

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Lanjut usia atau lansia ialah seorang yang mengalami penurunan kemampuan hidup, dengan melalui proses perubahan pada waktu tertentu. Sedangkan menurut bab I pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun. Lansia atau lanjut usia ialah hilangnya kemampuan secara perlahan-lahan tentang proses hilangnya suatu jaringan untuk mengganti diri atau tidak dapat mempertahankan fungsi dan struktur normalnya, sehingga tubuh tidak mampu mempertahankan terhadap infeksi terhadap kerusakan yang dialami (Constantides, 1994; Nugroho 2000).

Usia lanjut ialah kejadian pada tahap akhir dari siklus kehidupan setiap manusia dimana terjadi perubahan fisik, mental dan kemampuan yang pernah dimilikinya dengan mengalami penurunan daya tahan tubuh terhadap rangsangan dari dalam maupun luar kejadian tidak dapat dihindari akan dialami setiap individu (Nugroho, 2008).

Menurut Depkes RI, lansia baik laki-laki maupun perempuan yang berusia 60 tahun ke atas yang tidak mampu membangun keberhasilan baik fisik maupun mental. Seperti di negara Amerika Serikat negara yang maju, lansia diartikan dengan seseorang yang mampu menjalani

kehidupan sampai siklus usia 60 tahun keatas (Ahli Kependudukan). Sedangkan menua pada setiap manusia berbeda-beda, berdasarkan riwayat hidup yang pernah dijalannya (Potter & Perry, 2009).

Definisi diatas dapat dijelaskan seseorang dikatakan lanjut usia sudah mencapai 60 tahun ke atas. Lanjut usia akan dilalui oleh semua orang dengan beberapa proses perubahan dalam kehidupan, dengan mengalami penurunan adaptasi sosial dan menurunnya kemampuan fungsi tubuh ditandainya ciri fisik seperti kerutan pada kulit, berubah dan hilangnya gigi. Lanjut usia bukanlah suatu penyakit namun lanjut usia merupakan seseorang yang mengalami kegagalan dalam mempertahankan kemampuan terhadap kondisi fisiologisnya (Amelia, 2020).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

WHO menggolongkan lanjut usia menjadi 4 kelompok berdasarkan usia kronologis atau biologis yakni usia pertengahan (*middle age*) kelompok dengan usia 45-59 tahun, lanjut usia atau (*elderly*) kelompok dengan usia 60-74 tahun, lanjut usia tua atau (*old*) kelompok lanjut usia antara 75-90 tahun, yang terakhir usia sangat tua (*very old*) dengan usia diatas 90 tahun.

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 biaya hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain. Data terbaru menurut (Kementrian

Kesehatan RI, 2016) lanjut usia sesuai yang tertuang dalam peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.43 Tahun 2004 adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) Tahun ke atas.

Menurut Prof. Dr. Koesoemato Soetyonegoro (2002), mengelompokan umur lanjut usia menjadi usia dewasa muda (*elderly adulthood*) yakni usia 18 atau 29-25 tahun, usia dewasa penuh atau middle years atau maturitas yakni usia 25-60 tahun atau 65 tahun, lanjut usia (*geriatric age*) yakni usia yang lebih dari 65 tahun atau 70 tahun yang terbagi lagi dengan usia 70-75 tahun atau (*young old*), 75-80 tahun dinamakan dengan (*old*), usia yang lebih dari 80 tahun dinamakan (*very old*).

2.1.3 Perubahan Fisik Pada Lanjut Usia

Menurut *Stockslager & Schaeffer (2008)*, banyak perubahan pada lanjut usia yang terjadi pada usianya, diantaranya perubahan otot, tulang atau sendi, komposisi tubuh, respirasi dan sistem kardiovaskuler. Pada lansia terjadi penuaan akan terjadi banyak sel yang hilang dan metabolisme sel tubuh yang mengalami penurunan. Akan terjadinya proses yang mengakibatkan fungsi tubuh menurun serta pada komposisi tubuh mengalami perubahan. Perubahan yang terkait dengan sistem tubuh pada lanjut usia diantaranya rambut, kulit, mata, penglihatan, telinga, pada sistem persyarafan, sistem pendengaran, sistem pernapasan, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem pengaturan tubuh, sistem reproduksi baik laki-laki maupun perempuan, sistem ginjal, sistem imun, sistem respirasi, sistem endokrin, serta pada

sistem muskuluskeletal. Perubahan-perubahan mental yang terjadi seperti kepribadian pendiam, perubahan memori, sedangkan perubahan psikososial berupa kehilangan pekerjaan, kesepian.

Secara umum menurut Azizah (2011), perubahan pada lansia ialah semakin bertambahnya umur pada seseorang, maka proses penuaan akan terjadi secara degeneratif yang berdampak pada perubahan-perubahan pada diri seseorang, bukan hanya perubahan fisik namun terdapat perubahan kognitif, perubahan sosial, seksual serta perubahan pada perasaan. Perubahan-perubahan pada lansia sebagai berikut :

1. Perubahan Fisik

a. Sistem Indra pendengaran

Mengalami gangguan pada pendengaran (Prebiaskus), dikarenakan hilangnya kemampuan daya pendengaran, pada telinga bagian dalam, terutama pada nada-nada tinggi, suara yang sulit terdengar, gangguan ini 50% pada lansia dengan usia 60 tahun.

b. Sistem Integument

Pada lansia akan mengalami atropi pada kulitnya. Kendur, berkerut dan tidak elastis lagi. Kekurangan cairan pada kulit akan menjadi tipis serta berbercak sehingga kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, akan menimbulkan *liver spot* yaitu pigmen berwarna coklat pada kulit.

c. Sistem Muskuluskeletal

Muskuluskeletal pada lansia akan mengalami perubahan yaitu pada jaringan penghubung (*kolagen dan elastin*). Fungsi kolagen adalah sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago, pada kartilago dan jaringan pengikat menyebabkan perubahan pada bentangan jaringan menjadi tidak teratur.

d. Kartilago

Pada persendian lunak dan jaringan kartilago menyebabkan terjadinya granulasi dan mengalami permukaan sendi menjadi rata, kartilago yang berfungsi sebagai regenerasi menjadi berkurang dan degenarasi cenderung mengalami kegagalan dalam mempertahankan fungsinya. Kartilago di persendian akan menyebabkan mudah tergesek dan rentan mengalami kerusakan.

e. Tulang

Kepadatan pada tulang setelah melakukan observasi akan berkurang merupakan proses dari penuaan secara fisiologi, kejadian ini akan menimbulkan osteoporosis lebih lanjut yang menimbulkan nyeri serta deformitas dan nyeri.

f. Otot

Struktur pada otot lansia yang menua sangat bervariasi mengalami perubahan, jumlah serabut pada ukuran otot

mengalami penurunan, juga meningkatkan efek negatif pada jaringan lemak dan jaringan penghubung.

g. Sendi

Jaringan ikat pada lansia di sekitar sendi seperti tendon, fasia dan ligament terjadi penurunan elastisitas, salin itu mengalami penurunan pada fungsi sendi.

2. Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

a. Sistem Kardiovaskuler

Pada lansia terjadi penambahan massa jantung, ventrikel kiri mengalami hipertropi serta kemampuan pada jantung yang berkurang, serta mengalaminya perengangan karena proses penurunan di jaringan ikat.

b. Sistem Respirasi

Pada proses penuaan akan mengalami perubahan jaringan ikat pada paru, dengan kapasitas total paru yang menetap, tetapi mengalami penambahan pada cadangan paru, pertambahan ini berfungsi sebagai ruang paru mengalami kenaikan untuk mengompensasi, selain itu paru-paru yang di aliri udara akan berkurang, di kartilago pada otot mengalami perubahan, sendi torak pada gerak pernafasan akan terganggu sehinga menimbulkan ketidakmampuan dalam meregangkan toraks.

c. Pencernaan dan Metabolisme Tubuh

Pada sistem pencernaan mengalami perubahan, seperti terjadinya penurunan produksi fungsi tubuh secara nyata yaitu indra pengecap menurun, kehilangan gigi, rasa lapar menurun, liver (hati) sebagai tempat penyimpanan mengalami penurunan, mengecil serta berkurangnya aliran darah.

d. Sistem Perkemihan

Terjadi perubahan pada sistem perkemihan yang penting bagi tubuh. Fungsi pada sistem perkemihan banyak mengalami penurunan, yaitu ekskresi, laju filtrasi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

e. Sistem Saraf

Terjadi perubahan pada sistem saraf, perubahan di sistem anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Kemampuan koordinasi saraf pada lansia mengalami penurunan dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

f. Sistem Reproduksi

Pada sistem reproduksi lanjut usia akan ditandai dengan menciutnya ovary dan uterus. Terjadinya atrofi payudara.

Pada lansia jenis kelamin laki-laki testisnya masih berfungsi untuk memproduksi spermatozoa, akan tetapi bisa mengalami penurunan secara perlahan-lahan seiring dengan bertambahnya usia.

3. Perubahan Kognitif

- a. Daya ingat atau ingatan (*Memory*)
- b. IQ (*Intelligent Quocient*)
- c. Kemampuan belajar (*Learning*)
- d. Kemampuan pemahaman (*Comprehension*)
- e. Pemecahan masalah (*Problem Solving*)
- f. Pengambilan keputusan (*Decission Making*)
- g. Kebijaksanaan (*Wisdom*)
- h. Kinerja (*perfomance*)
- i. Motivasi (Azizah, 2011).

4. Perubahan Mental

- a. Perubahan fisik, organ perasa, pendengar, penglihatan
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (hereditas)
- e. Lingkungan
- f. Gangguan syaraf panca indera, kebutaan dan ketulian
- g. Kehilangan hubungan teman dan keluarga
- h. Hilangnya kekuatan dan kekuatan fisik, konsep diri yang berubah (Azizah, 2011).

5. Perubahan Spiritual

Kepercayaan atau agama dalam hidupnya yang kuat dapat dilihat dari tindakan kesehariannya dan bagaimana cara berfikirnya (Azizah, 2011).

