

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia

2.1.1 Definisi

Lanjut Usia adalah kelompok penduduk berumur tua, golongan penduduk yang mendapat perhatian atau pengelompokan tersendiri, populasi penduduk berumur 60 tahun/lebih. Umur manusia dapat digolongkan dalam berbagai masa, yakni masa anak, remaja, dewasa (Lilik, 2011).

Lanjut Usia merupakan fase lanjut dan akhir dari perjalanan hidup manusia dan dalam fase ini terjadi proses menua yang bersifat regresif. Proses menua ini mempunyai empat sifat penting yaitu menyeluruh, bertahap, degenerasi dan kegagalan (Stanley, 2006).

Batasan lanjut usia masih menjadi bahan perbincangan dan belum terjadi kesepakatan oleh karena dapat dikaitkan dengan berbagai aspek, antara lain : usia pensiun, kemampuan, atau jenis pekerjaan, periode kehidupan, kesehatan tubuh, serta norma sosial budaya terhadap proses menjadi tua (Martono&kris, 2010).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (2009) Lanjut usia meliputi :

1. Usia pertengahan (middle age) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
2. Lanjut usia (elderly) = antara 60 dan 74 tahun.
3. Lanjut usia tua (old) = antara 76 dan 90 tahun.

4. Usia sangat tua (very old) = di atas 90 tahun.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2003)

1. Pra lansia (prasenilis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
2. Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia resiko tinggi adalah berusia 70 tahun atau lebih atau usia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

2.1.3 Klasifikasi Lanjut Usia

Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia berdasarkan Depkes RI (2003) dalam Maryam dkk (2009) yang terdiri dari : pralansia (prasenilis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun, lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan, lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa, lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4 Karakteristik Lanjut Usia

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang kesehatan.
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.1.5 Tipe Lanjut Usia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, mental, sosial, dan ekonominya

Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Tipe arif bijaksana

Lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman menyesuaikan diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi,

pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

4. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap datang terang, mengikuti kegiatan beribadah, pekerjaan apa saja dilakukan.

5. Tipe bingung

Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

2.1.6 Aspek Medik Lanjut Usia

Proses biologi baik yang sifatnya menua karena normal maupun penyakit akan mempunyai dampak kemunduran/disfungsi pada sistem dan subsistem organ tubuh manusia. Masalah/gangguan medik yang dapat terjadi pada Lanjut Usia adalah sebagai berikut :

1. Masalah pernafasan
2. Masalah peredaran darah
3. Masalah fungsi kemih (gangguan berkemih berupa retensi urin, inkontinensia urin, *benign prostat hypertropi*).
4. Masalah Dimensia
5. Masalah gangguan gerak
6. Masalah gangguan tidur

2.1.7 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

1. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Perubahan-perubahan kardiovaskuler pada lanjut usia adalah :

- a. Elastisitas, dinding aorta menurun.
- b. Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bila menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak).
- e. Tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, sistolis normal \pm 170 mmHg. Diastolis normal + mmHg.

2. Sistem Pernafasan

- a. Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel syaraf otaknya dalam setiap harinya).
- b. Cepatnya menurun hubungan persyarafan.
- c. Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres.
- d. Mengecilnya syaraf panca indra.
- e. Mengurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syaraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
- f. Kurang sensitif terhadap sentuhan.

3. Sistem Pendengaran

- a. Presbiakusis (gangguan pada pendengaran), hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi atau suara-suara atau nada-nada tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.
- b. Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis.
- c. Terjadinya pengumpulan korumen dapat mengeras karena meningkatnya kratin.
- d. Pendengaran bertamabah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/stres.

4. Sistem Penglihatan

- a. Sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.
- b. Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- c. Lensa lebih suram (kekeruan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan,
- d. Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan sudah melihat dalam cahaya gelap.
- e. Hilangnya daya akomodasi.
- f. Menurunnya lapangan pandang, berkurang luas pandangannya.
- g. Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala.

5. Sistem Respirasi

- a. Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
- b. Menurunnya aktifitas dari silia.

