

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Pengertian lansia secara umum merupakan seseorang yang di katakan lansia apabila usianya mencapai 60 tahun keatas hal ini meliputi laki-laki atau perempuan. Departemen kesehatan RI mengatakan seseorang dikatakan usia lanjut dari usia 55 tahun ke atas menurut badan kesehatan dunia (WHO) usia lanjut di mulai lansia dari 60 tahun (Indriana 2012).

Lanjut usia adalah seseorang yang sudah mengalami perubahan struktur dan fungsi pertahanan tubuh menurun di karenakan usianya sudah berlanjut. Perubahan ini berlangsung dengan mulus sehingga tidak dapat menyebabkan ketidakmampuan atau dapat terjadi secara nyata dan di karenakan ketidakmampuan total. Konsep diri di dapat lansia mempengaruhi perawatan diri di sebabkan hal ini menunjukkan bahwa konsep diri merupakan satu parameter, perawatan diri adalah salah satu indicator dapat meningkatkan jumlah lansia akan membawa dampak kehidupan. Dampak utamanya pada lansia adalah peningkatan ketergantungan lansia di sebabkan oleh terjadinya kemunduran fisik, psikis serta sosial lansia dapat di gambarkan melalui 4 tahap yaitu adalah kelemahan, keterbatasan fungsional, ketidakmampuan serta hambatan yang bisa dialami bersamaan dengan proses menua

merupakan suatu kondisi yang sangat wajar serta tidak dapat di hindari dalam fase kehidupan (Amalia Yuliarti 2014).

Proses lanjut usia merupakan tertutupnya akhir dari tahapan perkembangan dalam kehidupan manusia. Di dalam masyarakat Indonesia masa-masa lansia sering di indikasi dengan masa menurunnya pada masa penurunan macam macam fungsi tubuh serta adanya dampak pada ketidakberdayaaan (Syam' Ani,2011).

Beberapa lansia diharuskan tinggal di panti werdha di sebabkan berbagai macam diantaranya yaitu ketidakmampuan keluarga dalam mengurusnya, dan bergantung dengan pertolongan yang lain membuat keluarga akan mengirim lansia terutama dengan pemenuhan perawatan diri dengan sendirinya akan juga digantikan oleh *caregiver* yang ada dipanti werdha tersebut (Andini & Supriyadi, 2013)

Perubahan umum dengan kemampuan motorik pada lansia merupakan kekuatan motorik: penurunan kekuatan yang paling nyata merupakan adanya kelunturan otot-otot yang menompang tegaknya tubuh. Orang yang berusia lanjut akan lebih cepat merasa lelah dan memerlukan waktu yang lebih lama untuk memulihkan diri dari keletihan di banding orang yang masih muda. Penuaan atau proses terjadinya tua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi yang normal sehingga tidak bisa bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita (Irwan Batubara, dkk 2011).

2.1.2 Batasan Usia Lanjut

WHO (*World Health Organization*) Batasan usia lanjut lansia usia pertengahan (*middle*), usia 45-59 tahun, usia lanjut (*elderly*) usia 60-70 tahun usia tua (*Old*) usia 75-90 tahun , dan usia sangat tua (*very old*) usia diatas 90 tahun. Usia lanjut merupakan individu yang mencapai usia 60 tahun mencapai tahap pensiunan serta pada tahap ini usia lanjut bisa mengalami penurunan daya tahan tubuh dan adanya penurunan kesehatan.

2.1.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia

Menurut Muhjahidullah (2012), ada beberapa perubahan yang terjadi oleh lansia meliputi:

1. Perubahan Fisik

- a. Pada seseorang yang memasuki usia lanjut dengan keadaan sel yang ada dalam tubuh akan mengalami perubahan misalnya jumlahnya yang menurun, ukuran yang lebih besar hingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan proporsi protein yang ada di otot, ginjal darah dan berkurang.
- b. Sistem persyarafan Dalam keadaan sistem persyarafan oleh lansia akan dapat mengalami perubahan, misalnya pergeseran syaraf pada panca indra. Pada indra pendengaran akan dapat mengalami gangguan pendengaran misalnya hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga. Pada panca indra penglihatan akan mengalami kekeruhan yang terdapat pada kornea mata, hilangnya daya ataupun terjadi penurunan lapang

pandang. Pada panca indra peraba mengalami hal yang terdapat respon nyeri menurun serta kelenjar berkurang. Pada indra pembau mengalami terjadinya seperti menurunnya oleh kekuatan otot pernafasan, hingga kemampuan membau juga berkurang.

c. Sistem pada gastrointestinal Lansia mengalami kejadian penurunan produksi air liur(Saliva), serta gerak peristaltik usus terdapat penurunan.

d. Sistem Genitourinaria Oleh lansia ginjal mengalami pengecilan hingga aliran darah ke ginjal menurun.

e. Sistem Musculokeletal,

Yang terdapat pada lansia tulang mengalami kehilangan cairan dan semakin rapuh keadaan tubuh akan terjadi lebih pendek, persediaan mengalami kekakuan serta tendon mengerut.

f. Sistem Kardiovaskuler

Terdapat pada lansia di organ jantung mengalami sebuah pompa darah yang mengalami penurunan, ukuran jantung keseluruhan akan mengalami penurunan dengan tidaknya penyakitnya klinis, denyut jantung yang mengalami penurunan, katub jantung yang terdapat pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik mengalami peningkatan oleh lansia di sebabkan terjadi hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolic tetap sama maupun meningkat.

g. Sistem Penglihatan

Timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.

h. Sistem Pendengaran

Presbiakusis (Gangguan dalam pendengaran). Hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata 50% diatas umur 65 tahun. Pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/setres.

i. Sistem pengaturan Temperatur Tubuh

Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis akibat metabolisme yang menurun.

j. Sistem Respirasi

Paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman bernafas menurun. Kemampuan kekuatan pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.

k. Sistem reproduksi

Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia asal kondisi kesehatan baik.

1. Sistem Perkemihan

Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urin, darah yang masuk keginjal disaring di glomerulus (nefron). Nefron menjadi atrofi dan aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%.

m. Sistem Endokrin

Menurunkan sekresi hormone kelamin misalnya, progesterone, estrogen, dan testostosterone.

n. Sistem kulit (sistem integument)

Permukaan kulit kasar bersisik karena kehilangan proses keratinisasi, serta perubahan ukuran bentuk sel epidermis. Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak dan kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya.

2. Perubahan Intelektual

Menurut Hocchanadel dan Kaplan dalam Mujahidullaah (2012), terjadinya proses penuaan mengalami terdinya mengalami terjdinya kemunduran sebuah kemampuan otak seperti perubahan *intelegenita Quantion* (IQ) merupakan kegunaan otak kanan yang mengalami penurunan hingga lansia terjadi kesulitan dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi serta kesulitan menganal wajah seseorang. Ada juga perubahan yang lain meliputi adanya perubahan ingatan. Disebabkan adanya

penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan mengalami kesulitan menerima rasangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menurun.

3. Menurut Maslow dalam Muhjahidin (2012), lansia semakin teratur dalam Kehidupan keagaamannya, hal ini bersangkutan dengan lansia yang akan meninggalkan kehidupan dunia.

