

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lanjut Usia**

##### **2.1.1 Pengertian Lanjut Usia**

Lanjut usia atau lansia ialah istilah suatu proses tahap akhir dari penuaan. Menua atau menjadi tua atau disebut juga aging ialah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan pada jaringan yang dapat memperbaiki diri dan mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga dapat bertahan terhadap jejas atau termasuk infeksi serta kerusakan yang diderita dapat diperbaiki (Dharmodjo, 2009). Lanjut usia atau lansia merupakan suatu keadaan atau proses alamiah yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Dalam memasuki usia tua terjadi banyak perubahan baik itu perubahan fisik dan fungsi, perubahan mental dan perubahan psikososial (Nugroho, 2008).

Lanjut usia bukan suatu penyakit tetapi lanjut usia adalah tahap akhir dari suatu siklus hidup manusia dan merupakan proses dari kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap individu. Di tahap ini individu banyak mengalami perubahan baik secara fisik maupun mental khususnya kemunduran di berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Sadock, 2007).

Menurut Depkes RI lanjut usia ialah laki-laki dan perempuan yang berusia 60 tahun keatas, yang secara fisik masih dapat berkemampuan, ataupun karena suatu hal yang tidak mampu lagi secara aktif berperan untuk pembangunan. Seperti di negara maju di Amerika Serikat lanjut usia dapat diartikan sebagai seseorang yang telah menjalani siklus kehidupan diatas usia 60 tahun (Ahli Kependudukan). Sedangkan

menurut Notoadmodjo (2010), lanjut usia ialah sekelompok orang yang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade.

Berdasarkan definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan lanjut usia apabila usianya mencapai 60 tahun lebih. Lanjut usia bukanlah suatu penyakit, akan tetapi tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan berbagai stress lingkungan. Lanjut usia ialah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan adanya penurunan daya kemampuan untuk hidup dalam peningkatan kepekaan secara individual.

### 2.1.2 Batasan Lanjut Usia

WHO membagi lanjut usia berdasarkan usia kronologis atau biologis dibagi 4 kelompok yakni usia pertengahan atau *middle age* yaitu usia 45-59 tahun, lanjut usia atau *old* yaitu usia 75-90 tahun, dan yang terakhir usia sangat tua atau *very old* yaitu usia diatas 90 tahun. Sedangkan menurut Nugroho (2000), menggolongkan pembagian umur berdasarkan pendapat dari beberapa ahli yaitu lanjut usia ialah orang yang telah berumur 65 tahun keatas.

Menurut Prof. Dr. Koesmanto Setyonegoro, lanjut usia dikelompokkan menjadi usia dewasa muda atau *elderly adulthood* yaitu usia 18 atau 29-25 tahun, usia dewasa penuh atau *middle years* atau maturitas yaitu usia 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut usia atau *geriatric age* yaitu usia lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang terbagi lagi dengan 70-75 tahun atau *young old*, 75-80 tahun atau *old*, lebih dari 80 tahun atau *very old*.

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak

mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia bahwa lanjut usia ialah seseorang yang mencapai usia lebih dari 60 tahun.

### 2.1.3 Perubahan Fisik Pada Lanjut Usia

Menurut *Stockslager & Schaeffer (2008)*, perubahan banyak terjadi pada lanjut usia, diantaranya perubahan komposisi tubuh, otot, tulang atau sendi, sistem kardiovaskular, serta respirasi. Penuaan dicirikan dengan kehilangan banyak sel tubuh dan penurunan metabolisme di sel tubuh lainnya. Proses ini mengakibatkan terjadinya penurunan fungsi tubuh dan perubahan komposisi tubuh. Sistem tubuh yang mengalami perubahan terkait usia diantaranya nutrisi, kulit, rambut, mata dan penglihatan, telinga dan pendengaran, sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, sistem GI, sistem ginjal, sistem reproduksi (laki-laki maupun perempuan), sistem saraf, sistem imun, sistem muskuloskeletal, dan sistem endokrin.

Secara umum menurut *Mubarak (2006)*, perubahan fisiologis proses penuaan adalah sebagai berikut :

1. Perubahan makro yaitu perubahan yang bisa diamati atau bisa terlihat seperti :
  - a. Terjadinya osteoporosis
  - b. Mengecilnya kelenjar mandibula
  - c. Adanya arteriosklerosis
  - d. Menopause pada wanita
  - e. Sering dijumpai emphysema polmnum
  - f. Presbiopi
  - g. Otot-otot mengalami atropi
  - h. Rambut memutih, secara umum sering dijumpai

- i. Adanya dementia senilis
2. Perubahan mikro yaitu suatu perubahan yang dapat terjadi di dalam sel seperti :
  - a. Berkurangnya jumlah sel
  - b. Berkurangnya cairan dalam sel
  - c. Berkurangnya besarnya sel

#### **2.1.4 Permasalahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia**

1. Permasalahan dari aspek psikologis
  - a. Demensia ialah gangguan intelektual atau daya ingat yang sering terjadi pada orang yang berusia 65 tahun keatas.
  - b. Depresi ialah salah satu hal yang sangat penting dalam masalah lanjut usia. Usia bukanlah faktor menjadi depresi, akan tetapi suatu keadaan penyakit medis kronis serta masalah-masalah yang dihadapi lanjut usia yang menyebabkan mereka depresi. Gejala depresi pada lanjut usia ialah tidak nafsu makan, kurang percaya diri, kehilangan minat, gangguan pada tidur, pesimis, kurang percaya diri, berkurangnya energi atau mudah lelah, sering merasa bersalah serta konsentrasi dan berkurangnya perhatian.
  - c. Delusi ialah suatu keadaan dimana pikiran terdiri dari satu atau lebih delusi, delusi juga dapat diartikan sebagai ekspresi kepercayaan yang dimunculkan kedalam kehidupan nyata seperti merasa dirinya dicintai, ditipu, diracun oleh orang lain dan merasa dirinya sakit atau disakiti.
  - d. Gangguan kecemasan ialah gangguan psikologis yang tidak wajar berupa ketakutan atau phobia. Kecemasan yang sering timbul pada lanjut usia ialah tentang kematiannya.
  - e. Gangguan tidur ialah faktor tunggal yang berhubungan dan sering terjadi dengan peningkatan kejadian gangguan tidur yang berupa gangguan tidur

dimalam hari atau sering terbangun di dini hari serta sering mengantuk di siang hari (Aspiani, 2014).

## 2. Permasalahan dari aspek fisiologis

Terjadinya perubahan normal pada fisik lanjut usia dan dipengaruhi dari faktor kejiwaan sosial, ekonomi dan medik. Perubahan itu dapat dilihat di jaringan serta organ tubuh seperti rambut rontok dan beruban, menurunnya penglihatan secara menyeluruh atau sebagian, kulit menjadi kering dan keriput, berkurangnya daya penciuman, menurunnya indra perasa, berkurangnya pendengaran, tinggi badan yang mulai menyusut karena osteoporosis yang mengakibatkan badan menjadi menjadi bungkuk, pengeroposnya tulang, berkurangnya kekuatan dan massanya serta mudah patah, berkurangnya keelastisitasan paru yang mengakibatkan nafas menjadi pendek, fungsi organ di dalam perut berkurang, pembuluh darah di dinding mulai menebal sehingga menjadi tekanan darah tinggi, otot jantung bekerja tidak maksimal, menurunnya organ reproduksi terutama pada wanita, otak menyusut serta reaksi menjadi lambat terutama pada pria, namun seksualitas tidak terlalu menurun (Watson, 2003).

## 3. Permasalahan dari aspek sosial

- a. Banyak lansia yang merasa kesepian atau merasa terisolasi dari lingkungan di sekitarnya, antara lain kurang tersedianya pelayanan kendaraan umum khususnya untuk lansia, tingginya tingkat kejahatan disekitar lingkungan tempat tinggal.
- b. Masa pensiun menyebabkan sebagian lansia sering merasa ada sesuatu yang hilang dari hidupnya. Beberapa perasaan yang muncul ialah kehilangan status atau kedudukan sosial di lingkungan masyarakat, kehilangan pertemanan baik di

lingkungan masyarakat dan kehilangan gaya hidup yang biasa dijalannya (Hurlock, 1996).

## 2.2 Proses Penuaan

Agein Process (proses menua) ialah hilangnya secara perlahan proses kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti serta mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan kerusakan yang diderita dapat diperbaiki (Constantinides, 1994; Darmojo, 2004). Proses menua ialah proses secara alamiah yang terjadi terus-menerus yang pada umumnya dialami oleh makhluk hidup dan dimulai sejak lahir.