- c. Paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.
- d. Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
- e. O₂ pada arteri menurun menjadi 75 mmHg.
- f. CO₂ pada arteri tidak berganti.
- g. Kemampuan untuk batuk berkurang.
- h. Kemampuan pegas, dinding, dada, dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.

6. Sistem Gastrointestinal

- a. Kehilangan gigi penyebab utama adanya periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
- b. Indra pengecap menurun, adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atrofi oedera pengecap (80%) hilangnya sensitifitas dari syaraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari syaraf pengecap tentang rasa asin asam dan pahit.
- c. Esofagus melebar
- d. Lambung rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun) asam lambung menurun, waktu mengosongkan menurun.
- e. Perestaltik lemah dan biasanya timbul kionstiasi.
- f. Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu).
- g. Liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

- h. Menciutnya ovarium dan uterus.
- i. Atrofi payudara.
- j. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.
- k. Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu :
 - 1) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia.
 - 2) Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual.
 - 3) Tidak perlu cemas karena merupakan perubahan alami.
- l. Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali, dan terjadi perubahan-perubahan warna.

7. Sistem Genitorurinaria

a. Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tempatnya di glomerulus). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% fungsi tubulus berkurang akibat kurangnya kemampuan mengkonsentrasi urine, berat jenis urine menurun proteinuria (biasanya + 1); BUN (Blood Urea Nitrogen) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

b. Vesika urinaria (kandung kemih)

otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 mL atau menyebabkan frekuensi membuang air seni meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urine.

c. Pembesaran otot dialami oleh pria usia di atas 65

d. Atrofi vulva

e. Vagina

Orang-orang yang menua seksual intercourse masih juga membutuhkannya tidak ada batasan umur tertentu fungsi seksual seseorang berhenti frekuensi intercourse menurun secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati jalannya terus sampai tua.

8. Sistem Endokrin

a. Produksi dari hampir semua hormon menurun.

b. Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah.

c. Pituitari

d. Pertumbuhan hormon dada rendah dan hanya didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH, TSH FSh, dan LH.

e. Menurunnya aktifitas teroid, menurunnya BMR (Basal Metabolic Rate), dan menurunnya daya pertukaran zat.

f. Menurunnya produksi aldosteron.

g. Menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya : progesteron, estrogen, dan testosteron.

9. Sistem Kulit (Integumentary System)

- a. Kulit mengkerut atau kriptik akibat kehilangan jaringan lemak.
- b. Permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis).
- c. Menurunnya respon terhadap trauma.
- d. Mekanisme proteksi kulit menurun :
 - 1) Produksi serum menurun
 - 2) Penurunan produksi VTD
 - 3) Gangguan pigmentasi kulit
- e. Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- f. Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- g. Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- h. Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- i. Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
- j. Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
- k. Kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya.
- l. Kuku menjadi pudar dan kurang bercahaya.

10. Sistem Muskulosletal (Musculoskeletal System)

- a. Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh.
- b. Kifosis
- c. Pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas.
- d. Discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang).
- e. Persendian membesar dan menjadi kaku

- f. Tendon mengerut dan mengalami sklerosis
- g. Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil)
- h. Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh

2.1.8 Perubahan-Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental pada lansia

1. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
2. Kesehatan umum
3. Tingkat pendidikan
4. Keturunan (hereditas)
5. Lingkungan
6. Kenangan (memory) meliputi :
 - a. Kenangan jangka panjang : berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.
 - b. Kenangan jangka pendek atau seketika : 0-10 menit kenangan buruk.
7. IQ (Intelligentia Quantion)

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika (analitis, linier, sekuensial) dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan (fantasi) menurun. Walaupun mengalami kontroversi, tes intelegensia kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia, Hal ini terutama dalam bidang vokabular (kosakata), keterampilan praktis, dan pengetahuan umum. Fungsi intelektual yang stabil ini disebut sebagai *crystallized intellegent*. Sedangkan fungsi intelektual yang mengalami kemunduran adalah *fluid intellegent* seperti mengingat daftar,

memory bentuk geometri, kecepatan menemukan kata, menyelesaikan masalah, kecepatan berespon, dan perhatian yang cepat beralih.