2.1.4 Teori-teori Lansia

1. Teori biologis
 - a. Teori genetic
 - 1) Teori *genetik clock*

Teori *Genetik Clock* ini merupakan teori intrinsic yang berfungsi mengatur gen dan menentukan proses penuaan pada lansia. Proses menua ini telah diatur secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Umumnya, setiap spesies memiliki inti sel tersendiri dan mempunyai batas usia yang berbeda-beda yang telah diputar menurut replica tertentu (Ratnawati, 2017).

2. Teori mutasi somatic

Teori ini terjadi akibat adanya kesalahan dalam proses DNA atau RNA serta adanya pengaruh lingkungan yang buruk dalam proses translasi RNA protein, sehingga dapat menimbulkan terjadinya penurunan pada fungsi organ atau perubahan sel menjadi penyakit. yang buruk dalam proses translasi RNA protein, sehingga dapat menimbulkan terjadinya

penurunan pada fungsi organ atau perubahan sel menjadi penyakit.

3. Teori non genetik

a. Teori penurunan sistem imun tubuh (*auto immune theory*) Pengulangan mutasi dapat menyebabkan kemampuan sistem imun tubuh menurun dan dapat merusak membrane sel sehingga menyebabkan sistem tidak mengenalinya.

b. Teori kerusakan akibat radikal bebas (*free radical theory*)

Teori ini terbentuk karena di dalam mitokondria terjadi proses pernapasan atau proses metabolisme. Ketidakstabilan radikal bebas akan membuat sel tidak dapat beregenerasi dan dianggap sebagai penyebab penting terjadinya kerusakan fungsi sel, seperti karena adanya, asap rokok, zat pengawet makanan, sinar ultraviolet, asap kendaraan bermotor dan radiasi.

c. Teori rantai silang (*cross link theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa terjadinya perubahan membrane plasma dapat mengakibatkan jaringan menjadi kaku, kurang elastis, hilangnya fungsi pada proses menua karena adanya reaksi dengan zat kimia dan radiasi pada lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat.

d. Teori fisiologis

Teori ini terdiri atas teori dipakai-usa (*wear and tear theory*) dan teori oksidasi stress dimana akan terjadi stress yang dapat

menyebabkan tubuh menjadi lelah karena sel-sel dalam tubuh yang banyak terpakai.

4. Teori sosiologis

a. Teori interaksi sosial

Salah satu kunci untuk mempertahankan status sosialnya adalah dengan mempertahankan interaksi sosialnya. Teori ini menjelaskan mengapa lansia bertindak pada situasi tertentu.

b. Teori aktifitas

Teori ini menjelaskan bahwa kepuasan para lanjut usia yang menjadi kunci sukses mereka adalah para lansia yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial. Lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial. Para lansia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas. Padahal secara alamiah, secara langsung lansia akan mengalami penurunan pada jumlah kekuatan.

c. Teori kepribadian berlanjut

Teori ini menjelaskan bahwa tipe personalitas yang dimiliki lansia sangat berpengaruh pada perubahan lansia, dimana dimungkinkan pengalaman hidup merupakan gambarannya kelak pada saat ia menjadi lansia.

d. Teori pembebasan / penarikan diri

Dengan bertambahnya usia seseorang berangsur-angsur akan mulai menarik diri dari pergaulan sekitarnya atau melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Kondisi ini akan berdampak pada

penurunan interaksi sosial lansia yang dapat mengalami kehilangan ganda seperti kehilangan peran, hambatan kontak sosial, dan berkurangnya komitmen.

2.2 Konsep Perawatan Diri Eliminasi

2.2.1 Pengertian

Defisit Perawatan Diri Eliminasi adalah suatu hambatan kemampuan untuk melakukan, menyelesaikan atau melengkapi kegiatan/aktivitas eliminasi sendiri (NANDA, 2009). Batasan karakteristiknya adalah defisit perawatan diri: eliminasi adalah ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat penyiram toilet, naik ketoilet, melepas atau menggunakan pakaian untuk eliminasi, turun dari toilet atau untuk duduk/bangun dari toilet, membersihkan diri sehabis eliminasi.

2.2.2 Karakteristik Defisit Perawatan Diri

(Keliat dan Akemat, 2010 dalam Wahyuni.N.s, 2017) Karakteristik defisit perawatan diri yang dapat di temukan :
Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air kecil atau buang air besar tidak pada tempatnya, dan tidak dibersihkan diri dengan baik setelah BAK dan BAB.

2.2.3 Klasifikasi Perawatan Diri Eliminasi

Menurut Nanda (2012), perawatan diri:

1. Defisit Perawatan diri Eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas BAK atau BAB sendiri.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Eliminasi pada usia lanjut

1. Eliminasi BAB Menurut Perry dan Potter (2005) yaitu:

a. Umur.

Umur tidak hanya mempengaruhi karakteristik feses, tapi juga pengontrolannya. Orang dewasa juga mengalami perubahan pengalaman yang dapat mempengaruhi proses pengosongan lambung. Diantaranya adalah atony (berkurangnya tonus otot yang normal) dari otot-otot polos colon yang dapat berakibat pada melambatnya peristaltik dan mengerasnya (mengering) feses, dan menurunnya tonus dari otot-otot perut yang juga menurunkan tekanan selama proses pengosongan lambung.

b. Diet.

Makanan adalah faktor utama yang mempengaruhi eliminasi feses. Cukupnya selulosa, serat pada makanan, penting untuk memperbesar volume feses. Makanan tertentu pada beberapa orang sulit atau tidak bisa dicerna. Ketidakmampuan ini berdampak pada gangguan pencernaan, di beberapa bagian jalur dari pengairan feses. Makanan yang teratur mempengaruhi defekasi.

c. Psikologi.

Penyakit-penyakit tertentu termasuk diare kronik, seperti ulcus pada collitis, bisa jadi mempunyai komponen psikologi. Diketahui juga bahwa beberapa orang yang cemas atau marah dapat meningkatkan aktivitas peristaltik dan frekuensi diare.

Ditambah lagi orang yang mengalami depresi bisa memperlambat motilitas intestinal, yang berdampak pada konstipasi.

d. Gaya Hidup

Gaya hidup mempengaruhi eliminasi feses pada beberapa cara. Pelatihan buang air besar pada waktu dini dapat memupuk kebiasaan defekasi pada waktu yang teratur, seperti setiap hari setelah sarapan, atau bisa juga digunakan pada pola defekasi yang ireguler. Ketersediaan dari fasilitas toilet, kegelisahan tentang bau, dan kebutuhan akan privasi juga mempengaruhi pola eliminasi feses.

e. Obat-Obatan

Obat memiliki efek samping yang dapat berpengaruh terhadap eliminasi yang normal. Beberapa menyebabkan diare yang lain seperti dosis yang besar dari tranquilizer tertentu dan diikuti dengan prosedur pemberian morfin dan kodein, menyebabkan konstipasi. Beberapa obat secara langsung mempengaruhi eliminasi. Laksatif adalah obat yang merangsang aktivitas usus dan memudahkan eliminasi feses. Obat-obatan ini melunakkan feses, mempermudah defekasi. Obat-obatan tertentu seperti *dicyclomine hydrochloride* (Bentyl), menekan aktivitas peristaltik dan kadang-kadang digunakan untuk mengobati diare.

f. Tonus Otot

Tonus perut, otot pelvik dan diafragma yang baik penting untuk defekasi. Aktivitasnya juga merangsang peristaltik yang

memfasilitasi pergerakan chyme sepanjang kolon. Otot-otot yang lemah sering tidak efektif pada peningkatan tekanan intraabdominal selama proses defekasi atau pada pengontrolan defekasi. Otot-otot yang lemah merupakan akibat dari berkurangnya latihan (exercise), imobilitas atau gangguan fungsi syaraf.