6. Perubahan Psikososial

a. Kesepian

Pasangan hidup dan teman yang dekat dengannya meninggal terutama pada lansia yang memiliki gangguan kesehatan, penyakit fisik berat, gangguan mobilitas, gangguan sensorik terutama pada sistem pendengaran (Azizah, 2011).

b. Gangguan cemas

Panik, gangguan cemas umum, fobia gangguan tersebut pernah dialami pada masa muda yang berhubungan dengan depresi, dan efek samping dalam mengkonsumsi obat-obatan (Azizah, 2011).

2.1.4 Permasalahan Terjadi Pada Lanjut Usia

Menurut *Patricia A. Potter (2010)*, permasalahan pada lanjut usia ialah sebagai berikut :

1. Permasalahan pada aspek psikologis

a. Demensia merupakan suatu gangguan daya ingat atau gangguan intelektetual yang terjadi pada usia lebih dari 65 tahun.

b. Depresi merupakan masalah terpenting pada lanjut usia. Usia bukanlah suatu penyebab menjadi depresi. Namun penyakit kronis pada suatu keadaan serta masalah yang terjadi yang dihadapi lansia menyebabkan mereka menjadi depresi. Lansia yang mengalami depresi lingkungan akan menimbulkan penurunan kemampuan untuk beradaptasi dengan lingkungannya.

Gejala yang timbul pada lansia yang mengalami depresi adalah

kurangnya percaya diri, gangguan pola tidur, nafsu makan menurun, sering mengalami kelelahan, energi berkurang dengan cepat, sering merasa bersalah, konsentrasi menurun, mudah marah.

c. Delusi merupakan gangguan yang tidak dapat membedakan imajinasi dan kenyataan. Selain itu mempercayai dan bersikap sesuai apa yang dipikirkannya.

d. Gangguan kecemasan merupakan mengalami gangguan psikologis seperti phobia terhadap sesuatu, ketakutan, gangguan pasca stres trauma, serangan panik. Timbulnya gejala seperti rasa gelisah dan khawatir dengan sesuatu yang berlebihan. Pada lansia gangguan kecemasan yang muncul ialah tentang penyakit yang dialaminya serta tentang kematian orang terdekatnya.

e. Gangguan tidur atau insomnia merupakan salah satu faktor utama yang terjadi pada lansia berhubungan dengan adanya peningkatan gangguan tidur. Keluhan utama pada lansia adalah banyak terbangun pada pagi hari. Serta pada siang hari mengalami mengantuk sehingga siang hari digunakan untuk tidur.

2. Permasalahan pada aspek fisiologis

Perubahan fisik normal pada lanjut usia terjadi permasalahan yang dapat mempengaruhi beberapa faktor ekonomi, sosial, mental serta kesehatan. Pada jaringan tubuh yang mengalami permasalahan dapat dilihat seperti rambut beruban dan rontok, sistem penglihatan menurun secara menyeluruh atau sebagian, kulit

kering dan keriput, daya penciuman menurun, dan perasa menurun, gangguan pada sistem pendengaran yang berkurang, tinggi badan menyusut dikarenakan mengalami osteoporosis yang dapat menyebabkan badan membungkuk, pengroposan tulang, kekuatan otot berkurang dan mudah patah, mengalami penurunan pada kekuatan paru dalam bernafas sehingga nafas pada lansia menjadi pendek, fungsi organ pada perut menghilang, mengalami tekanan darah tinggi yang diakibatkan pembuluh darah di dinding menebal, otot jantung bekerja tidak maksimal, organ reproduksi mengalami penurunan fungsi tubuh terutama lansia wanita, kerlambatan dalam proses berfikir sehingga otak menyusut terutama pada lansia pria, namun pada pria seksualitasnya tidak mengalami penurunan.

3. Permasalahan pada aspek sosial

a. Isolasi sosial pada lansia meningkat seiringnya bertambah usia merasa dirinya terisolasi akan mempengaruhi emosionalnya, lansia yang merasa kurang nyaman dengan lingkungan sekitarnya akan mengalami kehilangan peran sosial dilingkungannya. Gangguan pendengaran, mobilitas, menggunakan alat bantu, dan ketidakmampuan berkendara berperan terhadap menurunnya interaksi dengan orang lain sehingga berisiko mengalami isolasi sosial.

b. Masa pensiun bagi lansia adalah hal yang mempengaruhi perasaannya, sebagian besar lansia merasa bahwa masa pensiun merupakan sesuatu yang sudah hilang dari dirinya, masa pensiun

merupakan kehilangan perasaan yang berupa hilangnya status, hilangnya rasa pertemanan, hilangnya pekerjaan, dan hilangnya gaya hidup yang pernah ia jalani. Masa pensiun dihubungkan dengan penarikan diri dari lingkungan sosial dan sekitar rumahnya.

- c. Rumah dan lingkungan merupakan kemampuan lansia untuk hidup dengan mandiri dalam menentukan pilihan untuk di tempati. Perubahan peran sosial, tanggung jawab keluarga dan status kesehatan dapat mempengaruhi susunan kelangsungan hidup lansia.
- d. Melemahnya garis kemiskinan pada lansia.
- e. Keakraban antar anggota keluarga semakin melemah sehingga pada lansia kurang mendapatkan perhatian, kurang dihargai dan dihormati.

2.2 Proses Penuaan

Proses menua atau menjadi tua adalah proses menghilangnya secara perlahan-lahan pada kemampuan jaringan tubuh memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan struktur tubuh dan fungsi normalnya sehingga tubuh tidak dapat mengganti kerusakan yang pernah dialami (Constantinides, 1994; Darmojo, 2004). Proses menua adalah suatu kejadian dialami sejak lahir pada setiap makhluk hidup.

Menua merupakan proses yang normal namun proses ini menjadi beban setiap makhluk hidup sehingga proses ini tidak bisa dihindari dengan mengalami perubahan yang progresif pada kemampuan tubuh

berespons terhadap adaptasi dengan diri sendiri dan masyarakat (Watson, 2003). Tercantum pada al-Quran :

Artinya: “Allah, Dialah yang menciptakan kamu dari keadaan lemah, kemudian Dia menjadikan kamu sesudah keadaan lemah itu menjadi kuat, kemudian Dia menjadikan kamu sesudah kuat itu lemah kembali dan beruban. Dan menciptakan apa yang dikehendaki-Nya dan Dialah yang maha mengetahui lagi maha kuasa”(Qs.Ar-Rum:54).

Proses penuaan seringkali dikaitkan dengan takdir yang di tetapkan tuhan hal ini tidak mungkin dihindari manusia yang harus dialami serta tuhan sudah menetapkan kematian setiap makhluk-Nya.

Sedangkan menurut Nugroho, (2008), proses menua adalah proses perubahan yang terjadi yang terjadi dikehidupan lansia yang memasuki masa tua sehingga mengalami kemunduran fisik yang dapat dilihat dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan memburuk, gerak lambat, dan gerak tubuh yang tidak proporsional.

Suatu kejadian alami dilalui setiap individu, menunjukkan berbagai perubahan tubuh untuk mencapai tahap perkembangan dari mulai lahir, anak, dewasa hingga menua. Proses ini dapat disimpulkan sebagai perubahan dari jaringan sel pada sistem tubuh manusia secara keseluruhan terkait waktu, bersifat universal, intrinsik yang menyebabkan berkurangnya kemampuan dalam adaptasi terhadap lingkungan dalam mempertahankan hidup. Berbagai proses terjadi pada manusia menimbulkan penurunan dan kelainan fungsi vital, oleh karena itu lansia

juga mengalami kemunduran salah satunya pada psikologisnya emosional meningkat, depresi (Shofia, 2014).

2.2.1 Teori – Teori Proses Penuaan

1. Teori biologi

a) Teori Seluler

Kemampuan sel yang membelah dengan pembatasan jumlah tertentu yang kebanyakan dari sel telah “diprogram” untuk membelah sebanyak 50 kali. Pada lansia jika sel di tubuhnya dapat dikembangkan di laboratorium, kemudian di observasi, menjumlah sel-sel yang dapat dibelah, lalu jumlah sel yang dapat dibelah tersebut akan terlihat sedikit. Beberapa sistem di tubuh lansia seperti, sistem muskuluskeletal, sistem saraf, sistem jantung, sel di jaringan, serta organ di dalam sistem tidak terjadi penggantian jika ada sel yang telah dibuang, karena sel tersebut rusak atau mati. Oleh karena itu, pada sistem tubuh yang mengalami resiko dapat terjadi penuaan dan penurunan kemampuan, atau tidak dapat tumbuh dalam memperbaiki diri (Azizah, 2011).

b) Teori Genetik Clock

Teori genetik menyebutkan setiap manusia secara genetik sudah terprogram terdapat inti sel didalam material, serta manusia merupakan spesies tertentu yang secara alami mengalami perubahan pada setiap selnya. Jam genetik memiliki frekuensi dalam melakukan mitosis. Teori ini menyatakan dengan nyata

bahwa setiap spesies tertentu memiliki harapan untuk hidup di waktu yang ditentukan. Rentang hidup manusia memiliki batasan suatu jam genetik/jam biologis sendiri dan setiap spesies mempunyai batas usia yang berbeda dengan perputaran menurut replikasi tertentu sehingga dapat berhenti berputar dan ia akan mati (Sofia, 2014).

c) Sintesis Protein atau (Kolagen dan Elastin)

Setiap lansia mengalami kehilangan elastisitasnya kartilago dan kulit pada jaringan di tubuhnya. Kehilangan elastisitas ini merupakan kejadian yang di berhubungan adanya proses perubahan kimia pada komponen protein di jaringan tertentu. Jaringan pada lansia seperti (kolagen, kulit dan elastin pada kulit) yang mengalami beberapa protein pada tubuhnya dalam membuat struktur dan bentuk yang berbeda dari protein dapat berubah menjadi lebih mudah. Seperti, banyak kolagen pada kartilago dan elastin di kulit yang mengalami kehilangan fleksibilitas serta pada fleksibilitas mengalami ketebalan, dengan ditambahnya usia seseorang setiap tahunnya. Oleh karena itu memudahkan dalam menghubungkan suatu perubahan di permukaan kulit yang kehilangan elastisitasnya cenderung dapat berkeriput. Serta hilangnya mobilitas dalam bergerak dan percepatan di system musculoskeletal (Azizah, 2011).