Menurut Mubarak (2009), lanjut usia bukan ialah suatu penyakit, akan tetapi suatu proses tahap lanjut dari kehidupan yang ditandai dengan menurunnya kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan lingkungan. Proses penuaan ialah suatu proses alamiah setelah tiga tahap kehidupan, yakni masa anak, dewasa, dan tua yang setiap individu tidak dapat menghindari (Rahman dkk, 2013). Menurut Constantinides (1994) dalam Setiadi (2005), menua ialah suatu proses secara perlahan menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta juga mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas serta kerusakan yang diderita dapat diperbaiki.

Menurut Mubarak (2009), penambahan usia dapat menimbulkan struktur fisiologis berubah dari berbagai sel jaringan atau organ serta sistem yang ada pada tubuh manusia. Proses ini mengakibatkan kemunduran fisik dengan tanda rambut yang semakin memutih, memburuknya penglihatan, mengendurnya kulit, menurunnya pendengaran, kelainan berbagai fungsi vital, dan keterlambatan pergerakan. Sedangkan kemunduran psikis bisa terjadi karena adanya peningkatan sensitivitas emosional, berkurangnya minat dalam berpenampilan, bertambahnya minat terhadap diri, gairah

menurun, meningkatnya minat terhadap material serta minat kegiatan rekreasi tidak berubah hanya orientasi serta perbedaan yang terjadi pada subyek saja (Rahman dkk, 2013).

### 2.2.1 Teori-teori Proses Penuaan

Teori penuaan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yakni teori penuaan secara biologis dan teori penuaan psikologis.

#### 1. Teori Biologis

##### a. Teori Seluler

Kemampuan sel hanya membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh diprogram untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lanjut usia dilepas dari tubuh dan dibiarkan di laboratorium lalu diobservasi jumlah sel yang akan membelah terlihat sedikit (Spence & Masson dalam Watson, 1992). Hal ini dapat memberikan beberapa pengertian terhadap proses penuaan biologis serta menunjukkan bahwa pembelahan sel lebih lanjut terjadi untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan sesuai dengan berkurangnya umur.

##### b. Teori Genetik Clock

Teori ini menyimpulkan menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Setiap spesies memiliki didalam inti selnya suatu jam genetik yang menurut suatu replikasi tertentu dapat diputar. Jam ini akan menghitung mitosis serta replikasi tertentu dapat dihentikan. Jadi bila jam kita ini berhenti maka kita akan meninggal dunia, walaupun tanpa disertai kecelakaan lingkungan dan penyakit.

##### c. Sintesis Protein atau kolagen dan elastin

Jaringan seperti kulit dan kartilagon kehilangan elastisitasnya pada lanjut usia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia

pada komponen protein di jaringan tersebut. Pada lanjut usia beberapa protein dibuat oleh tubuh dengan bentuk seta struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda.

d. Keracunan oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel didalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu.

e. *Immunology slow virus theory*

Sistem imun menjadi kurang efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh yang mengakibatkan kerusakan organ tubuh.

f. Mutasi somatik atau *teori error catatrophe*

Bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh menjadikan sistem imun menjadi kurang efektif yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

g. Teori stres

Menua dapat terjadi karena hilangnya beberapa sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha serta stres yang menimbulkan sel-sel tubuh telah terpakai.

h. Teori rantai silang

Sel yang tua atau usang reaksi kimianya menimbulkan ikatan yang sangat kuat khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini mengakibatkan kurangnya elastisitas, kekakuan serta hilangnya fungsi.

i. Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel tersebut mati.



## 2. Teori Psikologis

### a. Aktivitas atau keinginan atau *activity theory*

Teori ini mengemukakan bahwa pada lanjut usia yang sukses ialah mereka yang aktif serta ikut dalam kegiatan sosial. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial serta individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke usia lanjut (Nugroho, 2000).

### b. Kepribadian berlanjut atau *continuity theory*

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Di teori ini menyebutkan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimilikinya.

### c. Teori pembesaran atau *disengagement theory*

Teori ini menyebutkan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan namun pasti mulai melepaskan serta menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

### d. Teori kesalahan genetik

Proses menjadi tua ditentukan oleh kesalahan sel genetik DNA yaitu dimana sel genetik memperbanyak diri sehingga akan menyebabkan kesalahan yang berakibat pula dengan terhambatnya pembentukan sel berikut sehingga mengakibatkan kematian sel. Pada sel mengalami kematian orang akan tampak menjadi tua.

### e. Rusaknya sistem imun tubuh

Mutasi yang terjadi secara berulang dapat menyebabkan kemampuan sistem imun untuk mengenali dirinya berkurang yang mengakibatkan kelainan pada sel.

## 2.2.2 Aktivitas Fisik Lanjut Usia

### 1. Pengertian Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik ialah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan energi. Penurunan aktivitas fisik ialah suatu faktor resiko independen untuk penyakit kronis serta secara keseluruhan dapat mengakibatkan suatu kematian secara global (WHO, 2010). Sedangkan menurut Fatmah (2010), aktivitas fisik ialah pergerakan dari anggota tubuh yang penting dan dapat menyebabkan pengeluaran untuk pemeliharaan kesehatan fisik maupun mental, dan juga dapat mempertahankan kualitas hidup agar bugar dan juga sehat sepanjang hari. Jadi, aktivitas fisik ialah suatu gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang bagi pemeliharaan kesehatan fisik serta mental sangat penting.

### 2. Manfaat Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur dapat memberikan efek yang baik pada kesehatan (DepKes RI, 2006) yaitu :

- a. Mencegah timbulnya darah tinggi, penyakit jantung, strok, diabetes melitus, osteoporosis, kanker, dan sebagainya.
- b. Tubuh terasa bertenaga dan bugar
- c. Berat badan terkontrol
- d. Keadaan kesehatan secara keseluruhan dapat membaik
- e. Dapat mempengaruhi kesehatan otak fungsi kognitif

Hasil dari latihan fisik dapat terlihat dari aspek fisiologi serta psikososial. Manfaat tersebut memuat pelambatan laju penurunan kemampuan fisik dan kognitif, peningkatan energi, perbaikan pola tidur, peningkatan selera makan, penurunan nyeri, peningkatan vasodilatasi, peningkatan curah jantung, dan penurunan stres. Manfaat lain adalah penguatan dan peningkatan tonus otot, peningkatan RPS

(Rentang Pergerakan Sendi) dan fleksibilitas, penurunan kebosanan dan isolasi sosial (Meridean dkk, 2011).

### 3. Faktor-faktor yang Dapat Mempengaruhi Aktivitas Lansia

Menurut Potter (2005), dalam beraktivitas sehari-hari pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

#### a. Faktor berdasarkan dari diri sendiri

##### 1) Kesehatan Fisiologis

Kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas dapat dipengaruhi oleh kesehatan fisiologis. Sebagai contoh adalah pada sistem muskuluskeletal yang berkoordinasi dengan sistem nervus untuk merespon sensori dengan melakukan gerakan.

##### 2) Umur

Umur pada seseorang dapat mempengaruhi kemauan, kemampuan, atau reaksi seseorang untuk beraktivitas sehari-hari. Umur yang diatas 85 tahun membutuhkan bantuan lebih banyak untuk beraktivitas sehari-hari (Potter dan Perry, 2005).

##### 3) Fungsi kognitif

Aktivitas sehari-hari seseorang dipengaruhi oleh tingkat fungsi kognitif. Fungsi kognitif menggambarkan bagaimana proses menerima, mengorganisasikan, dan megimplementasikan respon untuk berfikir dan menyelesaikan suatu masalah. Fungsi kognitif juga dipengaruhi oleh status mental sesorang yang memberikan kontribusi meliputi perhatian memori dan kecerdasan. Adanya masalah pada proses fungsi kognitif mengakibatkan gangguan dalam berfikir serta kemandirian dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari dapat terhambat.

#### 4) Tingkat stres

Salah satu respon tubuh non spesifik dari berbagai macam kebutuhan adalah stres. Stres dapat muncul karena adanya faktor stres yaitu stresor dari diri sendiri atau lingkungan serta keseimbangan tubuh yang terganggu. Stres dapat menimbulkan efek positif atau negatif pada seseorang dalam beraktivitas sehari-hari.