2. Eliminasi BAK

a. Jumlah Air Yang Diminum.

Semakin banyak air yang diminum jumlah urin semakin banyak. Apabila banyak air yang diminum, akibatnya penyerapan air ke dalam darah sedikit, sehingga pembuangan air jumlahnya lebih banyak dan air kencing akan terlihat bening dan encer. Sebaliknya apabila sedikit air yang diminum, akibatnya penyerapan air ke dalam darah akan banyak sehingga pembuangan air sedikit dan air kencing berwarna lebih kuning.

b. Jumlah Garam.

Jumlah garam yang dikeluarkan dari darah. Supaya tekanan osmotik semakin banyak konsumsi garam maka pengeluaran urin semakin banyak.

c. Konsentrasi Hormon Insulin.

Jika konsentrasi insulin rendah, orang akan sering mengeluarkan urin terjadi pada orang yang menderita kencing manis

d. Hormon Antidiuretik (ADH)

Hormon ini dihasilkan oleh kelenjar hipofisis bagian belakang. Jika darah sedikit mengandung air, maka ADH akan banyak disekresikan ke dalam ginjal, akibatnya penyerapan air meningkat sehingga urin yang terjadi pekat dan jumlahnya sedikit

e. Suhu Lingkungan

Ketika suhu sekitar dingin, maka tubuh akan berusaha untuk menjaga suhunya dengan mengurangi jumlah darah yang mengalir ke kulit sehingga darah akan lebih banyak yang menuju organ tubuh, di antaranya ginjal.

f. Minum Alkohol dan Kafein

Alkohol dapat menghambat pembentukan hormon antidiuretika. Seseorang yang banyak minum alkohol dan kafein, maka jumlah air kencingnya akan meningkat.

2.2.5 Tanda dan Gejala perawatan diri Eliminasi

Adapun tanda gejala defisit perawatan diri Eliminasi menurut Fitria (2010) antara lain:

BAK atau BAB (Toileting)

1. Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil.
2. Ketidakmampuan duduk atau bangkit dari jamban.
3. Ketidakmampuan membersihkan diri setelah BAK/BAB dengan tepat dan menyiram toilet atau kamar kecil.

2.3 Konsep *Bladder Training*

2.3.1 Pengertian *Bladder Training*

Bladder training merupakan latihan kandung kemih sebagai salah satu upaya mengembalikan fungsi kandung kemih yang mengalami gangguan (Lutfie, 2008). Orzeck dan Ouslander (1987 dalam Hariyati 2000) mengatakan bahwa *bladder training* merupakan upaya mengembalikan pola buang air kecil dengan menghambat atau merangsang keinginan buang air kecil. *Bladder training* merupakan tindakan yang bermanfaat dalam mengurangi frekuensi dari inkontinensia.

Bladder training banyak digunakan untuk menangani inkontinensia urin di komunitas. Latihan ini sangat efektif dan memiliki efek samping yang minimal dalam menangani masalah inkontinensia urin.

2.3.2 Tujuan *Bladder Training*

Tujuan dari *bladder training* (melatih kembali kandung kemih) adalah mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulasi pengeluaran air kemih (Perry dan Potter, 2005). *Bladder training* bertujuan untuk mengembangkan tonus otot dan spingter kandung kemih agar berfungsi optimal. Latihan ini dilakukan pada pasien setelah kateter terpasang dalam jangka waktu yang lama (Suharyanto, 2008)

Karon (2005) menyatakan tujuan dilakukan *bladder training* adalah:

- a. Membantu klien mendapat pola berkemih rutin.
- b. Mengembangkan tonus otot kandung kemih sehingga dapat mencegah inkontinensia.
- c. Memperpanjang interval waktu berkemih.
- d. Meningkatkan kapasitas kandung kemih.
- e. Melatih kandung kemih untuk mengeluarkan urin secara periodic. Mengontrol faktor-faktor yang mungkin meningkatkan jumlah episode inkontinensia.

2.3.3 Indikasi *Bladder Training*

Bladder training dapat dilakukan pada pasien yang mengalami inkontinensia, pada pasien yang terpasang kateter dalam waktu yang lama sehingga fungsi spingter kandung kemih terganggu (Suharyanto, 2008). *Bladder training* juga bisa dilakukan pada pasien stroke, bladder injury, dan pasien dengan pemasangan kateter yang lama (Orzeck dan ouslander, 1987 dalam Hariyati, 2000).

Bladder training efektif digunakan dalam menangani masalah inkontinesia dorongan, inkontinensia stress atau gabungan keduanya yang sering disebut *inkontinensia urin* campuran. Penelitian yang dilakukan oleh Fantl (1991) mengenai efektivitas *bladder training* didapatkan, bahwa

sebanyak 50 % dari sampel percobaan menjadi mampu mengontrol kencing, dan 12 % menjadi total kontinen. Sedangkan penelitian yang dilakukan Hariyati (2000) untuk melihat pengaruh *bladder training* dengan proses pemulihan *inkontinensia urin* pasien stroke diperoleh lama inkontinensia urin rata-rata 13,11 hari pada pasien yang diberi *bladder training* sedangkan di ruangan kontrol 22,7 hari.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian pada Lansia

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu pengumpulan data dari sumber primer (klien) dan sumber sekunder (keluarga / tenaga kesehatan), dan analisis data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis: tanda-tanda vital, wawancara, pasien / keluarga, pemeriksaan fisik dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik (Doenges, 2012) .Pengkajian ini meliputi tanggal pengkajian, jam, metode, sumber, oleh, yang dilakukan saat akan pengkajian di mulai. Yang ada di pengkajian konsep keperawatan pada lansia meliputi:

2.4.2 Identitas diri

- a. Identitas diri pasien meliputi Nama, Umur, Agama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, suku, status perkawinan, tanggal masuk, di gunakan untuk mengetahui identitas klien kalau ada keluarga atau saudaranya saat menjenguk pasien, dan juga untuk.
- b. Penanggung jawab

Penanggung jawab ini yaitu adalah seorang Pembina diwisma panti.meliputi nama, dan hubungan dengan klien untuk mempertanggung jawab pasien kalau ada masalah atau mengurus sesuatu hal.

2.4.3 Riwayat kesehatan

1. Status kesehatan sehari-hari
 - a. Keluhan yang dirasakan saat ini
Mengkaji keluhan yang di rasakan kepada klien tentang kesehatan yang dirasakan saat ini .
 - b. Faktor Pencetus
Mengkaji kepada paseien apakah ada faktor pencetusnya dalam kesehatan ini
 - c. Waktu timbulnya keluhan
Mengkaji kepada pasien tentang kapan terjadinya keluhan yang dirasakan saat ini.
 - d. Kondisi yang memperingankan dan memperberat keluhan
Mengkaji kepada pasien kondisi apa yang memperingankan dan memperberat dalam keluhannya.

e. Upaya yang telah dilakukan

Mengkaji kepada pasien upaya apa yang dilakukan saat ini dalam keluhannya.