d) Radikal Bebas

Teori ini menyatakan jumlah sel yang mengalami penurunan dalam kemampuan diri dalam mempertahankan oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar tinggi, tanpa melakukan pertahanan diri pada tubuh. Ketidakmampuan tubuh dalam mempertahankan diri dari racun dapat menimbulkan struktur pada membran sel terjadi perubahan dari rigid dan terjadi kesalahan genetik. Membran sel di dalam tubuh adalah alat yang digunakan dalam berhubungan dengan lingkungan yang dapat mengontrol terjadinya nutrisi masuk ke tubuh dengan proses tersebut racun yang masuk didalam tubuh dapat terekskresi. Fungsi dari protein didalam membran sel adalah bagian tubuh terpenting pada proses pengeluaran racun. Proses yang mengeluarkan racun dipengaruhi oleh rigiditas pada membran sel. Kesalahan dalam proses genetik memungkinkan terjadinya penurunan jumlah sel dan mitosis dalam mereproduksi. Konsekuensi ini menimbulkan semua jaringan pada jumlah sel di organ dapat mengalami kekurangan. Oleh karena itu, kejadian yang memungkinkan terjadi dapat mengakibatkan di sistem tubuh manusia kerusakan (Azizah, 2011).

e) Sistem Imun

Kemampuan sistem imun pada masa penuaan yang terjadi pada lansia mengalami penurunan. Mengalami penurunan kemampuan di tubuh manusia terutama di sistem tubuh bagian sistem limfatik

dan sel darah putih. Sistem limfatik dan sel darah putih ialah faktor yang berhubungan pada proses terjadinya penuaan. Perubahan protein pada tubuh mengakibatkan kemampuan sistem imun pada protein berubah, sehingga imun di tubuh tidak dapat mengenali dirinya sendiri. Jika perubahan protein terjadi kerusakan di antigen pada permukaan sel, hal ini mengakibatkan imun di tubuh menjadi berubah sebagai sel asing yang dapat menghancurkan tubuh. Maka perubahan tersebut dinamakan aautoimun. Sistem imun pada pertahananya juga terjadi penurunan fungsi pada proses menua, sehingga pertahanan pada sel kanker menjadi menurun. Oleh karena itu sel kanker pada tubuh lansia cepat menyebar ke seluruh tubuh (Azizah, 2011).

f) Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut MC Key et al., (1935) dalam Darmojo dan Martono (2004), proses intake kalori dan rodentia muda pada tubuh terjadi pengurangan kejadian ini dapat menghambat perpanjangan usia dan pertumbuhan manusia. Jumlah besarnya kalori pada lansia yang mengakibatkan perpanjangan umur menjadi pendek dikarenakan pada metabolismenya menurun. Sehingga hormon insulin dan hormon pertumbuhan yang merespon sel terjadi penurunan.

g) Teori stres

Proses penuaan pada lansia diakibatkan karena hilangnya sel yang digunakan tubuh tidak berfungsi. Pada jaringan yang rusak tidak

dapat melindungi tubuh dari lingkungan eksternal, sel-sel pada tubuh digunakan terlalu banyak sehingga kegiatan yang berlebihan dalam aktifitas fisik maupun psikologis dapat mengakibatkan stress (Azizah, 2011).

h) Teori Rantai Silang

Kolagen adalah unsur susunan tulang berada antara susunan moleculer, seiringnya waktu terjadi peningkatan yang membuat tidak elastis atau kekakuan. Oleh karena itu sel-sel yang menua beserta reaksi kimianya menjadikan jaringan menjadi kuat (Azizah, 2011).

i) Teori Mutasi Somatik

Pada proses DNA dan RNA terjadi kesalahan dalam proses transkrip. Serta RNA protein atau enzim mengalami translasi. Kerusakan yang terjadi terus-menerus akan mengakibatkan penurunan fungsi organ atau sel normal yang menjadi sel kanker atau penyakit menjadi berubah (Sofia, 2014).

j) Teori Nutrisi

Intake nutrisi yang baik pada proses perkembangan dapat menyempurnakan kemampuan nutrisi yang bergizi dapatmemperpanjang umurnya. Sehingga lansia yang nutrisinya tercukupi dapat hidup lebih sehat (Sofia, 2014).

2. Terori psikologi

a) Teori Individualisme Jung

Kepribadian pada seseorang tidak berorientasi pada lingkungan luar saja namun terdapat pengalaman pribadi. Teori ini menghubungkan dengan mental untuk menjaga kesehatannya. Proses penuaan akan berhasil jika seseorang dapat melihat pada dalam dirinya sendiri dan mampu menilai dengan sadar bahwa masih banyak kekurangan dalam fisik maupun mental (Sofia, 2014).

b) Teori Pusat Kehidupan Manusia

Manusia mengalami masa perkembangan dari masa anak-anak, remaja, dewasa menengah, usia pertengahan, kemudian lansia pada tahap tersebut memiliki tujuan kehidupan masing-masing. Pada masa lansia memiliki tujuan berhentinya dalam melakukan pencapaian tujuan hidup (Sofia, 2014).

3. Teori Sosiologi

a) Aktivitas atau Keinginan (*Activity Theory*)

Teori mengatakan lansia selalu menjaga keaktifannya adalah lansia yang banyak mengikuti kegiatan sosial di masyarakat, seseorang tersebut dimasa mudanya sering beraktifitas dan selalu menjaga aktifitasnya sampai masa tua. Sense of integrity yang digunakan dimasa muda untuk menjaga sampai masa lansia (Sofia, 2014).

b) Kepribadian Berlanjut (*Continuity Theory*)

Pada lansia memiliki kepribadian dan perilaku tidak dapat berubah oleh karena itu lansia memiliki tipe kepribadian yang

menetap. Identity yang dimiliki lansia ialah memudahkan dan menjaga hubungan baik kepada masyarakat dan mengikuti kegiatan yang disekitar masyarakat, melibatkan diri dengan mengatasi masalah di masyarakat, keluarga dan menjaga hubungan interpersonal (Sofia, 2014).

c) Teori Pembesaran (*Disengagement Theory*)

Teori mengatakan manusia yang bertambah usianya maka secara perlahan-lahan dapat melepaskan kehidupan sosial atau menarik diri dari lingkungan sekitarnya (Sofia, 2014).

d) Teori Interaksi Sosial (*Sosial Exchange Theory*)

Lansia terjadi penurunan kekuasaan dan partisipasi sehingga terjadi interaksi sosial berkurang dengan orang lain dan masyarakat. Yang tersisa hanya harga diri serta kemampuan dalam mengikuti perintah dari orang lain (Sofia, 2014).

e) *Subculture Theory*

Lansia mempunyai standar budaya, perilaku, keyakinan dan harapan sendiri yang membedakanya dari kelompok lainnya (Sofia, 2014).

2.3 Inkontinensia Urine

2.3.1 Pengertian Inkontinensia Urine

Lanjut usia beresiko mengalami gangguan kesehatan secara fisik yang tinggi yang dapat mengalami penurunan kemampuan yang berakibat timbulnya masalah kesehatan pada sistem perkemihan pada tonus otot yang mengalami penurunan disebut inkontinensia urine (Siti dkk, 2015).

Inkontinensia urine merupakan masalah yang sering terjadi pada lansia, pengeluaran urine yang secara tiba-tiba tidak dapat disadari (*involunter*) dengan jumlah dan frekuensi yang lebih sehingga menimbulkan masalah, inkontinensia urine ialah berkemih secara tidak sadar pada waktu yang tidak tepat (Dheni dkk, 2020).

Menurut *ICS (Internal Continence Society)* mendefinisikan inkontinensia urine sebagai suatu kondisi keluarnya urine yang tidak bisa dikendalikan yang dibuktikan secara objektif dapat mengganggu masalah *hygiene* dan keadaan sosial lansia.

Inkontinensia urine diakibatkan penurunan pada otot kandung kemih yang terjadi pengeluaran urine secara berlebihan dengan jumlah yang melebihi batas sehingga tidak mampu mencapai toilet tepat waktu atau terjadinya pengeluarannya urine (mengompol) sebelum mencapai toilet (SDKI, 2017).

2.3.2 Klasifikasi Inkontinensia Urine

Klasifikasi inkontinensia urine menurut SDKI (2017), menjadi enam tipe yaitu, (Inkontinensia Urine berlanjut, berlebih, stress, urgensi, refleks, fungsional). Berikut penjelasan dari setiap tipe inkontinensia urine :

1. Inkontinensia urine berlanjut

Proses keluarnya urin yang tidak terkendali, tanpa disadari keluar terus-menerus tanpa henti atau perasaan penuh pada kandung kemih.

2. Inkontinensia urine berlebih

Hilangnya urine yang tidak terkendali akibat overdistensi kandung kemih.

3. Inkontinensia urine fungsional

Pengeluaran yang tidak dapat dikontrol karena kesulitan dalam mencapai toilet di waktu yang tepat. Proses terjadinya masalah yang memungkinkan pada daerah fisik tertentu serta kognitif. Oleh karena itu lansia yang mengalami kejadian ini tidak bisa mencapai toilet pada waktu yang tepat.

4. Inkontinensia urine refleks

Proses pengeluaran urine yang sulit diatasi ketika volume kandung kemih tercapai.

5. Inkontinensia urine stress

Inkontinensia urine stress merupakan kejadian volume urine mendadak meningkat untuk proses pengeluaran yang tidak dapat

dikendalikan, akibatnya kemampuan tekanan di dalam intraabdomen meningkat, tanda kemungkinan terjadi inkontinensia urine adalah batuk saat kecing, tertawa, bersin-bersin, lari, dan kegiatan lain yang menimbulkan tekanan rongga perut.

