

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 kebuthan mewah lainnya.

b. Kebutuhan Menurut Sifat

1) Kebutuhan Jasmani

Kebutuhan jasmani adalah kebtuhan 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 Personal Hygiene

1. Definisi Personal Hygiene

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 & Wartonah, 2015)

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, 2017)

Personal Hygiene berasal dari bahasa Yunani, berasal dari kata *personal* yang artinya perorangan, dan *hygiene* berarti sehat. Dapat diartikan bahwa kebersihan perorangan atau *personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan baik fisik maupun psikisnya (Is'roin dan Andarmoyo, 2012)

2. Jenis Personal Hygiene

Jenis-jenis perawatan *personal hygiene* dalam Buku Saku Personal Hygiene (Yuni, Natalia Erlina 2015) dibedakan menjadi dua yaitu :

1. Berdasarkan Waktu

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

2. Berdasarkan tempat (Kushariyadi,2010)

a. 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 :

1. Gigi palsu dilepas, dikeluarkan dari mulut dengan menggunakan kain kasa atau sapu tangan yang bersih. Bila mengalami kesulitan, ia dapat dibantu oleh keluarga/perawat.

2. Kemudian, gigi palsu disikat perlahan dibawah air mengalir sampai bersih. Bila perlu pasta gigi dapat digunakan.
 3. Pada waktu tidur, gigi palsu tidak dapat dipakai dan direndam di dalam air bersih dalam gelas. Tidak boleh direndam di dalam 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 petugas.
- b. Personal hygiene pada kulit dan badan
- Fungsi kulit antara lain :
1. Melindungi bagian tubuh/jaringan dibawahnya terhadap pukulan, untuk mencegah masuknya kuman penyakit, kedinginan dan lain- lain.
 2. Sebagai panca indra perasa dan peraba.
 3. Mengatur suhu badan.
 4. Mengeluarkan ampas berupa zat yang tidak terpakai (keringat).
 5. 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:

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

c. Personal hygiene pada kepala dan rambut

Seperti juga kuku, rambut tumbuh di luar epidemis. 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 di rambut dan kulit kepala. Hal yang perlu diperhatikan :

1. Bila terdapat ketombe atau kutu rambut, obat dapat diberikan. misalnya Peditox.
2. Untuk rambut yang kering, bisa diberi minyak atau orang-arang atau lainnya.
3. 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.
4. 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 :

1. Bilas sisa sabun, sampo harus bersih agar tidak menimbulkan rasa gatal atau ketombe dan timbul alergi.
 2. Letakkan rambut sebagai alas di atas bantal, kemudian sisir rambut dengan hati-hati.
 3. 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.
- d. 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.
- e. 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 pengarahannya cara membersihkan tempat tidur.

3. Tujuan Personal Hygiene

Tujuan perawatan personal hygiene (Tarwoto, Wartonah 2015)

- a. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
- b. Memelihara kebersihan diri seseorang.
- c. Memperbaiki personal hygiene yang kurang.
- d. Pencegahan penyakit.
- e. Meningkatkan percaya diri seseorang.
- f. Menciptakan keindahan.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene

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. (Yuni dkk, 2015)

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

a. Citra tubuh (Body Image)

Citra tubuh mempengaruhi cara seseorang memlihara 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 hygiene. Klien yang tampak berantakan atau tidak peduli dengan hygiene atau pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat kemampuan klien berpartisipasi dalam hygiene harian (Yuni dkk, 2015).