8. Kemampuan belajar (Learning)

Lanjut usia yang sehat dan tidak mengalami dimensia masih memiliki kemampuan belajar yang baik, bahkan dinegara industri maju didirikan University of the third age. Hal ini sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup (life-long learning), bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak dilahirkan sampai akhir hayat. Oleh karena itu sudah seyogyanya jika mereka tetap diberikan kesempatan untuk mengembangkannya wawasan berdasarkan pengalaman (learning by experience). Implikasi praktis dalam pelayanan kesehatan jiwa (mental health) lanjut usia baik yang bersifat promotif-preventif, kuratif dan rehabilitatif adalah untuk memberikan kegiatan yang berhubungan dengan proses belajar yang sudah disesuaikan dengan kondisi masing-masing lanjut usia.

9. Kemampuan pemahaman (comprehension)

Kemampuan pemahaman atau menangkap pengertian pada lansia mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh konsentrasi dan fungsi pendengarannya lansia yang mengalami penurunan. Dalam pelayanan terhadap lanjut usia agar tidak timbul salah paham sebaiknya berkomunikasi dilakukan kontak mata. Dengan kontak mata mereka akan dapat membaca bibir lawan bicaranya, sehingga penurunan

pendengarannya dapat diatasi dan dapat lebih mudah memahami maksud orang lain.

10. Pemecahan masalah (problem solving)

Pada lanjut usia masalah-masalah yang dihadapi tentu semakin banyak. Banyak hal yang dahulunya dengan mudah dapat dipecahkan menjadi terhambat karena terjadi penurunan fungsi indera pada lanjut usia. Hambatan yang lain dapat berasal dari penurunan daya ingat, pemahaman dan lain-lain, yang berakibat bahwa pemecahan masalah menjadi lebih lama. Dalam menyikapi hal ini maka dalam pendekatan pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia perlu diperhatikan ratio petugas kesehatan dan pasien lanjut usia.

11. Pengambilan keputusan (Decision making)

Pengambilan keputusan termasuk dalam proses pemecahan masalah. Pengambilan keputusan pada umumnya berdasarkan data yang terkumpul, kemudian dianalisa, dikumpulkan dan dipilih alternatif yang dinilai positif, kemudian baru diambil suatu keputusan. Pengambilan keputusan pada lanjut usia sering lambat atau seolah-olah terjadi penundaan.

12. Kebijaksanaan (Wisdom)

Bijaksana adalah aspek kepribadian (personality) dan kombinasi dari aspek kognitif. Pada lansia semakin bijaksana dalam menghadapi suatu permasalahan. Kebijaksanaan sangat tergantung pada tingkat kematangan kepribadian seseorang dan pengalaman hidup yang dialami.

13. Kinerja (Performance)

Pada lanjut usia memang akan terlihat penurunan kinerja baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Perubahan performance yang membutuhkan kecepatan dan waktu mengalami penurunan. Penurunan itu bersifat wajar sesuai perubahan organ-organ biologis ataupun perubahan yang sifatnya patologis. Dalam pelayanan kesehatan jiwa lanjut usia, mereka perlu diberikan latihan-latihan keterampilan untuk tetap mempertahankan kinerja.

14. Motivasi

Pada lanjut usia, motivasi baik kognitif maupun afektif untuk mencapai/memperoleh sesuatu cukup besar, namun motivasi tersebut sering kali kurang memperoleh dukungan kekuatan fisik maupun psikologis, sehingga hal-hal diinginkan banyak yang berhenti tengah jalan.

Faktor yang mempengaruhi perubahan kognitif meliputi perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan dan lingkungan.

15. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan lansia makin berintegrasi dalam kehidupannya. Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya. Hal ini dapat dilihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari. Spiritualitas pada lansia bersifat universal, intrinsik dan merupakan proses individual yang berkembang sepanjang rentang kehidupan. Satu hal pada lansia yang diketahui sedikit berbeda dari orang yang lebih muda yaitu sikap mereka terhadap kematian. Hal ini menunjukkan bahwa lansia cenderung tidak

terlalu takut terhadap konsep dan realitas kematian. Pada tahap perkembangan usia lanjut merasakan atau sadar akan kematian.

16. Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia seringkali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Seperti gangguan jantung, gangguan metabolisme (misal diabetes militus), vaginitis, dan baru selesai operasi prostatektomi. Pada wanita mungkin ada kaitannya dengan masa menopause, yang berarti fungsi seksual mengalami penurunan karena sudah tidak produktif walaupun sebenarnya tidak harus begitu, karena kebutuhan biologis selama orang masih sehat dan masih memerlukan tidak salahnya bila dijalankan terus secara wajar dan teratur tanpa mengganggu kesehatannya.

2.1.9 Perubahan-perubahan Psikososial

1. Pensiun

Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (Purna Tugas) ia akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain :

- a. Kehilangan finansial (income berkurang)
- b. Kehilangan status
- c. Kehilangan teman/kenalan atau relasi
- d. Kehilangan pekerjaan/kegiatan

2. Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareners of mortality*).

3. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan lebih sempit.

4. Ekonomi akibat pemberentian dari jabatan (*economic deprivation*).
5. Meningkatnya biaya hidup pada pengasihan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
6. Penyakit kronis dan ketidakmampuan.

2.2 Konsep Dasar Inkontinensia Urin

2.2.1 Definisi

Inkontinensia urin adalah ketidak mampuan seseorang untuk menahan keluarnya urin, inkontinensia urin merupakan salah satu keluhan utama pada penderita lanjut usia (Basuki, 2011).

Inkontinensia urin adalah pengeluaran urin secara spontan pada sembarang waktu di luar kehendak, keadaan ini umum dijumpai pada lanjut usia (Agoes dkk, 2010).

Inkontinensia urin merupakan pengeluaran urin secara tidak sadar dan sering terjadi pada orang tua lanjut usia (Fatimah, 2010).

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa inkontinensia urin adalah ketidak mampuan seseorang untuk menahan keluarnya urin di luar kehendak secara tidak sadar dan umum terjadi pada lanjut usia.

2.2.2 Etiologi

Menurut (Kane dkk, 2010)

1. Inkontinensia terjadi secara akut

Terjadi secara mendadak biasanya berkaitan dengan sakit yang diderita atau masalah obat – obatan yang digunakan. Inkontinensia akan membaik, bila penyakit akut yang diderita sembuh atau obat penyebab dihentikan.

2. Inkontinensia yang menetap/kronik

Tidak berkaitan dengan penyakit – penyakit akut ataupun obat – obatan dan inkontinensia ini berlangsung lama.

Menurut (Agoes dkk, 2010)

1. Poliuria, nokturia
2. Gagal jantung
3. Faktor usia : lebih banyak ditemukan pada usia >50 tahun.

2.2.3 Patofisiologi

Urin (kemih) mengalir dari ginjal melalui sepanjang saluran ureter, yang berlanjut ke kandung kemih dan menuju saluran kandung kemih di bagian bawah. Pengeluaran kemih diatur oleh otot – otot yang disebut sfingter (terletak di dasar kandung kemih dan di dinding saluran kemih). Pada keadaan normal, sfingter akan menghalangi pengeluaran urin dengan menutup kandung kemih dan salurannya. Bila sfingter mengalami relaksasi, air seni akan dikeluarkan. Pada saat yang sama, otot dinding kandung kemih akan berkontraksi dan mendorong urin keluar. Kapasitas kandung kemih yang normal sekitar 300-600 ml. Dengan sensasi keinginan untuk berkemih diantara 150-350 ml.