6. Inkontinensia urine urgensi

Inkontinensia yang menimbulkan penurunan pada otot detrusor di kandung kemih yang menimbulkan keadaan menjadi tidak stabil.

Otot ini bereaksi secara cepat dengan ditandai ketidakmampuan menghentikan perasaan berkemih yang memunculkan reaksi seperti keinginan berkemih secara tiba-tiba atau (urge), dan frekuensi yang penuh sehingga mengalami kecing terus menerus tanpa henti, dan sering berkemih di malam hari.

2.3.3 Etiologi Inkontinensia Urine

Inkontinensia urine dikarenakan adanya kelainan pada urologis dan fungsional. Kelainan urologis pada inkontinensia urine disebabkan adanya tumor, batu atau radang. Pada kelainan fungsional terjadinya penurunan fungsi sistem perkemihan.

Perubahan pada sistem anatomi dan fungsi perkemihan disebabkan karena bertambahnya usia seseorang selain itu fungsi organ kemih yang mengalami perubahan akibat melemahnya otot dasar panggul dan tonus kandung kemih. Terjadinya kelemahan pada tonus kandung kemih, otot pintu saluran kemih pada lansia disebabkan oleh (kegemukan) obesitas, menopause, penurunan hormon estrogen pada wanita dan penurunan kadar androgen pada pria. Berat badan yang

berlebihan (obesitas) akan mengakibatkan otot dasar panggul meregang sehingga pada tonus kandung kemih melemah untuk menahan keluarnya urine sehingga proses ini menimbulkan pengeluaran tidak terkontrol. Pada lansia pria penurunan kadar androgen disebabkan oleh kandung kemih yang berkontraksi secara berlebihan, kontraksi ini menyebabkan pengeluaran urin pada kandung kemih meningkat (Dheni dkk, 2020).

Faktor resiko lainnya yang menyebabkan inkontinensia urine adalah menopause yang mengalami kelemahan pada otot uretra uretra akibat penurunan estrogen. Penurunan kadar hormon estrogen pada wanita usia 45 tahun ke atas akan mengalami penurunan pada tonus otot vagina atau otot pintu saluran kemih (uretra). Hormon estrogen pada tubuh wanita dapat membuat otot, sehingga pada wanita lanjut usia yang mengalami penurunan hormon dapat mengalami pengenduran pada otot kandung kemih oleh karena itu dapat mengalami inkontinensia urine. Usia seseorang kemungkinan mengalami inkontinensia urine, ialah perubahan pada fungsi kandung kemih hal ini memungkinkan lansia tidak mampu menahan buang air kecil. Gerakan yang abnormal dari dinding kandung kemih juga memungkinkan seseorang tidak mampu untuk menahan pengeluaran urine, walaupun kandung kemih tidak sepenuhnya terisi seseorang akan mengalami kebocoran berkemih secara tiba-tiba (Dheni dkk, 2020).

2.3.4 Tanda Dan Gejala Inkontinensia Urine

Pada tanda dan gejala inkontinensia urine menurut SDKI (2017), ialah sebagai berikut :

1. Pengeluaran urine yang tidak dapat dikendalikan dan perasaan tiba-tiba ingin berkemih, sepanjang malam sering buang air kecil merupakan tanda dari inkontinensia berlanjut.
2. Kehilangan urine yang tidak dapat dikendalikan diakibatkan overdistensi kandung kemih, urine keluar dalam jumlah sedikit merupakan tanda dari inkontinensia berlebih.
3. Pengeluaran urine yang terus-menerus akibat tidak bisa mencapai toilet diwaktu yang tepat, sering berkemih waktu pagi hari, serta kemampaun mengsongkan kandung kemih secara lengkap merupakan tanda dari inkontinensia fungsional.
4. Pengeluaran urine tidak terkendali akibat frekuensi volume kandung kemih tertentu adekuat merupakan tanda dari inkontinensia refleks.
5. Pengeluaran urine secara tiba-tiba yang tidak dapat dikendalikan karena aktifitas yang meningkat sehingga menekan intraabdomen, berdiri, bersin tertawa, berlari atau mengangkat benda berat merupakan tanda dari inkontinensia stress.
6. Berkeinginan berkemih secara mendadak setelah mengompol merupakan tanda dari inkontinensia urgensi.
7. Perasaan yang tiba-tiba muncul untuk berkemih.
8. Ketidakmampuan merawat kebersihan diri.

9. Urine keluar sebelum berkeinginan berkemih untuk mencapai toilet tepat waktu.
10. Kurangnya aktifitas sehari-hari.

2.3.5 Patofisiologi Pada Inkontinensia Urine

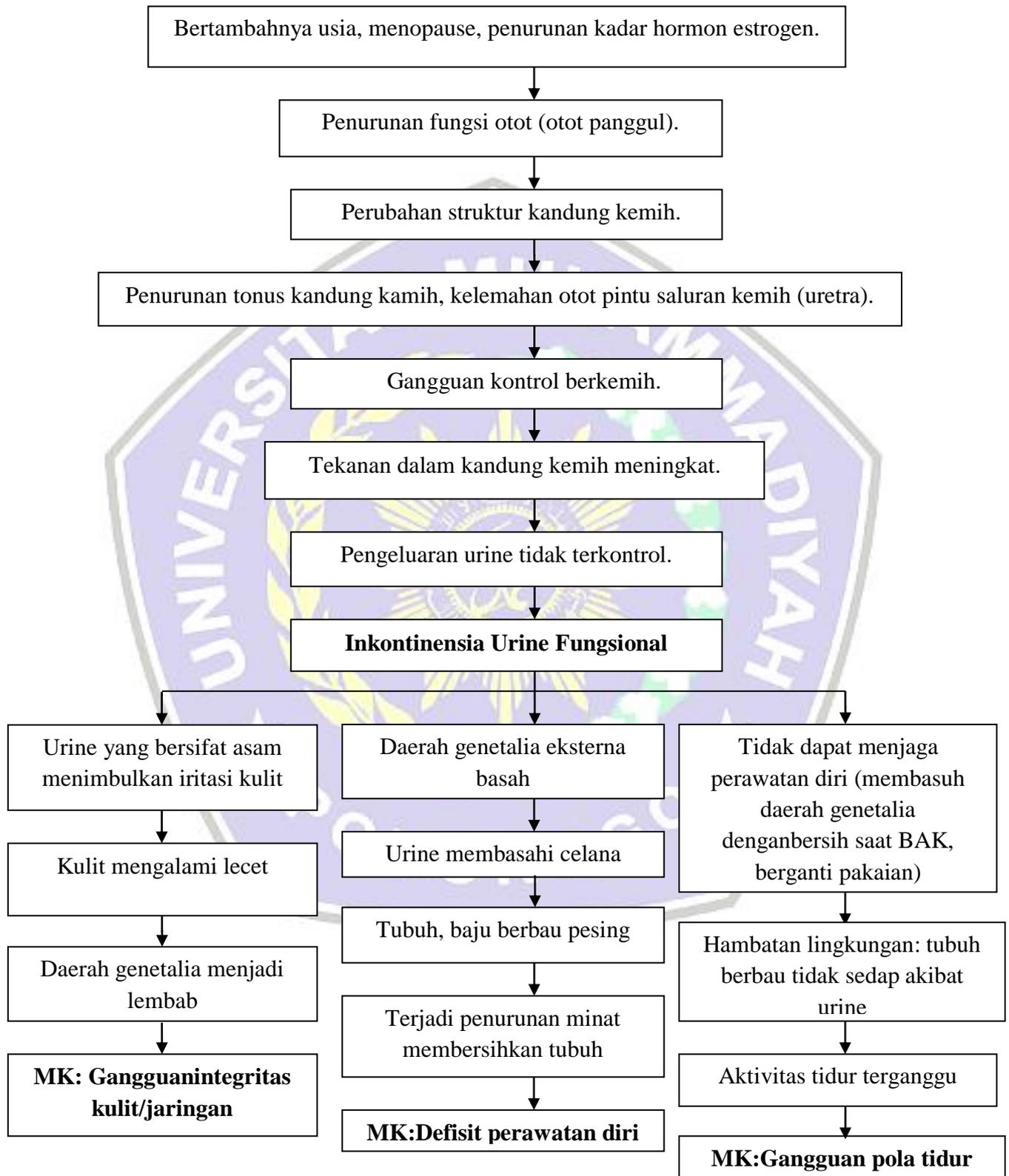
Penyebab seseorang mengalami inkontinensia urine adalah melemahnya sfingter kandung kemih, sfingter kandung kemih melemah pada abdomen dapat mengalami penurunan untuk mendesak urine keluar secara mendadak sehingga tidak mampu menahan kencing secara lama atau urine bocor sebelum mencapai toilet pada yang waktu tepat. Lansia akan sering mengalami berkemih di waktu pagi hari dengan frekuensi berkemih meningkat karena hilangnya kontraktilitas dan melemahnya tonus kandung kemih. Kelemahan dari tonus kandung kemih dan kontraksi yang tidak teratur menyebabkan pengeluaran urine semakin meningkat. Lansia pria maupun wanita memungkinkan terjadi inkontinensia urine karena penurunan fungsi tubus sistem urogenital bagian bawah. Perubahan tersebut berkaitan dengan penurunan hormon estrogen pada wanita dan hormon androgen pada pria. Pada wanita yang mengalami menopause banyak mengamai kelemahan dan penipisan pada otot uretra yang diakibatkan oleh penurunan estrogen, penurunan estrogen menyebabkan uretra tidak mampu menahan pengeluaran urine. Selain itu pada lansia pria yang mengalami penurunan kadar androgen karena terjadi penurunan sistem urogenital terganggu. Perubahan tersebut menyebabkan fungsi kandung kemih berfungsi kembali. Pada otot uretra mengalami

penipisan yang menyebabkan tekanan otot uretra berkurang untuk menahan urine keluar. Lansia mengalami inkontinensia urine dapat terjadi masalah kesehatan jangka panjang. Faktor resiko yang dialami lansia dapat menimbulkan kesehatan jangka panjang yang berakibat fatal, masalah kulit (infeksi kulit didaerah kemaluan), gangguan integritas kulit/jaringan, mengalami masalah psikologis (gangguan konsep diri, stress). Inkontinensia pada lansia terjadi karenaketidakmampuan menahan pengeluaran urine untuk menuju toilet di waktu yang tepat, yang merupakan masalah utama pada lansia.