Body image seseorang berpengaruh dalam pemenuhan personal hygiene karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya (dalam Buku Saku Personal Hygiene Natalia Erlina Yuni dkk, 2015)

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 (Yuni dkk, 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, pada anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene. (Yuni dkk, 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 (Yuni dkk, 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 (Yuni dkk, 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 (Yuni dkk, 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 (Yuni dkk, 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. (Yuni dkk, 2015)

5. Dampak pada Masalah Personal Hygiene

Menurut Isro'in dan Andarmoyo (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 Personal Hygiene

Menurut (Wahit dkk, 2015) terdapat beberapa macam penata laksana 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 di potong 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 di balik kuku dengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan di bawah kuku.
- 4) Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan.
- 5) Khusus untuk jari kaki sebaiknya kuku di potong segera setelah mandi atau di rendam 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 di lakukan 2x sehari pada saat mandi. Pada pria terutama yang belum di sirkumsisi karena adanya kulup pada penis yang menyebabkan urine mudah terkumpul di sekitar 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. (Wahit dkk, 2015)

a. Riwayat Keperawatan

Tanyakan tentang pola kebersihan individu sehari-hari, sarana dan prasarana yang dimiliki, serta faktor-faktor yang mempengaruhi hygiene personal 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 ikterius, 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.
- 11) Personal hygiene secara umum: Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan pada kulit atau bentuk tubuh.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat lugas dan jelas berdasarkan pada hasil pengumpulan data dan evaluasi data yang di lakukan 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 SDKI, 2017. Diagnosa yang mungkin muncul kondisi klinis demensia adalah:

- a. Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular
- b. Gangguan memori b.d proses degeneratif
- c. Resiko jatuh b.d perubahan fungsi kognitif

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 kelien dan rencana penilaiannya.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Demensia

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4. Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Emosional 2. Dukungan Pengambilan Keputusan 3. Dukungan Tanggung Jawab pada Diri Sendiri 4. Kontrak Perilaku Positif 5. Manajemen Demensia 6. Manajemen Energi 7. Manajemen Lingkungan 8. Manajemen Nutrisi 9. Manajemen Nyeri 10. Pemberian Makanan 11. Pencegahan Jatuh 12. Penentuan Tujuan Bersama 13. Pengaturan Posisi 14. Perawatan Kaki 15. Perawatan Kuku 16. Perawatan Lensa Kontak 17. Perawatan Mata 18. Perawatan Mulut 19. Perawatan Perineum 20. Perawatan Rambut 21. Perawatan Telinga 22. Promosi Citra Tubuh 23. Promosi Harga Diri 24. Promosi Komunikasi: Defisit Pendengaran 25. Promosi Komunikasi: Defisit Visual 26. Promosi Latihan Fisik 27. Reduksi Ansietas 28. Terapi Menelan
2.	Gangguan memori berhubungan dengan proses	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan otogenik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan emosional 2. Dukungan kepatuhan program pengobatan 3. Manajemen cairan

	degeneratif	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Kenakan pasien pakaian yang nyaman dan tidak membatasi pergerakan 3. Bacakan pernyataan (skrip) yang disiapkan, berhenti sejenak minta mengulang secara internal 4. Gunakan pernyataan yang menimbulkan perasaan senang, tenang, atau rasa melayang pada bagian tertentu. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan otogenik 2. Anjurkan duduk di kursi atau berbaring dalam posisi telentang 3. Anjurkan mengulangi pernyataan kepada diri sendiri untuk mendapatkan perasaan lebih dalam pada bagian tubuh yang dituju 4. Anjurkan latihan selama 15-20 menit 5. Anjurkan tetap rileks selama 15-20 menit 6. Anjurkan berlatih tiga kali sehari <p>Orientasi realita</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perubahan orientasi 2. Monitor perubahan kognitif <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalkan nama saat interaksi 2. Orientasikan orang, tempat dan waktu 3. Hadirkan realita (mis. beri penjelasan alternatif, hindari perdebatan) 4. Sediakan lingkungan dan rutinitas secara konsisten 5. Atur stimulus sensorik dan lingkungan (mis. kunjungan, pemandangan, suara, pencahayaan, bau dan sentuhan) 6. Gunakan simbol dalam mengorientasikan lingkungan (mis. tanda, gambar, warna) 7. Libatkan dalam terapi kelompok orientasi 8. Berikan waktu istirahat dan tidur yang cukup, sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Manajemen delirium 5. Manajemen demensia 6. Manajemen elektroensefalografi 7. Manajemen elektrolit 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen medikasi 10. Pemantauan cairan 11. Pemantauan elektrolit 12. Pemantauan neurologis 13. Pemetaan otak 14. Perawatan jantung 15. Reduksi ansietas 16. Stimulus kognitif 17. Surveilans 18. Transcutaneous Electrical 19. Terapi mileu 20. Terapi oksigen 21. Terapi reminisens 22. Terapi validasi
--	-------------	--	---