2. Masalah Kesehatan kronis

Mengkaji pasien apakah ada masalah dalam kesehatan kronis ini (format terlampir).

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Penyakit yang pernah diderita

Mengkaji pasien apakah sebelumnya ada riwayat penyakit yang di deritanya.

b. Riwayat jatuh/kecelakaan

Mengkaji pasien apakah sebelumnya ada riwayat jatuh, dan menjelaskan tentang kejadiannya.

4. Riwayat dirawat di rumah sakit

Mengkaji pasien apakah sebelumnya pasien pernah di rawat di RS, dan menjelaskan dimana dengan penyakit apa.

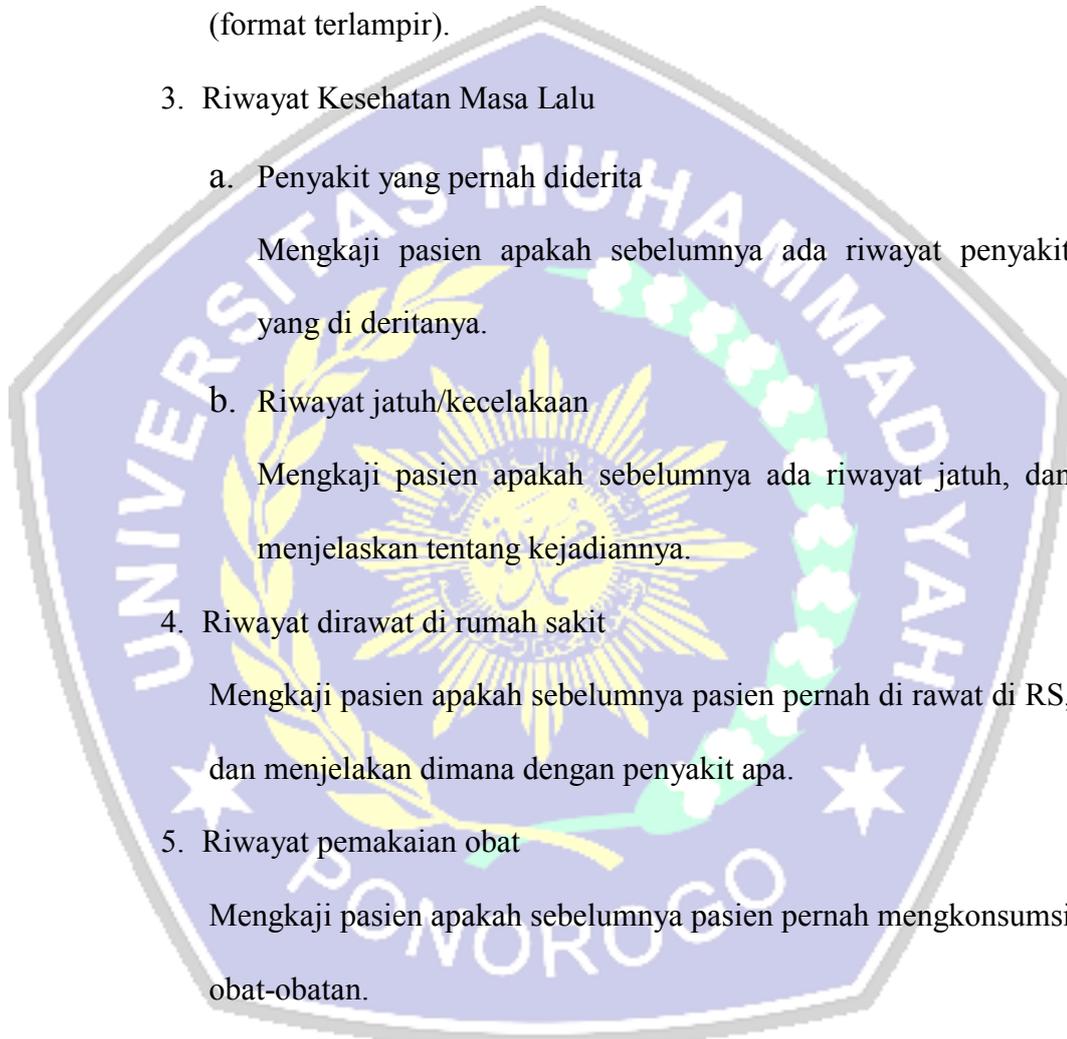
5. Riwayat pemakaian obat

Mengkaji pasien apakah sebelumnya pasien pernah mengkonsumsi obat-obatan.

6. Riwayat alergi (obat, makanan, debu, dan lain-lain)

Mengkaji pasien apakah sebelumnya ada riwayat alergi atau tidak, kalau ada sebutkan alergi apa. Dan jelaskan kapan alergi itu terjadi dan di saat apa alergi itu muncul.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga



a. Penyakit yang pernah diderita keluarga

Mengkaji kepada pasien mengenai keluarganya apakah mempunyai penyakit yang menular dan menahun.

b. Genogram

Mengkaji susunan atau tingkatan tentang saudara dan anaknya dalam keluarga pasien.

2.4.4 STATUS FISIOLIGIS

1. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

a. Nutrisi : Frekuensi makan : jumlah makan berapa kali dalam sehari , habis seporsi atau tidak

b. Jenis makanan: sejenis nasi, lauk, sayur atau bukan.

c. Kebiasaan makan: mengkaji pasien kebiasaan makannya bagaimana duduk/berdiri dan sambil berbicara atau tidak dll.

d. Makanan yang disukai: mengkaji pasien apakah ada makanan yang disukainya dan jelaskan alasannya mengapa kok bisa disukai.

e. Makanan yang tidak disukai: mengkaji pasien apakah ada makanan yang tidak disukainya dan jelaskan alasannya mengapa kok bisa tidak disukai.

f. Pantangan makan: mengkaji pasien apakah ada atau tidaknya pantangan untuk makan.

g. Keluhan makan: mengkaji pasien apakah ada kesulitan untuk makan.

2. Eliminasi

a. Frekuensi

BAB/BAK: jumlah berapa kali BAB dalam sehari

b. Konsistensi

BAB: mengkaji warna, bau khas feses atau bukan, padat atau dalam bentuk cair.

BAK: mengkaji warna urine, bau khas urine atau tidak.

c. Kebiasaan

BAB : mengkaji dimana tempat BABnya di toilet atau di tempat lain.

BAK : mengkaji dimana tempat BAKnya di kamar mandi atau di tempat lain atau juga BAK di kamar tidur

d. Keluhan

BAB/BAK: mengkaji apakah saat BAK/BAB ada keluhannya.

e. Riwayat pemakaian obat (diuretic, laxative/pencabar dll)

mengkaji kepada pasien apakah memakai obat-obatan yang sudah tercantum di formatnya /di atas

3. Istirahat/Tidur

a. Frekuensi tidur: mengkaji kepada pasien sehari tidur berapa kali tidur, dan juga bisa tidur atau tidak.

b. Lama tidur: mengkaji kepada pasien berapa kali lamanya pasien tidur.

c. Kebiasaan tidur: mengkaji kepada pasien dimana saat tidur dan memakai apa, dan jelaskan bagaimana kalau pasien tidur.