#### 5) Fungsi psikologis

Fungsi psikologis menunjukkan seseorang untuk mampu mengingat suatu hal yang dulu serta dalam cara realistis dapat menampilkan informasi. Proses ada fungsi psikologis menimbulkan interaksi antara perilaku intrapersonal dan interpersonal secara kompleks. Psikologis seseorang berhubungan dengan emosionalnya. Meskipun seseorang dapat memenuhi kebutuhan materialnya, namun jika kebutuhan psikologisnya tidak terpenuhi, maka akan menyebabkan dirinya merasa tidak nyaman dalam menjalani kehidupan termasuk dalam beraktivitas. Kebutuhan psikologis yang terpenuhi dapat menciptakan kestabilan kehidupan emosional (Tamher, 2009).

#### b. Faktor dari luar

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas lansia menurut Leuckenotte (2000), yaitu sebagai berikut :

##### 1) Lingkungan keluarga

Lansia rentan terhadap keadaan psikologis yang mempengaruhi aktivitasnya agar tetap hidup sehat. Lingkungan keluarga dapat memberikan dukungan yang konstruktif terhadap hal tersebut. Keluarga

yang utuh dan hubungan antar anggota keluarga yang baik dapat mempengaruhi psikologis lansia dalam beraktivitas.

## 2) Ritme biologi

Fungsi hidup manusia dipengaruhi oleh irama biologi yang dikenal sebagai waktu ritme. Makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dapat dibantu dengan irama biologi.

## 3) Lingkungan tempat kerja

Situasi lingkungan tempat kerja didapat saat seseorang bekerja yang dapat mempengaruhi keadaan diri pada seseorang tersebut. Seseorang akan senang dan giat dalam bekerja jika situasi lingkungan tempat bekerja nyaman.

## 4. Jenis Aktivitas Fisik

FITT (*Frequency, Intensity, Time, Tipe*) merupakan kriteria dalam menentukan manfaat aktivitas fisik pada lansia. Frekuensi menentukan berapa kali dalam berapa waktu aktivitas yang dilakukan. Intensitas menentukan tingkat kekerasan atau beratnya aktivitas yang pada umumnya diklasifikasikan menjadi ringan, sedang dan tinggi. Waktu berkaitan pada berapa lama melakukan aktivitas. Sedangkan tipe atau jenis mengacu pada aktivitas apa yang dilakukan (Amabardini, 2009).

Masalah yang ditemui pada lanjut usia adalah nafsu makan kurang, ketiksempurnaan proses pencernaan, BAB sulit, serta pemanfaatan makanan sebagai sumber energi. Ketersediaan makanan yang mengandung gizi yang baik jika tidak dikonsumsi, diproses, dan juga diserap oleh tubuh, maka sama saja tidak dapat memberikan hasil. Selain itu, aktivitas fisik dapat mencegah penurunan konsentrasi dan daya ingat.

a. Aktivitas Fisik Agar Menambah Nafsu Makan

Perhatian pada lambung dengan melakukan aktivitas fisik agar menambah nafsu makan. Aktivitas yang bisa dilakukan yaitu dengan mengenali titik akupunktur lambung di bahu, tulang belakang bagian kiri dan kanan, yang dapat diberikan tindakan dengan memanipulasi pukulan, pijatan serta gerakan. Selain itu memberikan sedikit desakan pada lambung dari berbagai arah dengan cara memuntir perut atau pinggang, dan meregangkan badan ke belakang serta membungkukan ke belakang.

b. Aktivitas Fisik Dapat Memperlancar Proses Pencernaan

Tujuan dari aktivitas fisik yang dilakukan agar melancarkan proses pencernaan adalah pada kondisi usus. Dengan memberikan tindakan di perut bagian tengah dengan arah melingkar dan vertikal dapat memberikan kelancaran aliran darah di usus yang dapat merangsang peristaltik usus untuk mencerna makanan dengan kuantitas enzim yang diproduksi yang cukup dan kualitas enzim yang baik. Peristaltik usus yang baik dapat memperlancar pencernaan dan mencegah lansia kesulitan dalam BAB.

c. Aktivitas Fisik Dapat Mengatur Pengeluaran Energi

Berat badan pada lansia dipengaruhi oleh keseimbangan antara input dan output. Berat badan yang berlebih dapat memicu timbulnya penyakit degeneratif. Selain itu berat badan yang berlebih juga mengakibatkan lansia susah dan malas beraktivitas. Untuk menangani masalah berat badan yang berlebih dapat dengan mengatur diet dan melakukan aktivitas fisik jenis aerobik dengan durasi waktu kurang lebih 30 menit. Sedangkan bagi lansia yang kekurangan berat badan dapat melakukan aktivitas fisik ringan dalam waktu kurang lebih

20 menit. Nafsu makan akan meningkat dengan melakukan aktivitas yang cukup dan tidak melelahkan.

d. **Aktivitas Fisik Dapat Memberikan Kebugaran Otak**

Senam otak adalah salah satu cara untuk mencegah penurunan konsentrasi dan daya ingat pada lansia. Senam otak dilakukan dengan menggerakkan jari-jari dan juga wajah serta menggerakkan kedua tangan melintang dan sinkron yang mempengaruhi otak kanan dan kiri sehingga memberikan manfaat yang baik untuk fungsi otak.

### 2.2.3 Penilaian Aktivitas Fisik Lanjut Usia

PASE (*Physical Activities Scale For The Elderly*) merupakan kuisioner yang digunakan untuk menilai aktivitas pada lansia yang terdiri dari tiga golongan aktivitas (Siordia, 2012). Golongan aktivitas pada PASE adalah sebagai berikut:

1. **Aktivitas Waktu Luang (*Leisure Time Activity*)**
  - a. Olahraga ringan
  - b. Olahraga sedang
  - c. Olahraga berat
  - d. Berjalan di luar rumah
  - e. Kekuatan otot
2. **Aktivitas Rumah Tangga (*House Hold Activity*)**
  - a. Pekerjaan rumah yang ringan
  - b. Pekerjaan rumah yang berat
  - c. Memperbaiki rumah
  - d. Mencabut rumput
  - e. Berkebun
  - f. Merawat orang lain

g. Pekerjaan lemburan

## 2.3 Inkontensia Urine

### 2.3.1 Pengertian Inkontinensia Urine

Pengertian dari inkontinensia urine adalah ketidakmampuan menahan kemih dalam vesikaurinaria yang bisa terjadi karena gangguan neurologis atau mekanis pada sistem yang mengontrol fungsi berkemih normal (Isselbacher, 1999).

Menurut ICS (*The International Continence Society*) inkontinensia urine merupakan kondisi urine yang keluar secara involunter yang terlihat jelas serta objektif dan mengganggu *hygiene* dan keadaan sosial. Pada inkontinensai urine terjadi ketidakmampuan tubuh mengontrol pengeluaran urine dalam waktu setahun.

### 2.3.2 Klasifikasi

Terdapat 2 klasifikasi pada inkontinensia urine, yaitu sebagai berikut :

#### 1. Inkontinensia urine akut

Inkontinensia ini terjadi kurang dari 6 bulan dan biasanya terjadi secara mendadak. Kondisi ini berkaitan dengan penyakit akut yang diderita dan akan menghilang ketika penyakitnya sudah bisa ditangani atau sembuh.

#### 2. Inkontinensia urine kronik

Inkontinensia ini terjadi karenan kapasitas kandung kemih yang menurun serta lemahnya kontraksi otot detrusor yang mengakibatkan kegagalan dalam pengosongan kandung kemih. Inkontinensia urine kronik dikelompokkan menjadi 4, diantaranya sebagai berikut:

##### a. Inkontinensia urine tipe stres

Keadaan ini terjadi karena terdapat tekanan didalam perut, kelemahan pada otot di bagian dasar panggul, tindakan operasi, dan estrogen yang menurun. Gejala yang timbul adalah kencing saat tertawa, batuk, bersin atau hal-han yang



mengakibatkan tekanan pada perut. Penanganan yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan senam kegel secara rutin, mengonsumsi obat, atau juga bisa dilakukan tindakan operasi.

b. Inkontinensia urine tipe fungsional

Inkontinensia ini terjadi karena adanya penurunan fungsi kognitif dan fisik seperti pada pasien demensia berat atau adanya gangguan neurologik dan mobilitas serta gangguan psikologis. Inkontinensia ini ditandai dengan ketidakmampuan mencapai toilet untuk berkemih.

c. Inkontinensia urine tipe overflow

Inkontinensia ini disebabkan karena otot detrusor pada kandung kemih melemah sementara isi dalam kandung kemih yang terlalu banyak sehingga urine mengalir keluar. Gejala yang timbul adalah rasa tidak puas saat berkemih, merasa urine masih tersisa di kandung kemih, urine keluar sedikit dan mengalir pelan.

d. Inkontinensia urine tipe urge

Inkontinensia ini terjadi karena ketidakstabilan kandung kemih yang menyebabkan otot detrusor bereaksi secara berlebihan. Gejala yang ditimbulkan adalah tidak mampu menahan berkemih ketika terasa sensasi ingin berkemih, sering kencing saat malam hari, serta kencing berulang kali (Setiati, 2007; Cameron, 2013).