		<p>9. Fasilitasi akses informasi (mis. Televisi, surat kabar, radio), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan perawatan diri secara mandiri 2. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata, alat bantu dengar, gigi palsu) 3. Ajarkan keluarga dalam perawatan orientasi realita 	
3.	Resiko jatuh b.d perubahan fungsi kognitif	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station. 5. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker) 6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Ambulasi 2. Dukungan Mobilisasi 3. Edukasi Keamanan Bayi 4. Edukasi Keamanan Anak 5. Edukasi Keselamatan Lingkungan 6. Edukasi Pengurangan Risiko 7. Identifikasi Risiko 8. Manajemen Kejang 9. Manajemen Sedasi 10. Orientasi Realita 11. Pemberian Obat 12. Pemasangan Alat Pengaman 13. Pencegahan Kejang 14. Pencegahan Risiko Lingkungan 15. Pengekangan Fisik 16. Pengenalan Fasilitas 17. Promosi Keamanan Berkendara 18. Promosi Mekanika Tubuh 19. Rujukan ke Fisioterapis 20. Surveilans Keamanan dan Keselamatan

		<p>jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat 	
--	--	--	--

Sumber : (SIKI, 2018)

4. Implementasi

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

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), 2018 Standar Luaran yang muncul adalah:

Tabel 2.2 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

(SLKI, 2018)

D. Tinjauan Konsep Demensia

1. Definisi demensia

Demensia adalah sindrom 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 (Aspiani, 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 orang tua.
- 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 dibuat suatu jembatan “jembatan keledai” sebagai berikut:

- 1) Drugs (obat): obat sedative, obat pemenang minor atau mayor, obat anti konvulsan, obat anti hipertensi, obat anti aritmia.
- 2) Emotional (gangguan emosi, misal depresi)
- 3) Metabolic dan endokrin seperti: diabetes mellitus, hipoglikemia, gangguan ginjal, gangguan hepar, gangguan tiroid, gangguan elektrolit.

- 4) Eye dan Ear (disfungsi mata dan telinga).
- 5) Nutritional: kekurangan vit B6(pellagra), kekurangan vit B1(sindrom wernicke), kekurangan vit B12(anemia perniosa), kekurangan asam folat.
- 6) Tumor dan Trauma
- 7) Infeksi seperti: Ensefalitis oleh virus contoh: herpes simplek.
- 8) Bakteri contoh: pneumococcus, TBC, parasit, fungus, abses otak, neurosifilis
- 9) Arteriosklerosis (komplikasi penyakit aterosklerosis misal: infark miokard, gagal jantung, dan alkohol).

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

- 1) Intoksikasi (obat termasuk alkohol)
- 2) Infeksi susunan saraf pusat
- 3) Gangguan metabolik
- 4) Gangguan vaskuler (demensia multi-infark)
- 5) Lesi desak ruang
- 6) Hematoma subdural akut atau kronis
- 7) Metastase neoplasma
- 8) Hidrosefalus yang bertekanan normal
- 9) Depresi (pseudo-demensia depresif)

Penyebab dari demensia Non-Reversible:

- 1) Penyakit degeneratif, seperti: penyakit Alzheimer, penyakit pick, penyakit huntington, kelumpuhan supranuklear progresif, penyakit parkinson.
- 2) Penyakit vaskuler, seperti: penyakit serebrovaskuler oklusif (demensia multi-infark), penyakit binswanger, embolisme serebral, arteritis, anoksia sekunder akibat henti jantung, gagal jantung akibat intoksikasi karbon monoksida.
- 3) Demensia traumatic, seperti: perlakuan kranio-serebral, demensia pugilistika.