2.3.6 Komplikasi Pada Inkontinensia Urine

1. Infeksi saluran kemih
2. Gangguan pola tidur
3. Masalah kulit, seperti : infeksi daerah kemaluan, gangguan integritas kulit/jaringan
4. Masalah psikologis, seperti : gangguan konsep diri, stress, emosional meningkat
5. Masalah sosial, seperti : menarik diri, kehilangan status sosial di keluarga maupun masyarakat.

2.3.7 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Inkontinensia Urine Fungsional (Dhea, 2018).

2.3.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (SIKI, 2018), ialah :

1. Pelatihan berkemih

Mengajarkan mengenai kemampuan untuk melakukan eliminasi urine secara terjadwal dengan pengeluaran urine dilakukan pagi hari dan sebelum tidur, sesudah makan dengan memberikan jeda saat berkemih tiap 2 jam dan kemudian meningkat waktunya secara bertahap, menjelaskan arah menuju toilet, menyiapkan area toilet yang aman.

2. Pelatihan otot panggul latihan ini dengan tujuan memperkuat otot panggul, dengan gerakan mengontraksikan otot panggul untuk menahan BAK dengan menahan selama 5 detik kemudian relaksasi, gerakan diulangi kembali 10-20 kali dan dilakukan setiap 1 hari 2 kali pagi dan sore.

2.3.9 Konsep Latihan Otot Panggul

2.3.10 Pengertian Latihan Otot Panggul

Latihan otot panggul atau dikenal pertama kali oleh dr. Arnold tahun 1940. Metode ini dianjurkan untuk pasien yang mengalami keluhan inkontinensia urine karena terapi ini paling sering dilakukan untuk mengatasi inkontinensia urine yang berguna untuk membantu meningkatkan tonus dan kekuatan otot pada uretra (Siti Bandiyah, 2009).

Latihan ini membantu membangun kembali kekuatan otot dasar panggul semula terjadi kelemahan otot panggul akan dilatih untuk dikuatkan. Latihan ini membutuhkan asuhan keperawatan dan memerlukan

metode pendekatan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Usan D, 2021).

2.3.11 Tujuan Latihan Otot Panggul

Untuk meningkatkan tonus dan perbaikan fungsi otot dasar panggul sehingga kemampuan urine mampu terkontrol. Tujuan lain adalah untuk membantu memperbaiki fungsi otot yang sudah mengalami kelemahan untuk difungsikan kembali, serta latihan ini bermanfaat untuk menahan oot agar urine tidak keluar dengan sendirinya (Usan D, 2021).

2.3.12 Cara Mengetahui Letak Latihan Otot Panggul

Menurut Siti Bandiyah, 2009 mengatakan untuk mengathui letak otot panggul memerlukan dasar, yaitu sebagai berikut :

1. Dasar 1

Duduk di kursi atau posisi bersila bada tegak lalu klien di minta untuk menahan perut dengan posisi panggul dan paha tidak boleh bergerak. Pasien diingatkan untuk anus yang hanya kontraksi jika klien merasakan ada kerutan pada anus masuk ke dalam maka segera lakukan latihan otot panggul.

2. Dasar 2

Pasien harus menghayal jika kandung kemih sudah penuh klien harus mengencangkan perut dan lubang kencing agar tidak keluar sebelum duduk di kamar mandi atau kencing posisi jongkok.

2.3.13 Tahap Latihan Otot Panggul

Menurut SIKI, 2018 mengatakan bahwa tahap pelatihan latihan otot dasar panggul terdapat dua hal :

1. Pelatihan gerak cepat

Latihan ini dilakukan dengan posisi duduk, berdiri, jongkok atau posisi apa saja sesuai dengan kebutuhan klien.

2. Pelatihan mengencangkan

Pelatihan ODP dengan mengencangkan sekuat-kuatnya selama 1-5 detik kemudian relaksasi dan diulangi sampai 10 kali, regangkan dan lepaskan otot tersebut.

2.3.14 Syarat Latihan Otot Panggul

Menurut SIKI, 2018 :

1. Frekuensi latihan satu hari dua kali dengan diberikanya waktu istirahat atau jeda waktu dalam satu hari latihan.
2. Lama latihan minimal sekitar 30 menit sampai 60 menit, pada klien lansia menggunakan relaksasi selama 5 detik dengan waktu yang nantinya meningkat.
3. Gerakan diulangisetiap 10-20 kali bagi yang mampu melakukan.
4. Setiap latihan terdiri dari tiga fase relaksasi, peregangan, latihan.

2.3.15 Tahap kerja Latihan Otot Panggul

Menurut Lutfi, 2020 latihan otot panggul menggunakan tahap kerja sebagai berikut :

1. Menanyakan kesiapan pasien
2. Kosongkan kandung kemih (BAK).
3. Atur posisi senyaman mungkin pada pasiendengan berbaring terlentang posisi senyaman mungkin pada pasien, lalu lutut ditekuk, mengangkat

bagian panggul dengan menyangga tangan, mengangkat panggul ke atas dan menahan perut selama 5-10 detik.

4. Kencangkan otot dengan menahan BAK atau seperti menahan BAB dengan menahan selama 5 detik.
5. Setelah itu lakukan relaksasi selama 3-4 detik.
6. Ulangi teknik sebanyak 10-20 kali sesi dan jangan berlebihan.
7. Lakukan sesi c,d dan e lalu berikan fase istirahat selama 30 detik disetiap sesi.
8. Jangan menahan nafas, sebaiknya bernafas dalam-dalam.
9. Relaksasi, setelah melakukan gerakan inti diakhiri dengan dengan relaksasi dengan menarik nafas panjang dan ditahan 1 detik lalu dihembuskan lewat mulut dan dilakukan sebanyak 3 kali.
10. Evaluasi dengan melihat respon pasien setelah melakukan latihan otot panggul.

2.3.16 Indikasi Latihan Otot Panggul

Menurut Siti Bandiyah, 2009 indikasi latihan otot panggul ialah :

1. Pria dan wanita yang sudah memiliki masalah inkontinensia urine (tidak mampu menahan buang air kecil).
2. Wanita yang sudah mengalami menopause untuk mempertahankan kekuatan otot panggul.
3. Pria yang mengalami ejakulasi dini serta ereksi lebih lama.

2.3.17 Kontraindikasi Latihan Otot Panggul

Klien yang mengalami penyakit jantung akibat nyeri dada, penderita diabetes(Siti Bandiyah, 2009).

2.3.18 Mekanisme Peningkatan Latihan Otot Panggul

Latihan dasar panggul dapat membantu memperkuat otot yang mengelilingi kandung kemih dan mampu memulihkan proses berkemih. Latihan ini bersifat isometrik ialah latihan otot tidak terjadi perubahan ke bentuk semula namun latihan membuat cara kerja otot pada klien lansia meningkat, dengan peningkatan otot dasar panggul yang dapat mengangkat pelvis akan memberikan tempat kandung kemih kembali ke cara kerja semula (Usan D, 2021).

Pemberian latihan dasar panggul jika ingin perubahan yang signifikan dilakukan latihan rutin selama 2 bulan. Pada penderita lansia yang tidak mampu mengontrol rasa berkemihnya harus dilakukan rutin selama 1-6 minggu dengan jeda waktu sesuai kebutuhan lansia dan paling lama waktu 2 bulan. Latihan akan terlihat peningkatan setelah latihan terus menerus. Di karenakan otot harus beradaptasi secara perlahan-lahan untuk kembali bekerja sehingga mampu meningkatkan otot panggul. peningkatan pada otot panggul mempengaruhi daya tahan untuk berkemih dan kemampuan dalam menahan kemih menuju kamar mandi (Usan D, 2021).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

2.4.1 Pengertian Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Asuhan keperawatan lanjut usia ialah bentuk urutan dengan struktur beberapa tindakan proses keperawatan dilakukan untuk lansia. Asuhan keperawatan yang dilakukan di mulai dari tahap pengkajian yang berguna untuk mengetahui kondisi kebutuhan fisik, psikologis, kondisi sosial serta spiritual, dengan analisis suatu masalah pernah

dilakukan dalam mengambil diagnosis keperawatan yang tepat, membuat perencanaan tindakan, menjalankan implementasi keperawatan yang sudah direncanakan, tahap akhir yang dilaksanakan selanjutnya dengan mengevaluasi dari tindakan yang sudah dilakukan. Menurut azizah, (2011) asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) ialah kegiatan yang telah dilakukan dan diberikan oleh perawat pada lanjut usia dengan tujuan memberikan dukungan, bantuan, bimbingan, perlindungan, memberikan pengawasan serta pertolongan pada lanjut usia yang dilakukan oleh perawat dan diberikan kepada lansia secara individu dan kelompok, misalnya di rumah bersama dengan keluarga, di puskesmas, di panti werdha.

2.4.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Tujuan memberikan asuhan keperawatan lanjut usia ialah sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan kepada lansia agar melakukan kegiatan dalam kesehariannya dengan cara mandiri dengan melakukan upaya promotif, preventif, rehabilitatif.
2. Asuhan keperawatan kepada lansia agar melakukan kemampuan dengan mempertahankan kesehatan dan kemampuan dalam mencegah penyakit serta lansia mampu melakukan perawatan terhadap suatu tindakan.
3. Asuhan keperawatan diberikan kepada lansia agar mempertahankan derajat kesehatan serta dapat dapat meningkatkan semangat hidupnya.