### 2.3.3 Etiologi

Inkontinensia urine pada umumnya disebabkan karena adanya kelainan urologis, fungsional atau neurologis. Inkontinensia urine karena kelainan urologis disebabkan adanya penyakit lain yang mempengaruhi urologi seperti adanya tumor, batu, dan peradangan. Adanya kelainan-kelainan tersebut menimbulkan gangguan

pada fungsi dan hilangnya sensibilitas pada kandung kemih (Setiati dan Pramantara, 2007).

Seiring dengan bertambahnya usia, terjadi perubahan fungsi dari organ kemih karena adanya penurunan esterogen, kebiasaan mengejan yang tidak benar, dan adanya kelemahan pada otot dasar panggul yang disebabkan oleh menopause, kegemukan, kehamilan, setelah melahirkan, operasi vagina atau kurangnya aktivitas. Berat badan yang berlebih dan kehamilan dapat menekan otot dasar panggul sehingga dapat menimbulkan kelemahan.

Kerusakan pada otot panggul karena keregangan otot atau robekan pada jalan lahir dapat mempengaruhi proses persalinan sehingga beresiko terjadi inkontinensia urine. Menopause yang terjadi pada wanita usia 50 tahun ke atas akan mengalami penurunan pada kadar hormon esterogen yang mengakibatkan otot pada uretra atau tonus otot vagina mengalami kelemahan sehingga terjadi inkontinensia urine. Obesitas atau kegemukan adalah salah satu faktor resiko terjadinya inkontinensia urine selain karena riwayat operasi kandungan. Nilai indek masa tubuh yang lebih besar pada wanita akan menimbulkan resiko terjadinya inkontinensia urine. Semakin bertambahnya usia semakin besar resiko terjadinya inkontinensia urine yang disebabkan oleh struktur kandung kemih yang berubah, kelemahan otot dasar panggul, atau kontraksi abdomen terhadap dinding kandung kemih (Setiati dan Pramantara, 2007).

#### **2.3.4 Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala dari inkontinensia urine adalah sebagai berikut :

1. Keluarnya urine dengan jumlah sedikit saat bersin, batuk, tertawa, membungkuk, atau melompat yang merupakan ciri-ciri dari inkontinensia urine tipe stres.

2. Urine yang keluar lambat serta merasa mengejan yang merupakan ciri dari inkontinensia urine tipe *overflow*.
3. Aliran urine dan volume urine adekuat yang merupakan ciri dari inkontinensia urine tipe fungsional.
4. Merasa adanya desakan berkemih.
5. Tidak mampu mencapai toilet saat setelah mulai berkemih.
6. Kurangnya hygiene atau terdapat tanda-tanda infeksi.

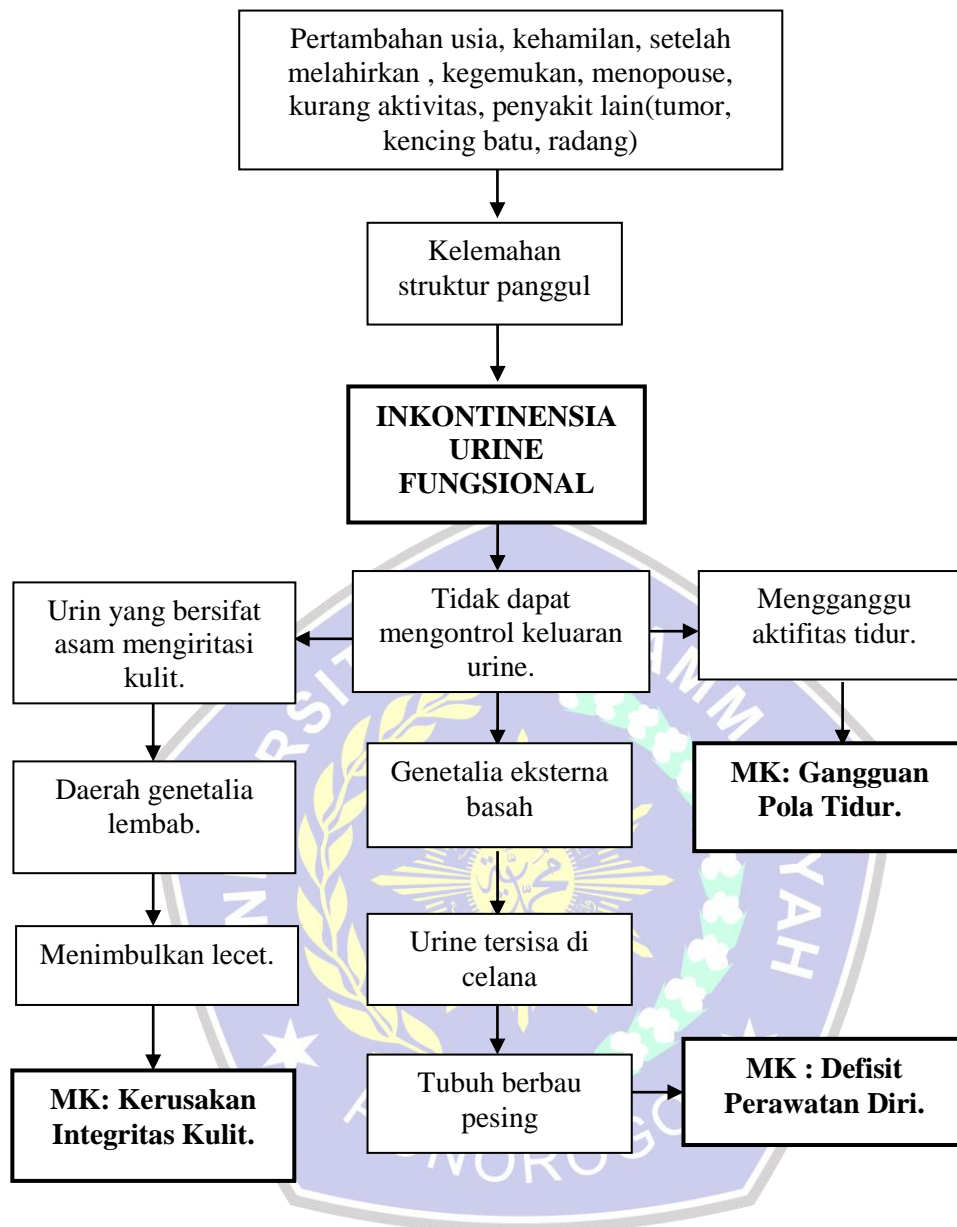
### 2.3.5 Patofisiologi

Penyebab dari inkontinansia urine adalah adanya ketidakmampuan mengontrol sfingter, tekanan abdomen yang mengalami perubahan secara tiba-tiba, atau adanya komplikasi dari penyakit pada saluran kemih. Inkontinensia urine dapat bersifat temporer karena struktur dasar panggul lemah yang biasanya dialami oleh wanita hamil. Inkontinensia urine juga dapat bersifat permanen misalnya pada spinalcord trauma. Inkontinensia urine dapat terjadi pada berbagai usia, namun ketidakmampuan mengontrol urinari adalah masalah bagi lansia.

### 2.3.6 Komplikasi

1. Kerusakan kulit
2. Infeksi saluran kencing
3. Infeksi kulit daerah kemaluan
4. Gangguan tidur
5. Masalah psiko sosial seperti depresi, mudah marah, dan rasa terisolasi

### 2.3.7 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Inkontinensia Urine

### 2.3.8 Penatalaksanaan

Prinsip dasar penatalaksanaan dalam inkontinensia urine ialah terapi perilaku, pasien dianjurkan untuk segera ke kamar mandi jika ada perasaan berkemih (Harrison, 1999).

Peran perawat dalam hal ini yaitu untuk:

#### 1. Pelatihan kandung kemih

Menentukan edukasi, berkemih yang terjadwal. Tindakan menghambat berkemih harus dilakukan sampai suatu waktu tertentu dan jumlah waktu yang ditentukan harus ditingkatkan secara progresif. Mulai dengan 2 sampai 3 jam dan tingkatkan. 12% pasien akan menjadi kontinen total, serta 75% akan mengalami penurunan episode inkontinensia sebesar 50%. Paling baik dilakukan pada inkontinensia dorongan, tetapi juga dapat dilakukan pada inkontinensia tekanan.