- d. Keluhan Tidur: mengkaji kepada pasien apakah ada keluhan saat tidur atau tidak dan berikan alasannya.
- e. Riwayat Penggunaan obat tidur: mengkaji kepada pasien apakah sebelum tidur mengkonsumsi obat tidur atau tidak.

4. Aktifitas Sehari-hari

- a. Kegiatan yang dilakukan sehari-hari: mengkaji kepada pasien apa kegiatannya dalam sehariannya, jelaskan.
- b. Kegiatan Olahraga: mengkaji kepada pasien apa dalam sehari-hari mengikuti olahraga, dan olahraga apa yang di ikuti.
- c. Kebiasaan mengisi waktu luang: mengkaji kepada pasien saat ada waktu luang kegiatan apa yang bisa dilakukan.
- d. Kemandirian dalam beraktifitas: mengkaji kepada pasien saat melakukan aktifitasnya dengan secara mandiri atau dibantu orang lain (format terlampir).
- e. Keseimbangan: mengkaji kepada pasien bagaimana cara pasien lansia menjaga keseimbangan, apakah ada gangguan dalam gerakanya.

5. Personal Hygiene

- a. Kebiasaan Mandi: mengkaji dimana saat mandi, menggunakan apa saja, berapa kali, setelah mandi berganti pakaian/tidak, berdandan/tidak,
- b. Kebiasaan gosok gigi: mengkaji dimana saat gosok gigi menggunakan apa saja, berapa kali, jika lansia tidak punya

gigi/ompong gimana cara pasien untuk gosok gigi, apakah melakukan kumur atau yang lainnya.

e. Kebiasaan cuci rambut: mengkaji dimana saat cuci rambut, menggunakan apa saja saat mencucinya, berapa kali,

d. Kebiasaan gunting kuku: mengkaji pasien apakah kukunya hitam-hitam atau panjang, berapa kali memotongnya dan menggunakan apa.

6. Reproduksi dan Seksual

Mengkaji kepada pasien apakah masih berhubungan suami istri atau tidak dan juga mempunyai pasangan atau tidak.

2. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-Tanda Vital dan Status Gizi

Memantau kesehatan pada klien saat ini. Serta melakukan tindakan TTV pada pasien. TTVnya meliputi: suhu, Tekanan darah, Nadi, Respirasi, Berat badan, Tinggi badan, IMT

2. Pemeriksaan *head to toe*

Kepala: bentuk kepala simetris atau tidak, rambut berwarna apa, ada kotoran atau tidak, ada luka atau tidak,

Mata: konjungtiva berwarna apa pucat atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak,

Hidung: bentuk hidung simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada secret atau tidak, ada serumen atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak, ada luka atau tidak.

Mulut, Gigi, dan tenggorokan: membrane mukosa bibir kering atau tidak, ada stomatitis atau tidak, ada pembesaran tonsil atau tidak, ada sianosis tidak, ada lesi tidak, ada nyeri tekan atau tidak, punya gigi atau tidak, dibersihkan setiap hari atau tidak, lidah bersih atau tidak.

Telinga: simetris atau tidak, ada kelaian pendengaran atau tidak, ada kotoran atau tidak, ada pembengkakan pada telinga atau tidak.

Leher: ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, ada pembesaran vena jugularis atau tidak.

Dada: Simetris atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak, getaran kanan kiri sama atau tidak.

Payudara: bentuk payudara simetris atau tidak, mengalami kekendoran atau tidak, ada pembesaran payudara atau tidak

Abdomen: bentuk abdomen simetris atau tidak, ada pembesaran dibagian abdomen atau tidak, ada lesi atau tidak.

Genetalia: apakah ada kelainan atau tidak.

Ekstremitas: Atas dan bawah: apakah ada kelaian atau tidak lengkap atau tidak Integumen: ada kerusakan pada kulit atau tidak, warna kulit apa,

2.4.5 STATUS KOGNITIF

a. Psikologis

1) Persepsi Lansia terhadap proses menua

Mengkaji apa keinginan klien saat sudah waktunya menua.

2) Harapan Lansia terhadap proses menua

Mengkaji harapan klien harapan pasien selagi tua, apakah ingin menjadi tua yang bahagia.

3) Status Depresi

Mengkaji atau mengisi pertanyaan yang sudah tersedia, pasien apakah ada status depresi (format terlampir).

b. Sosial

1) Dukungan Keluarga (Format APGAR LANSIA terlampir):

Mengkaji meliputi pola komunikasi serta interaksi lansia dan bagaimana dukungan keluarga terhadap lansia.

2) Pola Komunikasi dan Interaksi lansia: mengkaji pasien dalam komunikasi dan interaksi sesama teman atau orang lain baik atau tidak, akrab tidak sama orang lain bahkan temannya sendiri.

c. Spiritual

1) Kegiatan Keagamaan

2) Konsep keyakinan tentang kematian

3) Upaya untuk meningkatkan spiritual

2.4.6 PENGKAJIAN LINGKUNGAN TEMPAT TINGGAL

1. Kebersihan dan Kerapihan Ruangan: mengkaji kebersihan dalam ruangan.

2. Penerangan: mengkaji penerangannya pakek apa dan ada berapa.

3. Sirkulasi Udara: mengkaji ada candela dan pintu atau tidak setiap ruangan dan berapa jumlahnya.

4. Keadaan kamar mandi dan WC: mengkaji keadaannya bersih, kotor atau kumuh , di bersihkan berapa kali dalam seminggu
5. Pembuangan air kotor: mengkaji dimana tempat pembuangan air kotor.
6. Sumber air minum: mengkaji dimana memperoleh air minum, beli atau memasak sendiri.
7. pembuangansampah: mengkaji dimana tempat pembuangan sampah dan dibakar atau bagaimana.
8. Sumber pencemaran: mengkaji apakah ada sumber pencemaran lainnya.

2.4.7 INFORMASI TAMBAHAN

Untuk mengkaji lagi kalau ada informasi tambahan.

2.4.8 ANALISA DATA

1. Data Subjektif

a. Batasan karakteristik:

- 1) Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplit
- 2) Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- 3) Ketidakmampuan mencapai toilet
- 4) Ketidakmampuan menyiram toilet
- 5) Ketidakmampuan naik ke toilet
- 6) Ketidakmampuan untuk duduk di toilet

b. Faktor yang berhubungan

- 1) Ansietas

- 2) Gangguan fungsi kognitif
- 3) Gangguan neuromuskulokeletal
- 4) Gangguan persepsi
- 5) hambatan kemampuan berpindah
- 6) hambatan mobilitas
- 7) Kelemahan.
- 8) Keletihan
- 9) Kendala lingkungan
- 10) Nyeri
- 11) Penurunan motivasi

2. Data Objektif

- a. Lansia Tampak Kotor
- b. Tercium bau tidak sedap
- c. BAB/BAK tidak pada tempatnya.
- d. Tidak membersihkan diridengan baik setela BAB/BAK.

2.4.9 Diagnosa keperawatan

Defisit perawatan diri: eliminasi berhubungan dengan Ansietas, Gangguan fungsi kognitif, Gangguan neuromuskulokeletal, Gangguan Persepsi, Hambatan kemampuan berpindah, Hambatan mobilitas, kelemahan, Keletihan, Kendala lingkungan, Nyeri, Penurunan motivasi.