4. Asuhan keperawatan agar lansia mengikuti arahan dari petugas kesehatan dalam menentukan dan menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat dan dini.

2.4.3 Fokus Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Menurut Khofifah (2016), sebagai berikut :

1. Meningkatkan kesehatan (*health promotion*)
2. Mencegah adanya penyakit (*Preventif*)
3. Mengatasi masalah kesehatan secara umum
4. Peningkatan kemampuan fungsi mental

2.4.4 Pendekatan Perawatan Lanjut Usia

Menurut Khofifah (2016), tahap pendekatan perawatan terhadap lanjut usia sebagai berikut :

1. Pendekatan fisik

Pendekatan fisik memusatkan perhatian terhadap kesehatan, kebutuhan serta kejadian yang dialami kepada lansia semasa hidupnya. Secara umum perawatan fisik pada lanjut usia dibagi menjadi 2, yaitu:

- a) Pasien bagi lanjut usia masih memiliki kemampuan untuk melakukan kegiatan bergerak secara mandiri tanpa ada bantuan orang lain. Pada kebutuhan sehari-hari mampu melakukan secara mandiri.
- b) Pasien lanjut usia yang tidak bisa bergerak secara pasif atau mengalami penurunan dalam kemampuan bergerak. Keadaan fisiknya mengalami sakit, sehingga perawat mengetahui dasar

perawatan kepada pasien lanjut usia. Terutama yang berhubungan dengan kebersihan diri untuk menjaga kesehatan.

Pendekatan fisik berguna untuk meningkatkan kemampuan lansia dalam mengatasi masalah kesehatan yang sedang dialaminya.

2. Pendekatan psikologis

Perawatan ini berguna melakukan pendekatan dengan panjang secara edukatif pada pasien lanjut usia, perawat bisa berperan sebagai, pendukung, intrepeter, terhadap suatu hal yang asing, dan bisa menjadi teman dekat untuk menampung rahasia-rahasia secara pribadi. Perawat hendaknya memiliki sifat sabar dan teliti serta mampu memberikan waktu untuk menerima keluhan dari lansia. Melakukan teknik dengan merangkul, memeluk, sehingga dapat membina hubungan secara dekat.

3. Pendekatan sosial

Mengadakan diskusi atau saling bertukar pendapat dengan bercerita merupakan usaha perawatan untuk pendekatan sosial. Yang mampu memberikan kesempatan berkumpul bersama dengan sesama pasien lanjut usia agar menciptakan suasana bersama untuk saling bersosialisasi. Pendekatan sosial yang dilakukan perawata dalam melaksanakanya perawat dapat menciptakan hubungan sosial dengan baik antara lansia dengan perawat. Perawat memberikan kesempatan bagi lansia untuk berkomunikasi secara luas. Pendekatan sosial bagi lansia berdampak positif terhadap kualitas hidupnya karena dengan

adanya interaksi sosial lansia tidak merasa kesepian. Lanjut usia yang dapat menjalin interaksi sosial dengan baik adalah lansia yang mampu mempertahankan status sosial berdasarkan kemampuan bersosialisasi dengan sekitarnya.

4. Pendekatan spiritual

Dalam perawatan ini menunjukkan kedamaian dan ketenangan serta dapat menunjukkan kekuatan batin untuk berhubungan dengan tuhan atau agama yang dianutnya. Terutama pada pasien dengan keadaan sakit atau sedang mendekati kematiannya. Selain itu mengatasi pemahaman, keyakinan dan melakukan praktik ibadah agama yang dianutnya.

2.4.5 Peran dan Fungsi Perawat

Menurut *Patricia A. Potter (2010)*, peran perawat profesional sebagai berikut :

1. Pemberian perawatan (*Caregiver*)

Peran utama oleh perawat ialah melakukan pelayanan keperawatan sebagai seorang perawat, dengan pemberian pelayanan keperawatan untuk memenuhi pemahaman pikiran, untuk mengasihi, untuk mengasuh dan membimbing.

2. Sebagai *advokat*

Perawat sebagai advokat ialah, perawat mampu melakukan tugas utama dalam merawat ialah sebagai, pembela hak pasien untuk menentukan beberapa hak yang dimiliki klien. Pada peran ini

perawat bertugas untuk pemenuhan kebutuhan dan terwujudnya harapan pasien.

3. Pencegahan penyakit

Upaya yang dilakukan untuk mencegah penyakit ialah suatu tindakan pelayanan keperawatan untuk selalu mengutamakan tindakan pencegahan, terhadap timbulnya masalah atau gangguan kesehatan yang baru sebagai dampak suatu penyakit atau masalah yang diderita pasien.

4. Pendidik

Dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, untuk mengubah perilaku kepada pasien atau keluarga agar selalu melakukan upaya dan pemberian penyuluhan kesehatan untuk menjaga tubuh agar dapat meminimalkan terjadinya masalah pada kesehatan.

5. Konselor

Konseling ialah usaha perawat untuk melakukan peranya dalam memberikan waktu agar pasien bisa berkonsultasi dengan masalah yang sedang dihadapi, serta dapat mengatasi masalah dengan sepat dan tepat. Pemberian konseling berhubungan dengan pemberian dukungan secara emosi, intelektual, psikologis. Konsultasi bertujuan agar pasien dapat mengembangkan sikap, perasaan serta dapat menyesuaikan diri dengan normal dan fokus dengan masalah yang sedang dialami.

2.4.6 Proses Pengkajian Asuhan Keperawatan Lanjut Usia

Proses keperawatan ialah suatu tahapan yang sudah sistematis dan tersusun untuk pemberian asuhan keperawatan yang sudah difokuskan pada jawaban pasien dan respon setiap individu dengan pengumpulan data berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Lyer et all., 1996).

Menurut *Patricia A. Potter (2010)*, tujuan pada tahap keperawatan ialah untuk mengetahui dan mencari data yang sudah didapatkan dari pasien, dengan melalui beberapa tahap proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu, pengkajian keperawatan, analisis masalah/identifikasi masalah, perencanaan, dan evaluasi. Proses keperawatan adalah suatu tahap pendekatan untuk menyelesaikan masalah yang berguna untuk melihat kemampuan perawat dalam mengawasi, memberikan, mengatur pasien dengan menjalankan asuhan keperawatan yang tepat.

Pengkajian keperawatan pada lansia merupakan tahap dalam proses keperawatan, tahap ini berfungsi sebagai rangkaian proses keperawatan yang penting. Pada tahap pengkajian akan memperoleh informasi yang digunakan dalam menentukan masalah keperawatan pada lansia. Menurut *Sofia (2014)*, tahap pengkajian keperawatan lansia, sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal suatu kegiatan proses keperawatan yang sistematis dalam mengumpulkan data dengan cara

mengidentifikasi untuk menemukan faktor positif dan negatif pada lansia baik individu maupun kelompok. Sumber data yang ditemukan untuk dapat dilakukan pengkajian untuk mengetahui masalah serta kebutuhan pada lansia untuk merencanakan tindakan promosi kesehatan.

a. Identitas pasien

Identitas klien yang perlu dikaji pada klien adalah nama lengkap, alamat, pekerjaan, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, usia, jenis kelamin (laki-laki dan wanita), status perkawinan.

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan merupakan uraian untuk mengenal keadaan klien saat ini dimulai dengan timbulnya keluhan yang sedang dirasakan sampai melakukan pengkajian. Hal yang perlu dikaji pada riwayat kesehatan ialah riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

c. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari (ADL)

Pemenuhan kebutuhan ADL pada eliminasi BAK :

- 1) Sering BAK di waktu pagi hari
- 2) Mengompol sebelum menuju toilet
(SDKI, 2017)
- 3) Sering besar (mengompol) pada saat musim dingin
(Uswatun dkk, 2018)
- 4) Sering memakai *diapers* (Hilarius dkk, 2017).

d. Pengkajian fisik

Pengkajian fisik ialah melakukan pengkajian dengan mencari data klinis dengan memeriksa kebutuhan dasar dan kemampuan beraktifitas sehari-hari serta keseimbangan dalam melakukan gerakan. Hasil pengkajian dapat membantu dan menegakkan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien. Pengkajian fisik yang dilakukan meliputi *Head to Toe* atau pengkajian setiap sistem. Pengkajian fisik *Head to Toe* terdapat hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut :

1) Kepala

Inspeksi : pada kepala meliputi pengkajian bentuk kepala, kesimetrisan raut wajah, warna rambut (putih), pertumbuhan rambut, kondisi rambut, kebersihan kepala dan rambut, penonjolan tulang, penyebaran rambut (tidak merata).

Palpasi : dikaji bagaimana keadaan kulit kepala kasar atau halus, apakah terdapat benjolan di kepala, apakah terdapat luka di kepala, apakah ada nyeri tekan di kepala.

2) Mata

Inspeksi : pada mata meliputi pengkajian bentuk mata, sklera ikterus atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, respon cahaya, pergerakan mata, kejelasan melihat, ada atau tidaknya katarak, pupil kesamaan, ketajaman penglihatan menurun akibat proses penuaan.

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

3) Hidung

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

Palpasi : dikaji apakah terdapat benjolan di sekitar hidung.

4) Mulut dan kerongkongan

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

Palpasi : dikaji apakah ada masa abnormal pada pipi bagian dalam dan langit mulut.

5) Telinga

Inspeksi : pada telinga meliputi pengkajian bentuk telinga, warna pada telinga, terdapat serumen atau tidak. Ketajaman pendengaran, apakah terdapat alat bantu dengar.

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

6) Leher

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

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

7) Dada

Paru-paru

Inspeksi : pada paru-paru meliputi pengkajian bagaimana bentuk dada. apakah normal chest, barrel chest atau pigeon chest, apakah 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.

Insepeksi : pada jantung meliputi pengkajian bentuk jantung, sirkulasi perifer (warna, kehangatan).

Palpasi : dikaji nadi kedua lengan di area nadi temporalis, edema.