#### 2. Pelatihan kebiasaan

Dorong pasien untuk berkemih disaat yang normal seperti dipagi hari, sebelum tidur, setelah makan.

#### 3. Latihan dasar panggul (senam kegel)

#### 4. Menganjurkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter untuk penggunaan obat-obatan.

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

### 2.4.1 Pengertian Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Asuhan keperawatan pada lanjut usia ialah proses dari serangkaian tindakan yang ditujukan dalam proses keperawatan untuk lanjut usia. Asuhan keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian pada kondisi kebutuhan fisik, psikologis, kondisi sosial serta spiritual, melakukan analisa terhadap masalah yang ditemukan serta menentukan diagnosis keperawatan, membuat rencana tindakan keperawatan,

melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun, dan melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan. Asuhan keperawatan lanjut usia atau gerontik adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat pada lansia dalam memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, memberikan perlindungan dan pertolongan baik secara individu atau kelompok di lingkungan rumah, puskesmas, atau panti werdha (Azizah, 2011).

#### **2.4.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Lanjut Usia**

Tujuan dari asuhan keperawatan pada lanjut usia adalah sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan diberikan agar lansia bisa melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan upaya promotif, preventif, dan juga rehabilitatif.
2. Asuhan keperawatan diberikan agar lansia mampu meningkatkan serta mempertahankan kesehatan dan kemampuannya dalam pencegahan penyakit serta perawatan dalam suatu tindakan.
3. Asuhan keperawatan diberikan agar lansia dapat meningkatkan dan memperkuat semangat hidup.
4. Asuhan keperawatan diberikan agar lansia mampu merangsang petugas kesehatan dalam mengenal dan menegakkan diagnosis keperawatan secara dini.

#### **2.4.3 Fokus Asuhan Keperawatan Lanjut Usia**

Berikut ini adalah fokus asuhan keperawatan pada lansia:

1. *Health promotion* (peningkatan kesehatan)
2. *Preventif* (pencegahan penyakit)
3. Mengatasi masalah kesehatan secara umum
4. Meningkatkan fungsi mental

#### 2.4.4 Fungsi Keperawatan

Menurut keperluannya, keperawatan memiliki fungsi-fungsi yang berbeda berdasarkan keperawatan akut, keperawatan lama dan keperawatan di masyarakat. Pembagian fungsi keperawatan menurut Mary ANN Cris & Faith J. HOHLOCH (1993), adalah sebagai berikut:

##### 1. Keperawatan akut

Fungsi keperawatan pada keperawatan akut adalah sebagai berikut:

- a. *Assesment* penderita
- b. Untuk menjelaskan kepada penderita, keluarga dan pembina asrama mengenai diagnosa yang ditegakkan dan pengobatan yang diberikan kepada penderita.
- c. Menyusun rencana keperawatan yang tepat berdasarkan kerja sama dengan penderita, keluarga dan petugas kesehatan lainnya.
- d. Memotivasi penderita untuk melakukan kegiatan secara mandiri.
- e. Memberikan pengobatan sekaligus menilai reaksi penderita.
- f. Melaporkan pada dokter tentang perkembangan penderita.
- g. Memberikan tindakan gawat darurat jika diperlukan.
- h. Memberikan pengetahuan atau informasi kesehatan pada penderita.

##### 2. Keperawatan lama

- a. Melakukan *assesment* penderita.
- b. Melakukan anamsesa pada penderita, termasuk mengkaji riwayat penyakit, psikososial, serta keluarga.
- c. Melibatkan penderita, keluarga, dan pembina asrama dalam penyusunan rencana keperawatan serta tindakan keperawatan yang dilakukan.
- d. Mendorong penderita untuk lebih semangat hidup.

- e. Meningkatkan keyakinan penderita tentang perawatan medik, gigi dan anggota gerak yang diberikan dengan tepat.
  - f. Mempertahankan ventilasi, hidrasi, gizi dan bekerjasama dalam evaluasi.
  - g. Memberikan pengobatan dan latihan rehabilitatif serta mengevaluasi reaksi penderita.
  - h. Menyampaikan kepada dokter tentang perkembangan kondisi pasien.
  - i. Melakukan tindakan gawat darurat jika diperlukan.
  - j. Memberikan anjuran-anjuran kepada penderita dan keluarga tentang penanganan penyakit.
  - k. Mengenalkan kepada lansia tentang pelayanan kesehatan lansia.
  - l. Memberikan informasi dan pengetahuan kesehatan kepada penderita.
3. Keperawatan di masyarakat
- a. Mengkaji kebutuhan penderita mulai dari kebutuhan kesehatan, sosial dan ekonomi.
  - b. Memberikan penjelasan kepada keluarga dan penderita tentang diagnosa dan pengobatan.
  - c. Merujuk penderita ke pelayanan kesehatan yang lebih mampu memberikan pengobatan pada pasien.
  - d. Mengevaluasi reaksi penderita terhadap pengobatan.
  - e. Mengunjungi tempat tinggal penderita dan menyarankan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.
  - f. Memberikan nasehat untuk penderita dan keluarga tentang penanganan penyakit.
  - g. Menilai tingkat kemandirian pasien.
  - h. Memberikan pelajaran kepada penderita.



### 2.4.5 Pendekatan Perawatan Lanjut Usia

#### 1. Pendekatan fisik

Secara umum perawatan fisik pada lanjut usia dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. Perawatan pada lansia yang masih bisa bergerak dengan aktif secara mandiri.
- b. Perawatan pada lansia yang bergerak secara pasif atau mengalami kelemahan gerak.

#### 2. Pendekatan psikis

Perawatan ini berperan dalam pengadaan pendekatan edukatif, sebagai suporter, interpreter terhadap sesuatu yang lain, dan sebagai sahabat dalam menampung rahasia pribadi.

#### 3. Pendekatan sosial

Dalam perawatan ini dilakukan tukar pikiran, saling bercerita dan diskusi untuk menciptakan sosialisasi pada lansia.

#### 4. Pendekatan spiritual

Dalam perawatan ini dapat menciptakan ketenangan batin dan memberikan kepuasan terhadap keyakinan, terutama saat klien sakit atau saat mendekati kematian.

### 2.4.6 Peran dan Fungsi Perawat

Menurut Doheny, peran perawat profesional adalah sebagai berikut:

#### 1. *Care giver*

Perawat mampu melakukan proses keperawatan dan memberikan perawatan sesuai dengan diagnosis yang tegakan sesuai dengan masalah yang ada. Perawat juga memperhatikan kebutuhan klien.

#### 2. *Client advocate*

Perawat mempertahankan dan melindungi hak-hak yang dimiliki klien yang dirawat di pelayanan kesehatan. Perawat membantu klien dan keluarga serta bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan informasi kesehatan kepada klien.

### 3. *Counselor*

Perawat membantu klien dalam mengatasi masalah psikologis dan sosial dengan tujuan membangun hubungan interpersonal yang baik.

### 4. *Educator*

Perawat sebagai pengajar dalam memberikan pengetahuan tentang kesehatan kepada murid dan juga klien.

### 5. Lingkup peran dan tanggung jawab

Perawat melakukan tindakan dengan membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia pada klien lanjut usia.

## 2.4.7 **Proses Pengkajian Asuhan Keperawatan Lanjut Usia**

Proses keperawatan meliputi 5 tahapan : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tujuan dari proses keperawatan adalah untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data dari masalah yang dialami klien, menentukan prioritas masalah, menyusun rencana tindakan, memberikan tindakan keperawatan dengan mengkomunikasikan kepada klien, dan mengevaluasi dari asuhan keperawatan yang telah diberikan (Patricia A, Potter, 2005).

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu kegiatan dalam mengumpulkan data dengan cara mengidentifikasi dalam proses mengenal faktor positif dan negatif lansia secara individu atau kelompok. Dengan melakukan pengkajian dapat diketahui masalah

dan kebutuhan lansia dalam mengembangkan rencana promosi kesehatan.

Komponen yang ada pada pengkajian adalah sebagai berikut :

a. Identitas klien

Hal-hal yang dikaji pada identitas klien adalah nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, dan pendidikan terakhir.

b. Riwayat kesehatan

Pada riwayat kesehatan dikaji bagaimana riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

c. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari (ADLs)

Pengkajian ADLs meliputi makan/minum, eliminasi, mandi, berpakaian, berhias, aktifitas mobilisasi, dan istirahat.

d. Pengkajian status fungsional dan intelektual

Pada pengkajian status fungsional bertujuan untuk mengukur kemandirian klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Sedangkan pada pengkajian intelektual untuk mengukur kemampuan klien berfikir dan mengingat.

e. Pengkajian fisik

Dalam melakukan pengkajian dilakukan kajian pada kebutuhan dasar serta kemandirian dalam beraktifitas termasuk keseimbangan dalam bergerak.