2.4.10 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan

ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Intervensi merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnose keperawatan penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Potter, 2009).

Tabel 2.1 Intervensi

Diagnosa	NOC	NIC
<p>Defisit perawatan diri Eliminasi</p> <p>Definisi :Hambatan Kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi mandiri.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplet. 2. Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi. 3. Ketidakmampuan mencapai toilet. 4. Ketidakmampuan Menyiram Toilet. 5. Ketidakmampuan naik toilet. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulasi 2. Ambulasi: Kursi roda 3. Keseimbangan 4. Posisi tubuh: Berinisiatif sendiri 5. Koordinasi pergerakan 6. perawatan diri: Berpakaian 7. Perawatan diri : Kebersihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan Baju Yang diperlukan sehingga bisa melakukan eliminasi. 2. Bantu Pasien Ke toilet atau tempat lain untuk eliminasi pada interval waktu tertentu. (<i>Bledder Training</i>) 3. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurang privasi. 4. Beri Privasi selama eliminasi. 5. Fasilitasi kebersihan toilet setelah menyelesaikan eliminasi. 6. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi. 7. Siram toilet/Bersihkan alat-alat untuk eliminasi,

<p>6. Ketidakmampuan untuk duduk di toilet.</p> <p>Faktor yang Berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Gangguan neuromuskulokeletal 4. Gangguan persepsi 5. hambatan kemampuan berpindah 6. hambatan mobilitas 7. Kelemahan. 8. Keletihan 9. Kendala lingkungan 10. Nyeri 11. Penurunan motivasi 		<p>dengan tepat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Buatlah jadwal Aktivitas terkait eliminasi, dengan tepat. 9. Instruksikan pasien atau yang lain dalam rutinitas toilet. 10. Buatlah Kegiatan eliminasi, dengan tepat dan sesuai dan sesuai kebutuhan.
---	--	---

Sumber : Herdman & Kamitsuru (2015), Moorhead dan Bulechek (2017)

2.4.11 Analisis Jurnal

Hasil studi yang diambil adalah *Bladder training* yang berkaitan dengan intervensi yang dipilih dan yang akan dilakukan pembahasan secara mendalam pada bab 4. Dari sekian intervensi yang ada dari diagnosa keperawatan Bantu Pasien Ke toilet atau tempat lain untuk eliminasi pada interval waktu tertentu. (*Bledder Training*) dari literatur 3 jurnal sebagai berikut.

1. Berdasarkan penelitian Emy Sutiyarsih, Wibowo, 2016 yang berjudul Efektifitas *Bladder Training* Dan Latihan Kegel terhadap Penurunan *inkontinensia urine* di dapatkan hasil yaitu:

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis efektifitas Bladder Training dan Latihan kegel Terhadap Gejala Inkontinensia urine pada lansia. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *True eksperimen* dengan pendekatan *Pretest-Posttest design*. Populasi dan sampelnya adalah lansia yang mengalami inkontinensia urin yang berjumlah 20 lansia.

Hasil penelitian ini dikatakan bahwa intervensi senam kegel lebih banyak yang menunjukkan adanya penurunan frekuensi BAK nya saat post test dibandingkan pre test, daripada hasil yang ditunjukkan pada kelompok dengan intervensi *Bladder Training*. Namun, meskipun demikian ternyata dari hasil statistik menunjukkan tidak ada perbedaan antara frekuensi BAK pada kedua kelompok...

2. Berdasarkan penelitian M. Reza Pamungkas, Nurhayati, Musiana. 2013 yang berjudul Pengaruh Latihan Kandung Kemih (Bladder training) Terhadap Interval Berkemih Wanita Lanjut Usia (Lansia) Dengan Inkontinensia Urin di dapatkan hasil yaitu:

Tujuan Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh latihan kandung kemih (Bladder Training) terhadap interval berkemih pada lansia yang mengalami inkontinensia urine. Metode Penelitian ini menggunakan rancangan desain pra eksperimen dengan metode pengambilan data *Pre and Post Test One Group*, yaitu desain penelitian yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana interval berkemih lansia penderita

inkontinensia urin sebelum dan sesudah *bladder training*. Sampel diambil dengan teknik non random sampling yaitu menggunakan *accidental sampling* diperoleh responden sebanyak 26 lansia.

Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji T dependen diperoleh nilai *p value* 0,000. Nilai *p value* ini lebih kecil dari nilai *p* (0,05) sehingga Hasil diterima, artinya *Bladder Training* berpengaruh terhadap interval berkemih lansia inkontinensia urin. Dari rata-rata interval berkemih lansia inkontinensia urin sebelum *bladder training* adalah 2,315 jam dan rata-rata interval berkemih lansia inkontinensia urin setelah *Bladder Training* adalah 2,461 jam, maka didapatkan selisih rata-rata interval adalah 0,146 jam atau setara dengan 8,76 menit dengan standar deviasi 0,15 jam

3. Berdasarkan penelitian (Hilarius Mariyanto Moa), Susi Milwati), Sulasmini Pengaruh *Bladder Training* Terhadap Inkontinensia Urin Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lansia Desa Sumberdem Kecamatan Wonosari Malang.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh *bladder training* terhadap inkontinensia urin Metode Desain penelitian yang digunakan adalah *pre experimental design* dengan *rancangan one group pre-Post Test Design*. Pada penelitian ini peneliti mempelajari seberapa besar pengaruh antara variabel bebas (pemberian latihan *bladder training*) dengan variabel tergantung (inkontinensia urin). Sampel dalam penelitian

ini adalah lanjut usia di Desa sumberdem yang mengalami inkontinensia urin dengan jumlah 26 orang.

Hasil peneliti pada post test 4 terdapat perubahan pada inkontinensia urin, hal ini terlihat ada 23 orang lanjut usia mengalami penurunan pada frekuensi berkemih, peningkatan kelancaran proses berkemih lanjut usia mengalami perubahan yaitu 76,9%. peningkatan ketuntasan proses berkemih lanjut usia mengalami perubahan yaitu 79,9%, karena lanjut usia sudah melakukan *bladder training* dengan baik dan teratur. Berdasarkan hasil penelitian terdapat pengaruh yang signifikan yaitu sig (p) = 0,006 < 0,05 antara perkembangan lansia sebelum dan setelah diberikan bladder training.

2.4.12 Kefektifan Intervensi

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari suatu rencana keperawatan yang telah disusun pada perencanaan. Fokus pada intervensi keperawatan secara lain: mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi menemukan perubahan sistem tubuh menetapkan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesen dokter .