Perkusi : dikaji bagaimana bunyi jantung.

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

8) Abdomen

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

Palpasi : dikaji nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi : dikaji bagaimana suara abdomen.

Auskultasi : dikaji apakah terdapat bising usus (peningkatan atau penurunan) dengan batas normal 20 kali/menit pada kuadran 8 dan periksa karakteristiknya.

9) Genetalia

Pada laki-laki

Inspeksi : pada genetalia laki-laki meliputi pengkajian bagaimana bentuk, ukuran, kesimetrisan ukuran skrotum, kaji apakah terdapat hemoroid pada anus, kebersihan area genetalia, warna, bau urine, (hambatan toilet :area toilet didekat wisma bersih, area toilet aman, jarak toilet dengan kamar, area privasi toilet saat eliminasi terjaga, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi).

Palpasi : dikaji apakah terdapat nyeri tekan.

Pada perempuan

Inspeksi : pada genetalia perempuan meliputi pengkajian kebersihan daerah genetalia, karakteristik pubis dan labia mayora, kesimetrisan labia mayora, warna, bau urine, (hambatan toilet :area toilet didekat wisma bersih, area toilet aman, jarak toilet dengan kamar, area privasi toilet saat eliminasi terjaga, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi).

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

10) Ekstermitas

Pengkajian ekstermitas yang dapat dikaji meliputi kebersihan kuku, jari-jari tangan, kelengkapan jari-jari tangan, apakah terdapat fraktur, apakah terdapat oedema, kaji kekuatan otot jari-jari dan tangan.

11) Integument

Inspeksi : pada integument meliputi pengkajian kebersihan warna, lesi, perubahan pigmen kulit, dan tekstur kulit (berkendur dan berikuput).

Palpasi : dikaji permukaan kulit kasar ataukah halus.

2. Pengkajian status mental

Mengidentifikasi dan mengkaji tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*), MMSE (*Mini Mental State Exam*/Menguji Aspek-Aspek Kognitif dari Fungsi Mental).

3. Pengkajian psikologis

a. Pengkajian fungsi kognitif

Pengkajian status fungsional berfungsi menilai kemandirian dan kemampuan untuk melakukan aktifitas. Pengkajian intelektual adalah mengukur lansia dalam kemampuan daya ingatnya dan proses berfikir, dan kemampuan menyelesaikan masalah.

b. Mengkaji harapan yang diinginkan akan datang.

4. Pengkajian sosial

a. Pengkajian kemampuan sosial

Mengkaji kemampuan dan sikap, harapan klien untuk melakukan kegiatan bersosialisasi.

b. Pengkajian perilaku terhadap kesehatan

Berguna melihat kebiasaan klien merokok, meminum kopi, dan penggunaan alkohol, mengkonsumsi obat-obatan.

c. Pengkajian lingkungan

Berguna untuk melihat keadaan rumah, lingkungan sekitar, sanitasi, dan mengetahui faktor resiko seperti, polusi udara, air suara (kebisingan).

d. Pemanfaatan layanan kesehatan

Berkunjung ke posyandu lansia, ke puskesmas, ke rumah sakit dan pembinaan kesehatan.

e. Tingkat pengetahuan atau sikap

Melihat kemampuan untuk mengetahui tingkat pemahaman tentang pengetahuan atau wawasan mengenai keperawatan dan kesehatan, serta bagaimana bersikap tentang keperawatan atau kesehatan.

2.4.7 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian terhadap tanda klinis terhadap respon pasien mengenai masalah kesehatan yang sedang terjadi secara actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan yang diutamakan sesuai dengan (SDKI, 2017). Standar Diagnosis Keperawatan

Indonesia pada penelitian tersebut ialah Inkontinensia Urine Fungsional. Inkontinensia Urine Fungsional ialah ketidakmampuan seseorang dalam mengendalikan pengeluaran urine sehingga tidak dapat menahan urine untuk mencapai toilet di waktu yang tepat. Yang disebabkan adanya ketidakmampuan dalam mengenali tanda-tanda berkemih, penurunan tonus kandung kemih, hambatan lingkungan: (toilet jauh, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi), kehilangan sensorik dan motorik. Dengan gejala mayor yaitu kebocoran sebelum mencapai toilet tepat waktu, gejala minor yaitu mengompol di waktu pagi hari dan mampu mengosongkan kandung kemih secara lengkap.

2.4.8 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana yang dilaksanakan kepada pasien untuk mengetahui hasil yang diharapkan. Hal dasar yang dilakukan perawat adalah pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran/tujuan. Intervensi yang digunakan pada pasien dengan masalah keperawatan inkontinensia urine sesuai dengan SIKI (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah :

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Keperawatan

Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
SDKI (D. 0044)	SLKI : (L. 04036)	SIKI : Intervensi utama

<p>Inkontinensia Urine fungsional b.d Penurunan Tonus Kandung Kemih</p>	<p>Kontinensia Urine Setelah melakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kontinensia urinedapat meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>1. (I. 04149) Latihan berkemih Observasi a. Monitor pola dan kemampuan berkemih.</p>
<p>Inkontinensia Urine Fungsional ialah ketidakmampuan seseorang dalam mengendalikan pengeluaran urine sehingga tidak dapat menahan urine untuk mencapai toilet di waktu yang tepat.</p>	<p>a. Kemampuan berkemih meningkat. b. Nokturia menurun. c. Residu volume urine setelah berkemih menurun. d. Distensi kandung kemih menurun. e. Dribbling menurun. f. Hesitancy menurun. g. Enuresis menurun. h. Verbalisasi pengeluaran urine tidak tuntas menurun. i. Frekuensi berkemih membaik. j. Sensasi berkemih membaik.</p>	<p>Terapeutik b. Siapkan area toilet aman. c. Sediakan peralatan yang dibutuhkan dan mudah dijangkau (misalnya pispot, urinal).</p>
<p>Yang disebabkan adanya :</p> <p>a. Ketidakmampuan dalam mengenali b. anda-tanda berkemih c. Penurunan tonus kandung kemih d. Hambatan lingkungan: (toilet jauh, lingkungan baru, tempat tidur terlalu tinggi) e. Kehilangan sensorik dan motorik.</p>	<p>Edukasi a. Jelaskan arah menuju toilet. b. Anjurkan intake cairan secara adekuat untuk mendukung output pada cairan.</p>	<p>Edukasi a. Jelaskan arah menuju toilet. b. Anjurkan intake cairan secara adekuat untuk mendukung output pada cairan.</p> <p>2. (I. 04163) Perawatan Inkontinensia Urine Edukasi a. Jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih b. Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur.</p>

Dengan gejala mayor yaitu : Kebocoran sebelum mencapai toilet tepat waktu.	Intervensi Pendukung
Gejala minor yaitu :	3. (I. 04154)
a. Mengompol diwaktu pagi hari	Manajemen Inkontinensia Urine
b. Mampu mengosongkan kandung kemih secara lengkap.	Edukasi
	a. Diskusikan program inkontinensia urine (jadwal minum, berkemih, konsumsi obat diuretik, latihan otot panggul).

Sumber : (SDKI, SLKI & SIKI, 2016).

1.4.9 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat kepada pasien. Dengan melakukan tindakan keperawatan yang bertujuan mendapatkan hasil yang sesuai dengan rencana untuk mencapai tujuan keperawatan dan kriteria hasil. Implementasi keperawatan adalah tahap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan.

Implementasi keperawatan memiliki kemampuan yang harus dimiliki perawat seperti komunikasi yang efektif, menciptakan hubungan saling percaya serta dapat saling membantu, melakukan teknik psikomotor, melakukan observasi secara sistematis, memiliki dapat memberikan arahan, memberikan dan melakukan tindakan

kebutuhan hidup sehari-hari, mengevaluasi, serta mencatat pertukaran informasi dari pasien kepada tenaga medis.

Bagi orang yang berbuat baik mampu memberikan bantuan, menciptakan hubungan, memberikan arahan akan ditunjukkan jalan yang benar, terdapat surat yang menjelaskan mengenai berbuat kebaikan. Tercantum pada Al-Quran :

Q.S Al-Ankabut Ayat 69 :

وَالَّذِينَ جَاهَدُوا فِينَا لَنَهْدِيَنَّهُمْ سُبُلَنَا وَإِنَّ اللَّهَ لَمَعَ الْمُحْسِنِينَ

Arab-Latin: Wallazīna jāhadū fīnā lanahdiyannahum subulanā, wa innallāha lama'al-muhsinīn.

Artinya :

“Dan orang-orang yang bersungguh-sungguh untuk mencari keridhaan kami, benar-benar akan kami tunjukkan kepada mereka jalan-jalan Kami. Dan sesungguhnya Allah benar-benar beserta orang-orang yang berbuat baik”.

Susunan implementasi keperawatan membagi enam proses tahapan meliputi, persiapan, intervensi, dan dokumentasi. Dalam implementasi yang dikelola merupakan tahap perencanaan yang telah dikelola dan diwujudkan dari rencana keperawatan untuk difokuskan pada peningkatan kesembuhan pasien (Wahyuni, 2016).

Menurut Wahyuni (2016), perawat melakukan rencana asuhan keperawatan dengan tahap implementasi keperawatan sebagai berikut

:

1. Tahap persiapan

Melakukan analisis pengetahuan dan keterampilan yang digunakan diperlukan, mengetahui masalah yang timbul pada klien, mempersiapkan lingkungan yang aman.

2. Tahap intervensi

Memberikan tindakan diagnostik dengan cara melakukan wawancara kepada klien, mengobservasi dan melakukan pemeriksaan fisik, melakukan tindakan terapeutik untuk mencegah, mengurangi dan mampu mengatasi masalah klien, melakukan tindakan edukatif melakukan promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien guna untuk mengubah perilaku klien untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

3. Tahap dokumentasikan

Dokumentasi merupakan catatan perawat yang terdiri dari dekrispsi tindakan yang sudah diberikan dengan melihat reaksi pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang di berikan harus dicatat beserta alasan. Dokumentasi dengan rencana adalah untuk meningkatkan hubungan asuhan dengan mencatat perkembangan pasien yang berfungsi mewujudkan kriteria hasil.