Pengkajian fisik dapat dilakukan dengan metode *Head to Toe* atau persistem.

Hal-hal yang dilakukan pada pengkajian fisik *Head to Toe* adalah sebagai berikut :

1) Kepala

Inspeksi : pada pengkajian kepala dikaji bentuk kepala, warna rambut, pertumbuhan dan kondisi rambut, kebersihan kepala termasuk rambut, penonjolan tulang.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan atau luka, keadaan kulit kepala kasar atau halus.

2) Mata

Inspeksi : pada pengkajian mata dikaji bentuk mata, respon cahaya, sklera ikterus atau tidak, konjungtiva mengalami anemis atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan atau nyeri tekan pada daerah sekitar mata.

3) Hidung

Inspeksi : pada pengkajian hidung dikaji bentuk hidung, terdapat massa abnormal atau tidak, terdapat sekret atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan pada daerah hidung.

4) Mulut dan kerongkongan

Inspeksi : pada pengkajian mulut dan kerongkongan dikaji bentuk bibir, warna, berbau atau tidak, jumlah gigi, terdapat caries gigi atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat masa abnormal di pipi bagian dalam dan langit mulut.

5) Telinga

Inspeksi : pada pengkajian telinga dikaji bentuk telinga, warna, terdapat serumen atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan atau tidak di sekitar telinga.

6) Leher

Inspeksi : pada pengkajian leher dikaji terdapat lesi atau tidak, warna kulit.

Palpasi : dikaji apakah terdapat pembesaran vena jugularis dan apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

## 7) Dada

Paru-paru

Inspeksi : pada pengkajian paru-paru dikaji bagaimana bentuk dada apakah normal chest atau barrel chest atau pigeon chest, terdapat luka atau tidak.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan abnormal, vocal premitus (keseimbangan lapang paru).

Perkusi : dikaji bagaimana suara paru.

Auskultasi : dikaji apakah terdapat suara nafas tambahan.

Jantung

Inspeksi : pada pengkajian jantung dikaji bentuk jantung

Palpasi : dikaji nadi dari kedua lengan pada area nadi temporalis

Perkusi : dikaji bagaimana suara jantung

Auskultasi : dikaji apakah terdapat suara tambahan atau tidak, bagaimana bunyi jantung 1 dan 2.

## 8) Abdomen

Inspeksi : pada pengkajian abdomen dikaji bentuk abdomen, warna, apakah terdapat edema atau lesi.

Auskultasi : dikaji bising usus dengan normal 20x/menit pada kuadran 8 dan periksa karakteristiknya.

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan atau nyeri tekan dan pembesaran hepar.

Perkusi : dikaji bagaimana suara abdomen.

## 9) Genetalia

Pada pria

Inspeksi : dikaji bagaimana bentuk, kesimetrisan ukuran skrotum, kebersihan, kaji adanya hemoroid pada anus

Palpasi : dikaji apakah terdapat nyeri tekan.

Pada wanita

Inspeksi : dikaji kebersihan, karakteristik pubis dan labia mayora serta kesimetrisan labia mayora, terdapat perdarahan atau tidak.

Palpasi : dikaji bagian dalam labia mayora dan minora, terdapat nyeri tekan atau tidak.

## 10) Ekstermitas

Pada pengkajian ekstermitas dikaji warna kuku, jari-jari tangan, apakah terdapat fraktur dan edema serta kaji kekuatan otot.

## 11) Integumen

Inspeksi : dikaji kebersihan, warna, kesimetrisan, teksur dan lesi.

Palpasi : kaji permukaan kulit kasar atau halus.

## 2. Pengkajian psikososial

## a. Pengkajian Status Mental Lansia

Mengidentifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan SPMSQ, MMSE.

## b. Pengkajian Status Sosial

Kemampuan atau sikap serta harapan klien dalam melakukan sosialisasi.

## c. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Untuk mengetahui kebiasaan klien merokok, minum kopi, penggunaan alkohol.

## d. Pengkajian Lingkungan

Untuk mengetahui bagaimana keadaan rumah, sanitasi, serta mengetahui faktor resiko seperti polusi udara, air, suara.

e. Pemanfaatan Layanan kesehatan

Melakukan kunjungan ke posyandu lansia, kunjungan ke puskesmas atau rumah sakit, serta pembinaan kesehatan.

f. Tingkat Pengetahuan atau Sikap

Pengetahuan tentang kesehatan atau perawatan dan sikap tentang kesehatan atau perawatan.

## 2.4.8 Diagnosis Keperawatan

### 2.1 Tabel Rencana Asuhan Keperawatan

NO	Diagnosis	NOC	NIC	Rasional
1.	<p>Inkontinensia Urine fungsional b.d Keterbatasan Neuromuskular</p> <p><b>Definisi :</b> Ketidakmampuan individu, yang biasanya kontinen, untuk mencapai toilet tepat waktu untuk berkemih yang mengalami pengeluaran urine yang tidak disengaja.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b> a. Berkemih sebelum mencapai toilet b. Inkontinensi</p>	<p><b>Tujuan Keperawatan :</b> a. Menunjukkan kontinensia urine b. Keadekuatan waktu untuk mencapai toilet antara urgensi dan pengeluaran urine</p> <p><b>Kriteria hasil :</b> a. Mengidentifikasi keinginan berkemih. b. Merespon tepat waktu terhadap dorongan berkemih. c. Mencapai toilet antara waktu dorongan berkemih dan pengeluaran urine. d. Melakukan eliminasi secara mandiri. e. Mengosongkan kandung kemih</p>	<p>a. Identifikasi faktor apa saja penyebab inkontinensia pada pasien (misalnya, urin <i>output</i>, pola berkemih, fungsi kognitif, masalah perkemihan, residu pasca berkemih, dan obat-obatan). b. Jaga privasi pasien saat berkemih. c. Jelaskan penyebab terjadinya inkontinensia dan rasionalisasi setiap tindakan yang dilakukan. d. Monitor eliminasi urine, meliputi frekuensi, konsistensi, bau, volume</p>	<p>a. Untuk mengetahui penyebab inkontinensia urine. b. Menjaga privasi pasien saat berkemih dapat membuat pasien merasa nyaman. c. Dengan menjelaskan penyebab, inkontinensia dapat teratasi. d. Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, bau, volume dan warna urine e. Untuk mengetahui tindakan yang tepat target yang diharapkan. f. Agar pasien merasa nyaman selama terapi pengobatan</p>

	<p>a urine sangat dini</p> <p>c. Mengosongkan kandung kemih dengan tuntas</p> <p>d. Sensasi ingin berkemih</p>	<p>secara tuntas.</p> <p>f. Mengonsumsi cairan dalam jumlah adekuat.</p> <p>g. Urin residu pasca berkemih &gt; 100-200 ml.</p> <p>h. Tidak terjadi hematuri, dan partikel pada urine.</p> <p>i. Tidak ada rasa sakit pada saat berkemih.</p>	<p>dan warna urine.</p> <p>e. Diskusikan bersama pasien mengenai prosedur tindakan dan target yang diharapkan.</p> <p>f. Bantu pasien untuk memilih diapers atau popok kain yang sesuai untuk penanganan sementara selama terapi pengobatan sedang dilakukan.</p> <p>g. Sediakan popok kain yang nyaman dan melindungi.</p> <p>h. Bersihkan kulit sekitar area genitalia secara teratur.</p> <p>i. Batasi <i>intake</i> cairan 2-3 jam sebelum tidur.</p>	<p>sedang dilakukan.</p> <p>g. Agar pasien nyaman dan terlindungi.</p> <p>h. Agar kulit bersih dan tidak mengalami iritasi.</p> <p>i. Membatasi <i>intake</i> cairan 2-3 jam sebelum tidur dapat mengurangi pasien ingin berkemih.</p>
2.	<p>Gangguan Pola Tidur b.d Penurunan Tingkat Aktivitas</p> <p><b>Definisi :</b> gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <p>a. Perubahan pola tidur normal</p>	<p><b>Tujuan Keperawatan :</b></p> <p>a. Anxiety reduction b. Comfort level c. Pain level d. Rest : Extern and Pattern e. Sleep : Extent and Pattern</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari b. Pola tidur, kualitas dalam batas normal c. Perasaan segar</p>	<p>a. Kaji faktor-faktor penyebab dan penunjang misalnya: nyeri akut, takut, stres, anxietas, sering berkemih saat tidur, lingkungan yang bising, suhu kamar (terlalu panas atau terlalu dingin).</p> <p>b. Menyediakan waktu dan tempat tidur yang nyaman.</p> <p>c. Mengatur lingkungan yang cukup</p>	<p>a. Dengan mengetahui faktor penyebab dan penunjang penanganan yang diberikan akan lebih tepat sesuai hasil kajian penyebab dan penunjang.</p> <p>b. Pasien akan lebih nyaman dan bisa tidur dengan baik</p> <p>c. Pengaturan lingkungan yang baik atau nyaman meningkatkan kenyamanan pasien dan</p>