2.4.13 Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan. Evaluasi ini dikerjakan dalam bentuk pengisian

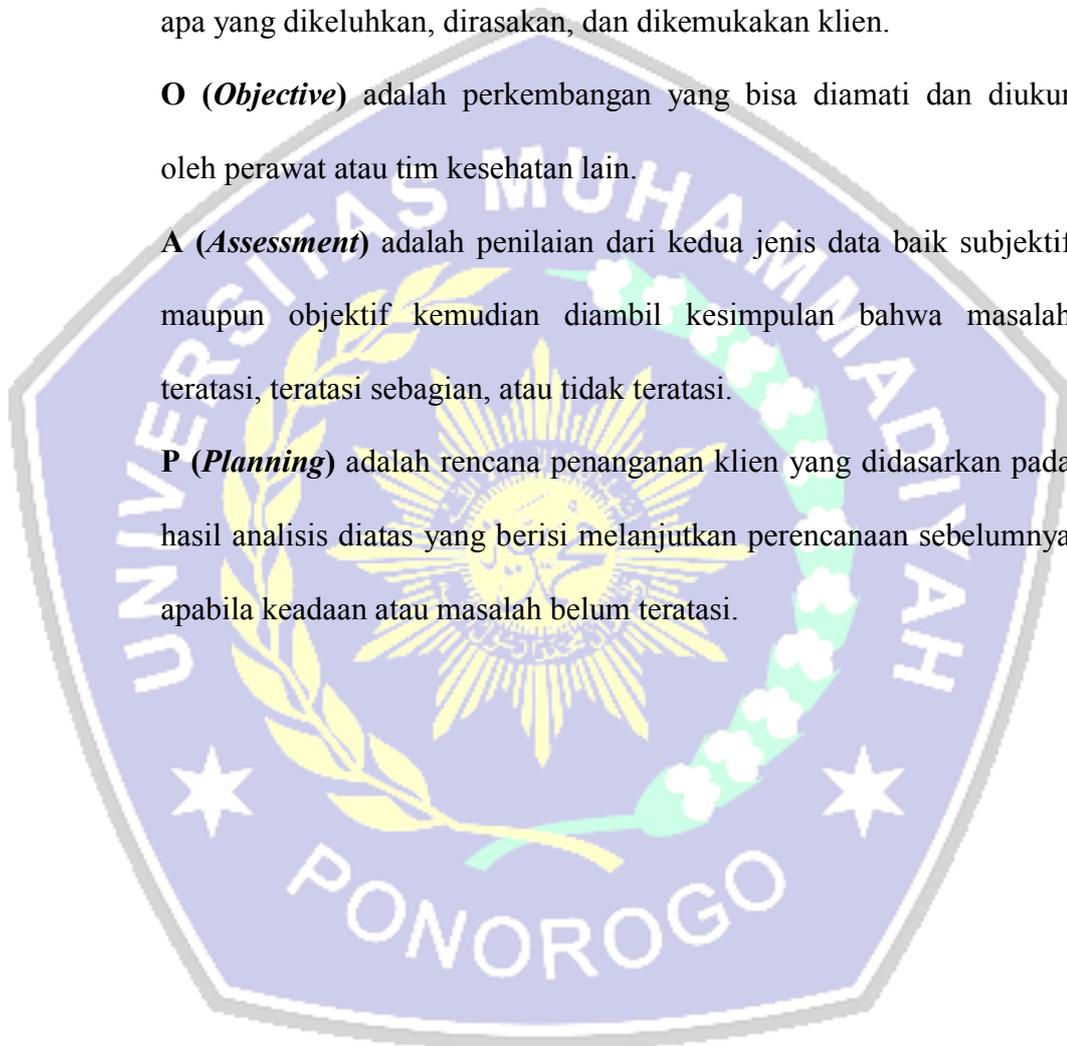
format catatan perkembangan dengan melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang diinginkan dengan kriteria hasil pada perencanaan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh klien. Format yang dipakai adalah format **SOAP**:

S (*Subjective*) adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dikeluhkan, dirasakan, dan dikemukakan klien.

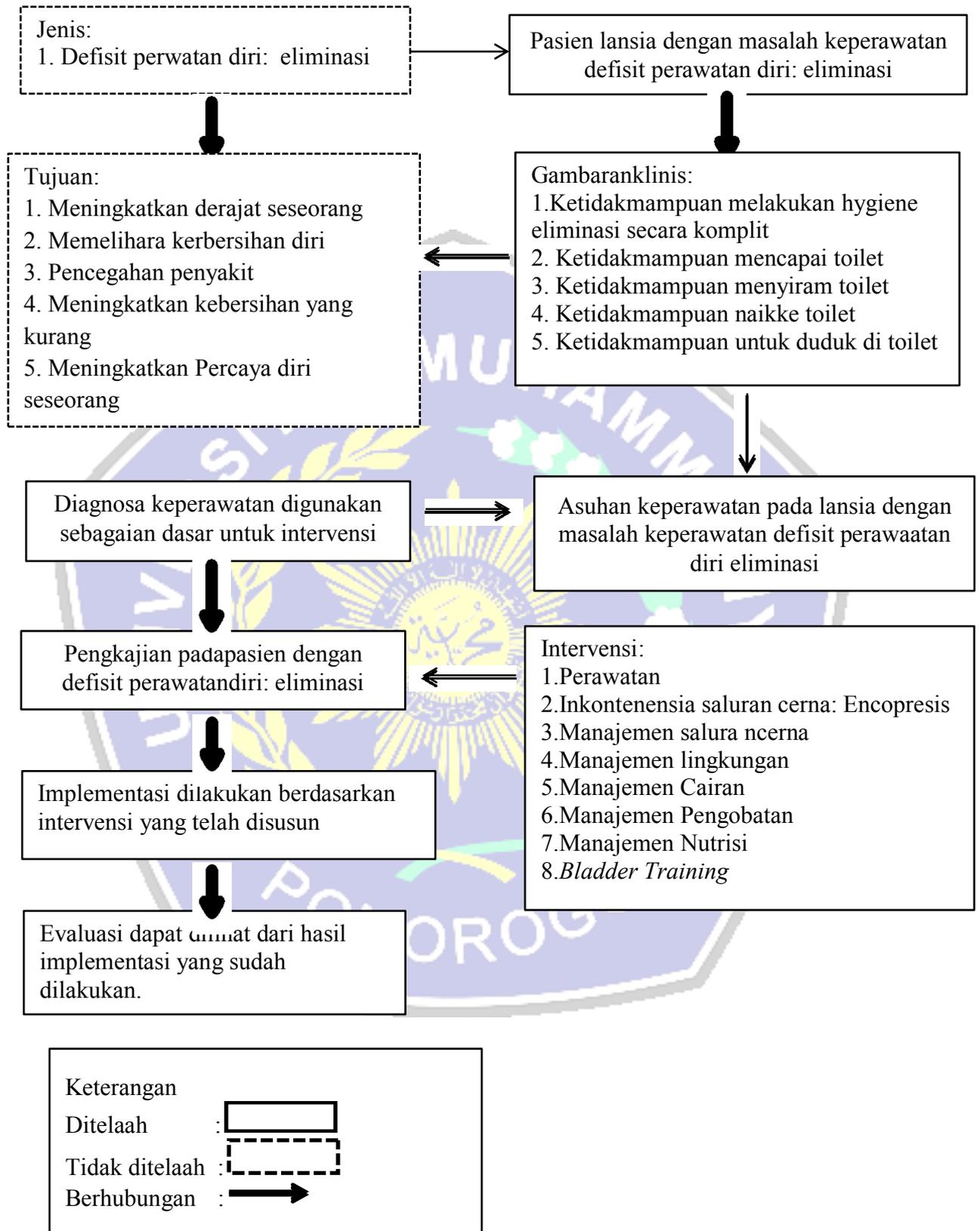
O (*Objective*) adalah perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A (*Assessment*) adalah penilaian dari kedua jenis data baik subjektif maupun objektif kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (*Planning*) adalah rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