2.4.10 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan secara sistematis dan terencana untuk menentukan hasil. Evaluasi dilakukan secara berhubungan untuk melengkapi proses yang sudah berhasil dari intervensi keperawatan,

rencana keperawatan, diagnosis keperawatan, dan implementasi. Langkah awal dari proses evaluasi keperawatan adalah mengetahui dan mengukur respon pasien terhadap tindakan yang sudah diberikan dengan melihat kemajuan dan perkembangan pasien. Perumusan evaluasi meliputi empat komponen yang berkesinambungan dengan istilah SOAP, merupakan subjektif (tanda dari keluhan pasien), Objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan teori yang sudah ada), serta perencanaan. Evaluasi keperawatan atau tahap penilaian ialah perbandingan yang sudah tersusun secara sistematis dengan tujuan menetapkan, melakukan dan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan dalam peningkatan kesehatan klien (Wahyuni, 2016).

Menurut Wahyuni, (2016) tahap-tahap evaluasi keperawatan menggunakan komponen KAAP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan fungsi tubuh). Berikut pengertian masing-masing:

1. Kognitif (pengetahuan)

Dapat mengidentifikasi mengenai pengetahuan secara spesifik yang dibutuhkan pasien menggunakan teknik. Evaluasi metode kognitif yaitu pengetahuan pasien mengenai penyakitnya, mengontrol gejala-gejala, diet, pengobatan, aktivitas sehari-hari persediaan alat-alat, resiko mengalami komplikasi, jika terdapat gejala segera dilaporkan, mencegah terjadinya penularan penyakit lain, evaluasi secara kognitif dilakukan dengan melalui wawancara atau menggunakan tes tertulis.

2. Afektif

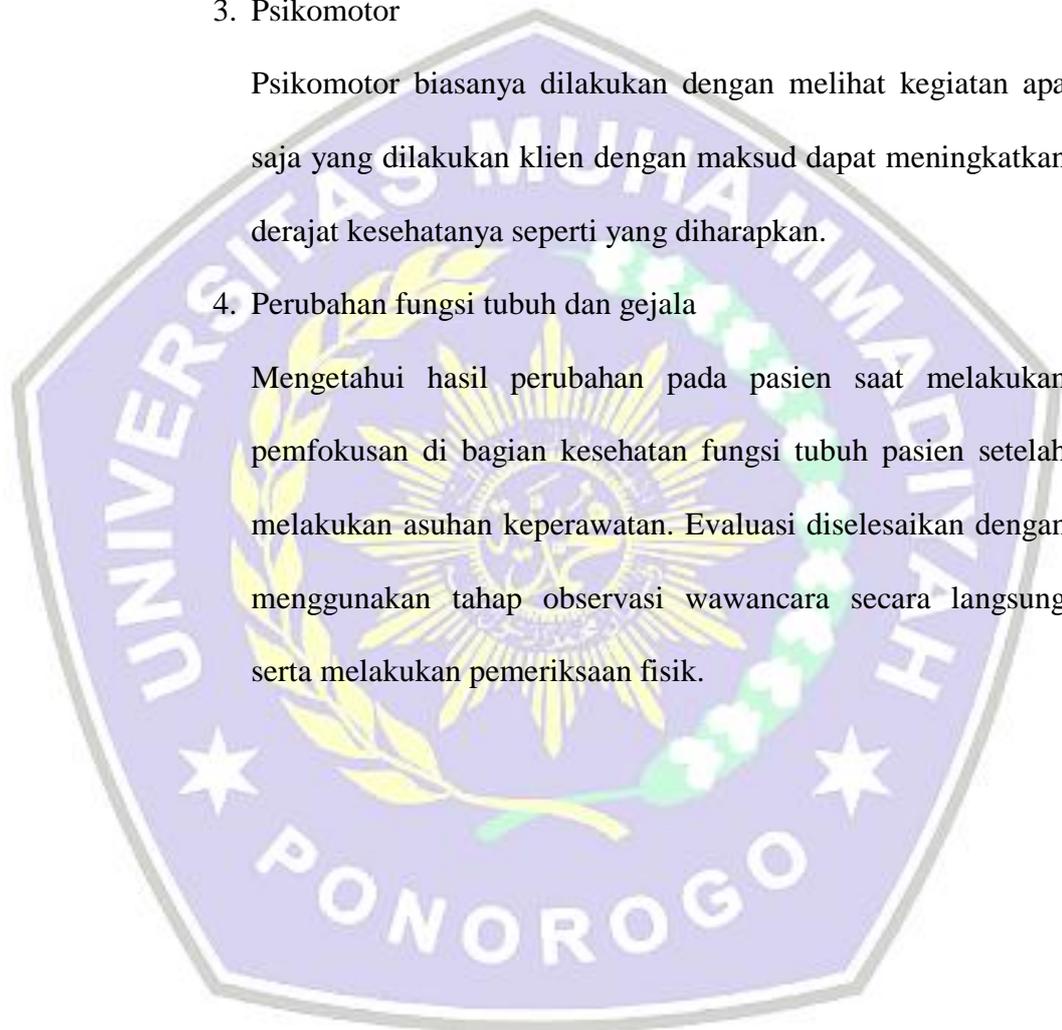
Penilaian afektif dengan cara observasi secara langsung kepada pasien untuk melihat ekspresi wajah klien, postur tubuh, nada suara. Penilaian afektif merupakan melihat status emosional pada klien.

3. Psikomotor

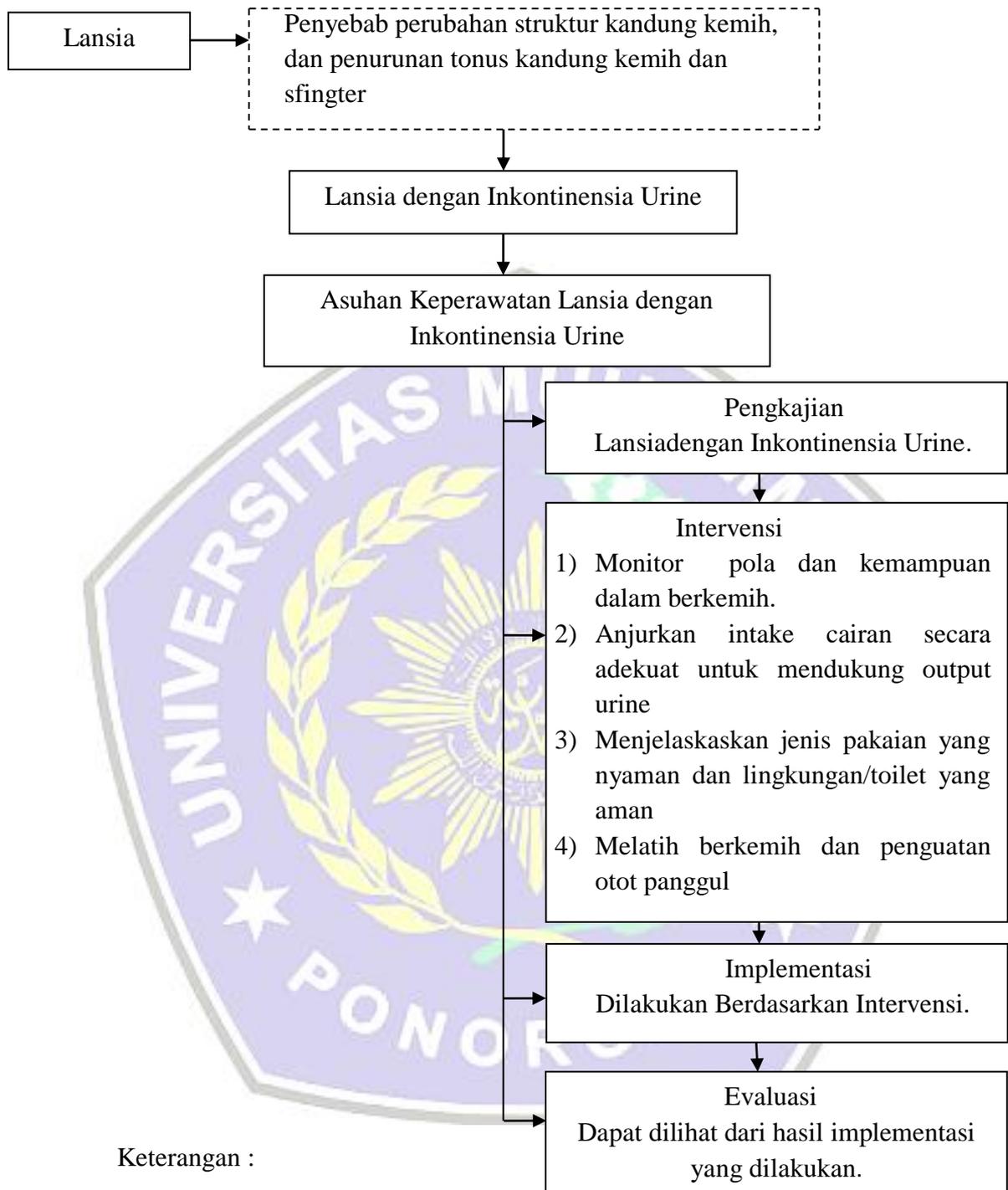
Psikomotor biasanya dilakukan dengan melihat kegiatan apa saja yang dilakukan klien dengan maksud dapat meningkatkan derajat kesehatannya seperti yang diharapkan.

4. Perubahan fungsi tubuh dan gejala

Mengetahui hasil perubahan pada pasien saat melakukan pemfokusan di bagian kesehatan fungsi tubuh pasien setelah melakukan asuhan keperawatan. Evaluasi diselesaikan dengan menggunakan tahap observasi wawancara secara langsung serta melakukan pemeriksaan fisik.



1.5 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan antar konsep inkontinensia urine.