	<p>b. Ketidakpuasan tidur</p> <p>c. Menyatakan sering terjaga</p> <p>d. Menyatakan tidak mengalami kesulitan tidur</p> <p>e. Menyatakan tidak merasa cukup istirahat</p>	<p>sesudah tidur atau istirahat</p> <p>d.Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</p>	<p>mendukung untuk tidur seperti: ventilasi, bebas dari debu dan bau yang dapat merangsang.</p> <p>d.Melatih untuk latihan fisik ringan (sesuai dengan kemampuan klien) bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah dan melenturkan otot-otot.</p> <p>e.Menganjurkan minuman-minuman yang hangat sebelum tidur.</p> <p>f. Berikan motivasi untuk mengikuti perkumpulan sesama lansia.</p> <p>g.Hindari minuman yang merangsang sepanjang siang dan juga malam hari, terutama menjelang tidur (contoh: kopi).</p>	<p>pasien lebih mudah tidur.</p> <p>d.Latihan fisik yang cukup dapat memperlancar sirkulasi darah dan otot sehingga kondisi tubuh pasien lebih sehat dan pasien dapat tidur dengan baik.</p> <p>e.Minuman hangat dapat merelaksasikan otot sehingga pasien lebih mudah beristirahat.</p> <p>f. Pasien akan lebih berminat mengikuti perkumpulan lansia dan pasien akan lebih tau banyak tentang informasi dari lansia lain.</p> <p>g.Minuman yang merangsang seperti (kopi) menyebabkan tubuh sulit untuk beristirahat atau tidur.</p>
3.	<p>Kerusakan Integritas Kulit</p> <p>b.d lembab</p> <p><b>Definisi :</b> Perubahan/gangguan epidermis dan atau dermis.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <p>a. Kerusakan lapisan kulit (dermis)</p>	<p><b>Tujuan Keperawatan :</b></p> <p>a. Tissue Integrity : Skin and Mucous</p> <p>b.Membranes</p> <p>c.Hemodyalisis akses</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a.Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur,</p>	<p>a. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.</p> <p>b.Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.</p> <p>c.Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali.</p> <p>d.Monitor kulit akan adaya</p>	<p>a.Pakaian yang longgar meminimalisir kerengketan pakaian atau kain terhadap daerah luka.</p> <p>b.Kebersihan kulit meminimalisir kotoran atau bakteri terhadap luka dan kulit yang kering dapat mempercepat</p>

	<p>b. Gangguan permukaan kulit (epidermis)</p> <p>c. Invasi struktur tubuh</p>	<p>hidrasi, pigmentasi).</p> <p>b. Tidak ada luka atau lesi pada kulit.</p> <p>c. Perfusi jaringan baik.</p> <p>d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.</p> <p>e. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan. kulit dan perawatan alami.</p>	<p>kemerahan.</p> <p>e. Oleskan lotion atau minyak baby oil pada daerah yang tertekan.</p> <p>f. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.</p> <p>g. Monitor status nutrisi pasien.</p> <p>h. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat.</p>	<p>proses penyembuhan luka (penutupan luka)</p> <p>c. Dengan mobilisasi pasien dapat memperlancar sirkulasi darah dan mencegah terjadinya dekubitus.</p> <p>d. Dengan mengidentifikasi kondisi kulit dapat menentukan tindakan selanjutnya.</p> <p>e. Dengan mengoleskan minyak atau lotion dapat mengurangi iritasi pada kulit.</p> <p>f. Untuk mengetahui aktivitas pasien.</p> <p>g. Untuk mengetahui status nutrisi pasien.</p> <p>h. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat dapat membuat tubuh pasien menjadi bersih.</p>
4.	<p>Defisit perawatan diri eliminasi b.d gangguan neuromuskular</p> <p><b>Definisi :</b> Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas</p>	<p><b>Tujuan Keperawatan :</b></p> <p>a. Self Care Deficit Hygiene</p> <p>b. Urinary Incontinence :</p> <p>functional</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <p>a. Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk</p>	<p>a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>c. Membantu pasien ke toilet / commode /</p>	<p>a. Membantu mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>b. Membantu mempertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>c. Agar pasien</p>

eliminasi sendiri.	<p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <p>a. Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat</p> <p>b. Ketidakmampuan naik ke toilet atau commode</p> <p>c. Ketidakmampuan berdiri dari toilet atau commode</p> <p>d. Ketidakmampuan untuk duduk di toilet atau commode</p>	<p>melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu.</p> <p>b. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.</p> <p>c. Perawatan diri eliminasi : mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri atau tanpa alat bantu.</p> <p>d. Membersihkan diri secara eliminasi.</p>	<p>bedpan / fraktur pan / urinoir pada selang waktu tertentu.</p> <p>d. Menyediakan privasi selama eliminasi.</p> <p>e. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi.</p>	<p>dapat melakukan ke toilet / commode / bedpan / fraktur pan / urinoir pada selang waktu tertentu.</p> <p>d. Agar pasien merasa nyaman saat eliminasi.</p> <p>e. Dengan mengganti pakaian pasien dapat membuat pasien nyaman dan tidak bau setelah eliminasi.</p>
--------------------	--	---	---	--

Sumber :

Bulechek, Gloria M dkk. *Nursing Interventions Clasification (NIC)*. Unaitid Kingdom. Elsevier. 2013.

Herdman, T. Heather dkk. *NANDA internasional Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Ed. 10*. Jakarta. EGC. 2015.

Moorhead, Sue dkk. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Unaitid Kingdom. Elsevier. 2013.

NANDA Internasional 2015. *Aplikasi Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis 2015, Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta : Mediaction.

#### 2.4.9 Implementasi

Implementasi ialah suatu kategori perilaku keperawatan dimana tindakan yang dilakukan dapat diselesaikan dengan baik dan mencapai tujuan dan kriteria hasil yang baik.

Implementasi meliputi membantu, melakukan, sebuah kinerja kehidupan sehari-hari, memberikan arahan, mengevaluasi, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang baik dengan perawatan kesehatan.

Komponen implementasi dari proses keperawatan memiliki lima tahapan yaitu mengkaji ulang klien, menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang telah ada, mengidentifikasi area dimana bantuan dibutuhkan, mengimplementasikan intervensi dan mengkomunikasikan intervensi keperawatan.

Perawat menjalankan rencana asuhan keperawatan dengan menggunakan beberapa metode-metode implementasi yaitu:

1. Membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari

Aktivitas kehidupan sehari-hari adalah aktivitas yang biasanya dilakukan klien sepanjang hari secara normal seperti makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi, dan berhias. Kondisi yang mengakibatkan beberapa kebutuhan untuk bantuan dalam AKS dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen, atau rehabilitative.

2. Konseling

Konseling adalah metode implementasi yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan juga menangani stress dan yang memudahkan hubungan interpersonal di antara klien, keluarga, dan tim perawatan kesehatan.

3. Penyuluhan

Penyuluhan merupakan suatu metode implementasi yang digunakan untuk menyajikan prinsip, prosedur, dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien dan juga untuk menginformasikan klien tentang status kesehatannya.

#### 4. Memberikan asuhan keperawatan langsung

Untuk mencapai tujuan terapeutik tersebut bagi klien, perawat melakukan beberapa intervensi untuk mengompensi reaksi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan preventif dalam memberikan asuhan dan juga menyiapkan klien untuk prosedur spesifik, dan melakukan tindakan yang menyelamatkan jiwa dalam situasi darurat.

#### 5. Mengawasi dan mengevaluasi kerja dari anggota staf lain

Perawat yang mengembangkan rencana asuhan keperawatan sering tidak melakukan semua intervensi didelegasikan kepada anggota tim perawatan kesehatan lainnya termasuk memastikan bahwa orang yang didelegasikan terampil dalam tugas dan dapat menyelesaikan tugas sesuai dengan standar perawatan (Patricia A. Potter, 2005:203).