- 4) Infeksi, seperti: sindrom defisiensi imun dekatan (AIDS), infeksi opportunistic, demensia pasca ensefalitis.

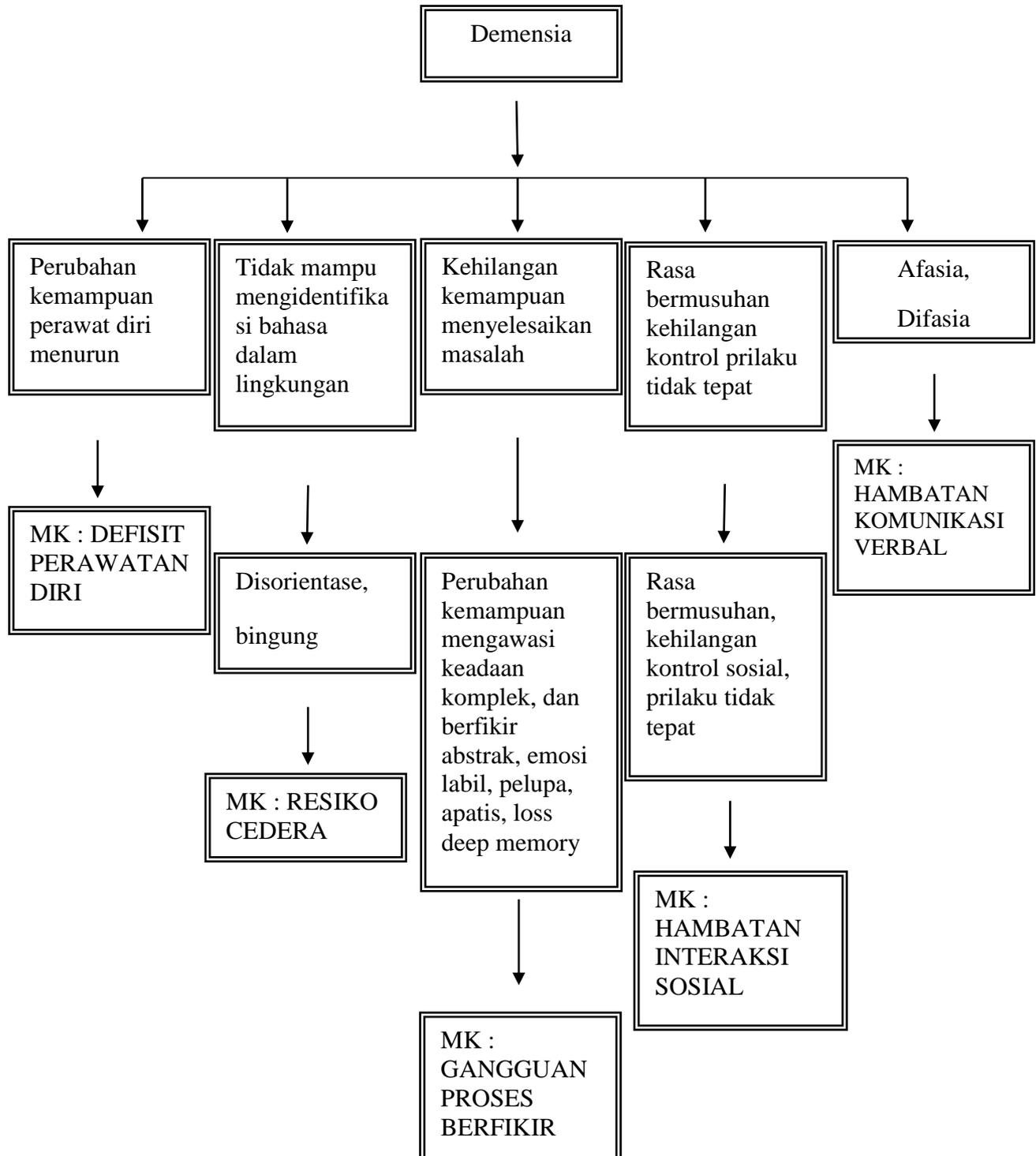
3. Patofisiologi

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, parientalis 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



(Nasrullah, 2016)

4. Karakteristik demensia

(Aspiani, 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 (Aspiani, 2014) klasifikasi demensia di bagi 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 berupa terjadi 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.
- e) Gejala jasmani: kulit menjadi tipis, keriput, dan atrofis, BB, atrofi pada otot, jalannya menjadi tidak stabil, suara kasar, tremor pada tangan dan kepala
- f) 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 konvulsasi dan dapat di anggap sebagai salah satu

jenis demensia senilis dan beberapa gejala yang menonjol dan sedikit lebih cepat.