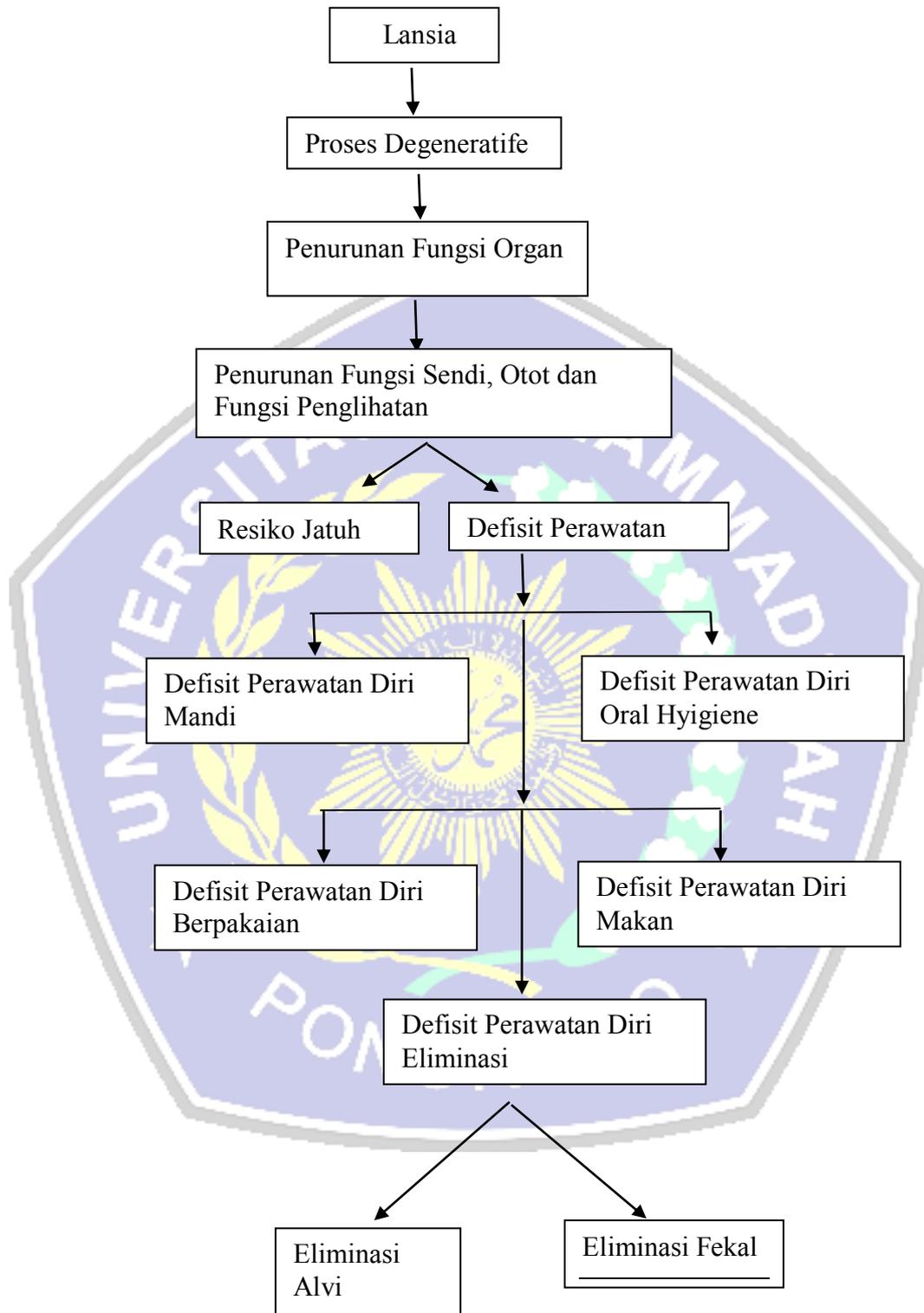


2.5 HUBUNGAN ANTAR KONSEP



Gambar 2.1 Hubungan Antar Konsep

2.6 Patway Eliminasi Lansia



Gambar 2.2 Patway Eliminasi Lansia

2.7 Niai – Nilai Dalam Islam

Dari beberapa hadist tentang kajian keislaman mengenai kebersihan diri seperti yang tertera pada HR. Imam Muslim menjelaskan bahwa “Kebersihan adalah sebagian daripada iman”. Menurut Hadits Jami' At-Tirmidzi No. 2723 - Kitab Adab:

حَدَّثَنَا مُحَمَّدُ بْنُ بَشَّارٍ حَدَّثَنَا أَبُو عَامِرٍ الْعَقَدِيُّ حَدَّثَنَا خَالِدُ بْنُ إِلْيَاسَ عَنْ صَالِحِ بْنِ أَبِي حَسَّانَ قَالَ سَمِعْتُ سَعِيدَ بْنَ الْمُسَيَّبِ يَقُولُ إِنَّ اللَّهَ طَيِّبٌ يُحِبُّ الطَّيِّبَ يُحِبُّ النَّظْفَةَ كَرِيمٌ يُحِبُّ الْكِرَامَ جَوَادٌ يُحِبُّ الْجُودَ فَتَنْظِفُوا أَرَاهُ قَالَ أَفَنِيَّتْكُمْ وَلَا تَسْبَهُوا بِالْيَهُودِ قَالَ فَذَكَرْتُ ذَلِكَ لِمُهَاجِرِ بْنِ مِسْمَارٍ فَقَالَ حَدَّثَنِيهِ عَامِرُ بْنُ سَعْدٍ بْنُ أَبِي وَقَّاصٍ عَنْ أَبِيهِ عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ مِثْلَهُ إِلَّا أَنَّهُ قَالَ تَنْظِفُوا أَفَنِيَّتْكُمْ قَالَ أَبُو عِيْسَى هَذَا حَدِيثٌ غَرِيبٌ وَخَالِدُ بْنُ إِلْيَاسَ يُضَعَّفُ وَيُقَالُ ابْنُ إِلْيَاسِ

Telah menceritakan kepada kami Muhammad bin Basyar telah menceritakan kepada kami Abu 'Amir Al 'Aqadi telah menceritakan kepada kami Khalid bin Ilyas dari Shalih bin Abu Hassan ia berkata; Aku mendengar Sa'id bin Al Musayyab berkata; "Sesungguhnya Allah Maha Baik, dan menyukai kepada yang baik, Maha Bersih dan menyukai kepada yang bersih, Maha Pemurah, dan menyukai kemurahan, dan Maha Mulia dan menyukai kemuliaan, karena itu bersihkanlah diri kalian, " aku mengiranya dia berkata; "Halaman kalian, dan janganlah kalian menyerupai orang-orang Yahudi, " Shalih bin Abu Hassan berkata; Hadits itu aku sampaikan kepada Muhajir bin Mismar, lalu dia berkata; " Amir bin Sa'ad bin Abu Waqqas telah menceritakannya kepadaku dari Ayahnya dari Nabi shallallahu 'alaihi wasallam dengan hadits yang semisal, Namun dalam hadits tersebut beliau bersabda:

"Bersihkanlah halaman kalian." Abu Isa berkata; Hadits ini gharib, dan Khalid bin Ilyas telah dilemahkan, dan dia juga dinamakan Ibnu Iyas (Hadits Jami' At-Tirmidzi No. 2723 - Kitab Adab).