### **2.4.10 Evaluasi**

Evaluasi ialah suatu tindakan intelektual untuk melengkapi suatu proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari tindakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008:135).

Langkah evaluasi dari suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan juga kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Patricia A. Potter, 2005:216).

Tujuan evaluasi yaitu untuk melihat seberapa besar kemampuan klien dalam mencapai tujuan tersebut. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon dari klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan sehingga dapat mengambil keputusan:

1. Mengakhiri rencana asuhan keperawatan (jika klien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan).
2. Memodifikasi rencana asuhan keperawatan (jika klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan tersebut).
3. Meneruskan rencana asuhan keperawatan (jika klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan).

Adapun tahap-tahap evaluasi meliputi kegiatan sebagai berikut:

- a. Mengukur pencapaian tujuan klien

Perawat menggunakan ketrampilan pengkajian untuk mendapatkan data yang mau digunakan dalam evaluasi. Faktor yang dievaluasi mengenai status kesehatan terdiri dari beberapa komponen yaitu: KAAP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan fungsi tubuh). Dibawah ialah penjelasan dari beberapa komponen yang telah disebutkan diatas:

- 1) Kognitif (pengetahuan)

Tujuan dari kognitif adalah mengidentifikasi pengetahuan spesifik yang diperlukan setelah klien dianjurkan tentang teknik-teknik tertentu. Lingkup evaluasi pada kognitif meliputi pengetahuan klien terhadap penyakitnya, mengontrol gejala-gejala, pengobatan, diet, aktivitas, persediaan alat-alat, resiko komplikasi, gejala yang harus dilaporkan, dan juga pencegahannya. Evaluasi kognitif dapat diperoleh dengan wawancara atau tes tertulis..

- 2) Afektif

Penilaian afektif klien cenderung bersifat subjektif dan sangat sukar dievaluasi. Hasil dari penilaian afektif ditulis dalam bentuk perilaku yang akan memberikan suatu indikasi terhadap status emosi klien. Dapat diperoleh

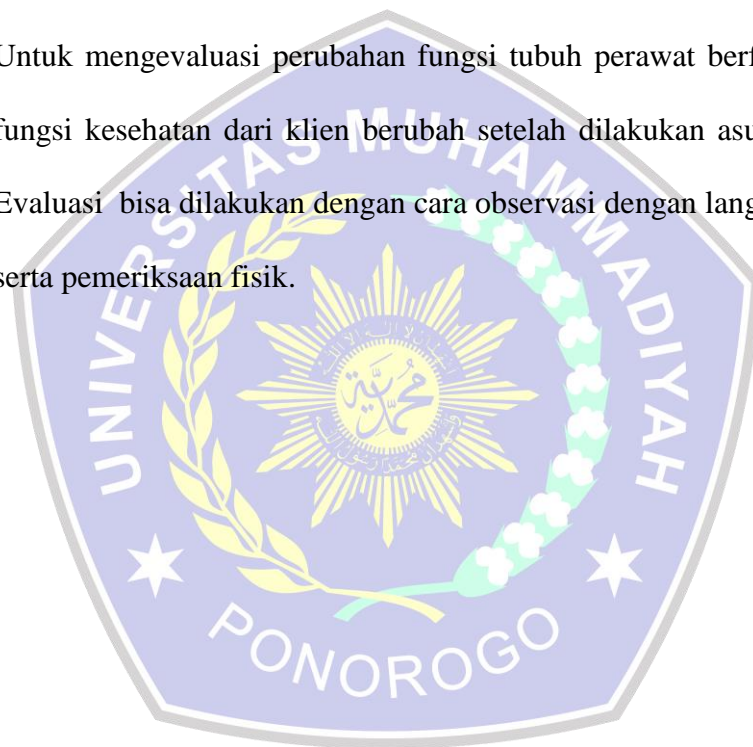
dengan cara observasi secara langsung dan umpan balik dari profesi kesehatan lainnya.

### 3) Psikomotor

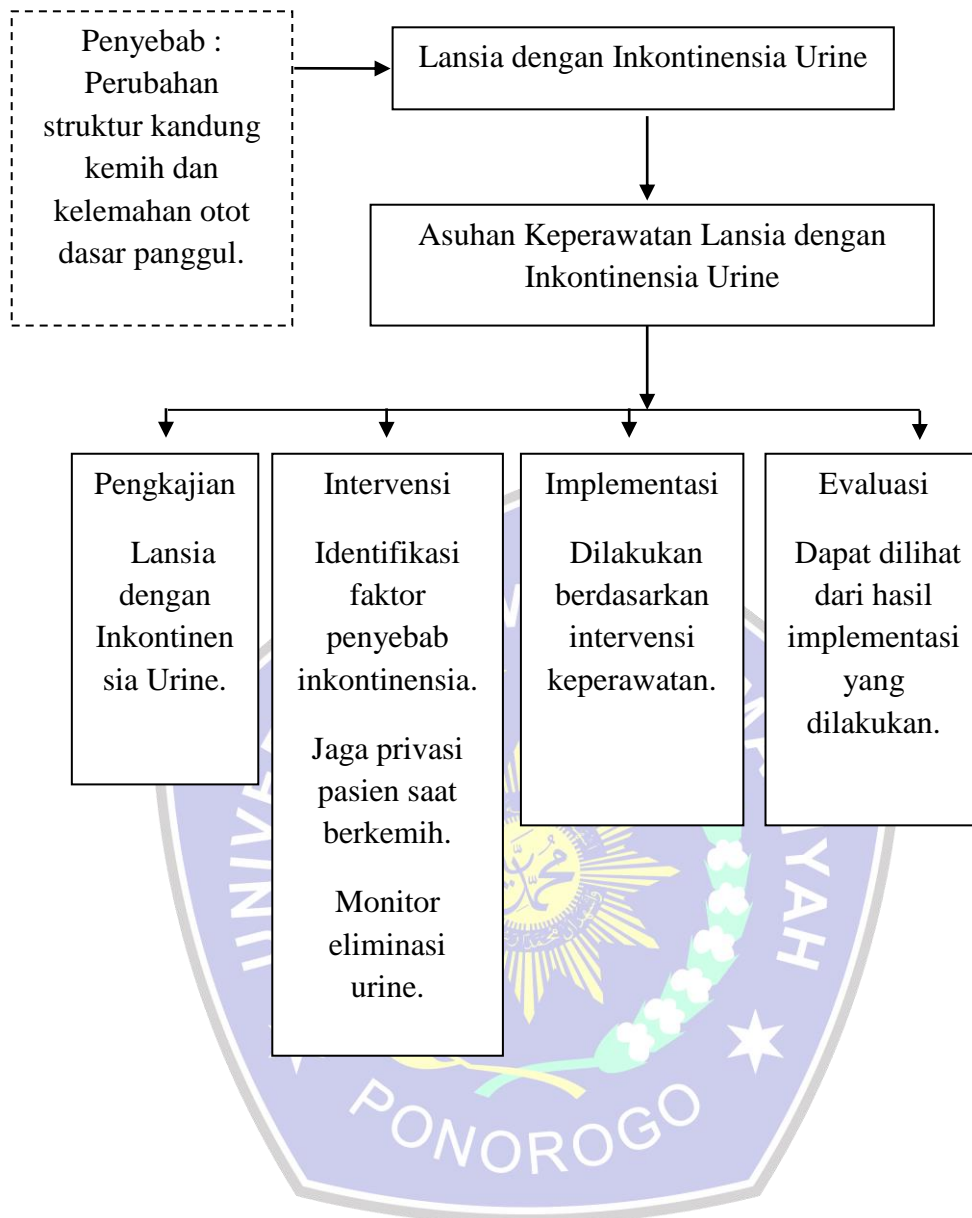
Psikomotor biasanya lebih mudah dievaluasi dibandingkan dengan yang lain jika perilaku yang dapat diobservasi sudah diidentifikasi pada kriteria hasil (tujuan). Hasil ini dapat dilakukan melalui observasi perilaku klien secara langsung.

### 4) Perubahan fungsi tubuh

Untuk mengevaluasi perubahan fungsi tubuh perawat berfokus pada bagian fungsi kesehatan dari klien berubah setelah dilakukan asuhan keperawatan. Evaluasi bisa dilakukan dengan cara observasi dengan langsung, wawancara, serta pemeriksaan fisik.



## 2.5 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

□ : Konsep yang utama ditelaah

□ : Tidak ditelaah dengan baik

— : Berhubungan

→ : Berpengaruh

↔ : Sebab akibat

Gambar 2.2 Hubungan antar konsep inkontinensia urine.