2) 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.

3) 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 organis sebab uremia, anemia, payah jantung atau penyakit paru-paru dapat serupa dengan psikosa senilis.

4) 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. Kamarnya jangan gelap gulita dan taruhlah barang-barang yang sudah ia kenal sejak dulu untuk mempermudah orientasinya.

b. Demensia Presenilis

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

1) Penyakit Alzheimer

Penyakit Alzheimer ini biasanya timbul antara usia 50-60 tahun, yang di sebabkan oleh adanya degenerasi kortek yang difus pada otak di lapisan luar, terutama di daerah frontal dan temporal. Atrofi otak ini dapat di lihat pada

Pneumoensefalogram, sistem Ventrikel membesar serta banyak hawa di ruang Subarachnoid.

Penyakit ini di mulai 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 sepiantas 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 di daerah-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 di perkirakan 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 di beritakan 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 satu 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 di rencanakan bantuan yang simptomik dalam lingkungan yang memadai. Biar gelisah dapat di pertimbangkan pemberian obat psikotropik.

6. Pemeriksaan Demensia

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

a. Pemeriksaan fungsi kognitif dan fungsi mental

Tabel 2.3 tabel pemeriksaan fungsi kognitif dan mental

Nilai maksimum	Score	Pertanyaan
Orientasi		
5		(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan apa sekarang)
5		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(2poin) mengulangi hal berikut: "tak ada jika dan atau tetapi" (1poin)
Nilai Total: 30		

(Aspiani, 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 2.4 tabel pemeriksaan mini mental state examination

Daftar pertanyaan	
1. Tanggal berapakah hari ini? (bulan,tahun)	1. 0-2 kesalahan = baik
2. Hari apakah ini?	2. 3-4 kesalahan =gangguan intelektual ringan
3. Apakah nama tempat ini?	3. 5-7 kesalahan gangguan intelektual sedang
4. Berapa nomer telpon bapak/ibu? (bila tidak ada telpon, dijalan apakah rumah bapak/ibu?)	4. 8-10 kesalahan = gangguan intelektual berat
5. Berapa umur bapak/ibu?	5. Bila penderita tak pernah sekolah, nilai kesalahan di perbolehkan +1 dari nilai di atas.
6. Kapan bapak/ibu lahir? (tanggal,bulan,tahun)	
7. Siapakah nama gubernur kita? (walikota/lurah,camat)	6. Bila penderita sekolah lebih dari SMA, kesalahan yang di perbolehkan -1 dari nilai atas.
8. Siapakah nama gadis ibu anda?	
9. Hitung mundur 3-3, mulai dari 20	

(Aspiani, 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 Hipertensi.

Pasien *demensia* ringan dapat melanjutkan aktifitas dirumah 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 dukungan 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 di pindahkan ke lingkungan yang tidak bisa seperti Rumah Sakit. (Nasrullah, 2016)

A. Tinjauan Konsep Lanjut Usia

1. Pengertian

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis, maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti bukan kemunduran fisik, yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proposional (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 (Kementrian Kesehatan RI, 2015) lanjut usia di kelompokkan menjadi usia lanjut (60-90 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatannya).

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 di masyarakat, 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, pemaarah, 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 pemaarah/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 militant dan serius, tipe marah/frustrasi (the angry man), dan tipe putus asa (self heating man).

Ada juga pendapat yang menggolongkan lansia dalam kelompok-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 tresna werda, 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 ramah, 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.