan 10% yang menderita penyebab penunjang yang dapat dimodifikasi seperti Alkoholisme atau Hypertensi.

Pasien *demensia* ringan dapat melanjutkan aktifitas di rumah yang relatif normal tetapi jarang ditempat kerja. Ketika gangguan menjadi lebih dalam pasien membutuhkan banyak bantuan dengan aktivitas kehidupan sehari-hari. Beberapa pasien yang terganggu agak berat dapat hidup sendiri jika mereka dapat dukungn dari masyarakat termasuk kunjungan setiap hari dari keluarga atau teman. Kunjungan teratur oleh perawat masyarakat

pemberian makanan dan bantuan dari tetangga. Beberapa individu demensia ringan menjadi terganggu orientasinya yang bingung jika dipindahkan ke lingkungan yang tidak bisa seperti Rumah Sakit. (Nasrullah, 2016)

E. Tinjauan Konsep Lanjut Usia

1. Pengertian

Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun keatas. Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan-lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi. Oleh karena itu, dalam tubuh akan menumpuk makin banyak distorsi metabolic dan structural yang disebut penyakit degenerative yang menyebabkan lansia akan mengakhiri hidup dengan episode terminal. (Nasrullah, 2016)

2. Batasan Umur Lanjut Usia

Menurut pendapat beberapa ahli, batasan-batasan umur yang mencakup lansia yaitu :

- a. Menurut Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.”
- b. Menurut World Health Organization (WHO), usia lanjut dibagi dibagi menjadi 4 kriteria berikut : usia pertengahan (middle age) ialah 45-59 tahun, lanjut usia (elderly) ialah 60-74 tahun, lanjut usia tua (old) ialah 75-90 tahun, usia sangat tua (very old) ialah diatas 90 tahun.
- c. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat 4 fase, yaitu : pertama (fase inventus) ialah 25-40 tahun, kedua (fase virilities) ialah 40-55 tahun, ketiga (fase presenium) ialah 55-65 tahun, keempat (fase senium) ialah 65 tahun sampai tutup usia.

- d. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro, masa lanjut usia (geriatricage) :> 65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia itu sendiri dibagi menjadi tiga batasan umur , yaitu young old (70-75 tahun), old (75-80 tahun), dan very old (>80 tahun).

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.

3. Memahami mitos dan realita lanjut usia

Dalam masyarakat, sering kita jumpai anggapan dan pandangan yang keliru tentang pengertian dan mitos mengenai lanjut usia (lansia), sehingga hal tersebut dapat merugikan para lansia itu sendiri. Anggapan dan pandangan yang keliru itu menimbulkan stigma (cap buruk) bagi para lansia dimasyarakat, dan dapat mempengaruhi orang-orang yang sesungguhnya memiliki kepedulian membantu para lansia. Anggapan dan pandangan yang keliru dalam masyarakat mencakup beberapa hal sebagai berikut : lansia berbeda dengan orang lain, lansia tidak dapat belajar keterampilan baru serta tidak perlu pendidikan dan latihan, lansia sukar memahami informasi baru, lansia tidak produktif dan menjadi beban masyarakat, lansia tidak berdaya, lansia tidak dapat mengambil keputusan, lansia tidak butuh cinta dan tidak perlu relasi seksual, lansia tidak menikmati kehidupan sehingga tidak dapat bergembira, lansia itu lemah, jompo, ringkih, sakit-sakitan atau cacat, lansia menghabiskan uang untuk berobat, serta lansia sama dengan pikun.

4. Tipologi manusia lanjut usia

Terdapat bermacam-macam tipologi manusia lanjut usia, ada tipe mandiri, tipe tidak puas, tipe pasrah, dan tipe bingung. Pertama, pada lansia tipe mandiri, mereka mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan. Kedua, lansia tipe tidak puas

cenderung memiliki konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik jasmaniah, kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik. Ketiga, lansia tipe pasrah cenderung menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap terbitlah terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan. Keempat, lansia tipe bingung cenderung kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal pasif, acuh tak acuh.

Pengelompokan lain sebagaimana dikemukakan oleh tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, tipe konstruktif, tipe independen (ketergantungan), tipe defensive (bertahan), tipe militan dan serius, tipe pemarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri).

Tipe lansia berkaitan dengan karakter, pengalaman kehidupannya, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya, antara lain tipe optimis, tipe konstruktif, tipe ketergantungan (dependent), tipe deficit, tipe militan dan serius, tipe marah/frustasi (the angry man), dan tipe putus asa (self heating man).

Ada juga pendapat yang menggolongkan lansia dalam kelompok sebagai berikut : lanjut usia mandiri sepenuhnya, lanjut usia mandiri dengan bantuan langsung keluarganya, lanjut usia mandiri dengan bantuan tidak langsung, lanjut usia dibantu oleh badan sosial, lanjut usia panti sosial, lanjut usia yang dirawat di rumah sakit, dan lanjut usia yang menderita gangguan mental.

Beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya. Tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut :

- a. Tipe arif bijaksana : kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap raman,

rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

- b. Tipe mandiri : mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
- c. Tipe tidak puas : konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.
- d. Tipe pasrah : menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, melakukan pekerjaan apa saja.
- e. Tipe bingung : kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.