Seluruh proses ini diatur oleh aktivitas saraf yang rumit dan berlangsung cepat di otak besar (serebri), batang otak (medulla oblongata), dan medula spinalis. Pada keadaan normal, keputusan berkemih dibuat bila

kandung kemih menjadi penuh dan selanjutnya terjadi pengosongan selama 2-3 menit.

Inkontinensia dapat terjadi akibat gangguan kontrol dari otak karena penyakit – penyakit neurologis tertentu, misalnya *stroke*, penyakit parkinson, demensia atau akibat obat – obatan seperti agen hipnotik, narkotik atau gangguan metabolik seperti hipoksemia dan ensefalopati, cedera medula spinalis, dan infeksi. Golongan obat lain yang dapat menimbulkan inkontinensia di antaranya diuretik, penenang, pelemas otot, alkohol, narkotik, anti alergi, antidepresan, dan antipsikotik, sedangkan jenis makanan dan minuman misalnya alkohol, cola, kopi, tomat, gula, madu, coklat, dan pemanis buatan (Agoes dkk, 2010).

2.2.4 Anatomi dan Fisiologi sistem perkemihan

Sistem perkemihan terdiri dari :

1. Dua ginjal (ren) yang menghasilkan urin,
2. Dua ureter yang membawa urin dari ginjal ke vesika urinaria (kandung kemih),
3. Satu vesika urinaria (VU), tempat urin dikumpulkan, dan
4. Satu urethra, urin dikeluarkan dari vesika urinaria

a. Ginjal (*Ren*)

Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen di belakang peritoneum pada kedua sisi vertebra thorakalis ke 12 sampai vertebra lumbalis ke-3. Ginjal merupakan organ yang berbentuk seperti kacang, terletak retroperitoneal, di kedua sisi kolumna vertebralis daerah lumbal.

Ginjal kanan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan ginjal kiri karena adanya hepar pada sisi kanan. Sebuah *glandula adrenalis* terletak pada bagian atas setiap ginjal. Setiap ginjal memiliki ujung atas dan bawah membulat (ujung superior dan inferior), margo lateral membulat konvers, dan pada margo medialis terdapat cekungan yang disebut hilum.

Hilum adalah pinggir medial ginjal berbentuk konkaf sebagai pintu masuknya pembuluh darah, pembuluh limfe, ureter dan nervus. *Pelvis renalis* berbentuk corong yang menerima urin yang diproduksi ginjal. Terbagi menjadi dua sampai tiga *kalik mayor* yang masing-masing akan bercabang menjadi beberapa (8-18) *kalik minor*.

Struktur nefron : ginjal mengandung 1-4 juta nefron yang merupakan unit pembentuk urine.

Tahap pembentukan urin :

1) Proses Filtrasi di glomerulus

Terjadi penyerapan darah, yang tersaring adalah bagian cairan darah kecuali protein. Cairan yang tersaring ditampung oleh simpai bowmen yang terdiri dari glukosa, air, sodium, klorida, sulfat, bikarbonat dll, diteruskan ke tubulus ginjal. cairan yang di saring disebut filtrate gromerulus.

2) Proses Reabsorpsi

Pada proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar dari glikosa, sodium, klorida, fospat dan beberapa ion bikarbonat. Prosesnya terjadi secara pasif (obligator reabsorpsi) di tubulus

proximal. sedangkan pada tubulus distal terjadi kembali penyerapan sodium dan ion bikarbonat bila diperlukan tubuh. Penyerapan terjadi secara aktif (reabsorpsi fakultatif) dan sisanya dialirkan pada papilla renalis.

3) Proses sekresi.

Sisa dari penyerapan kembali yang terjadi di tubulus distal dialirkan ke *papilla renalis* selanjutnya diteruskan ke luar.

Ginjal merupakan organ terpenting dari tubuh manusia maka dari itu ginjal mempunyai beberapa fungsi antara lain :

- 4) Memegang peranan penting dalam pengeluaran zat-zat toksis atau racun,
- 5) Mempertahankan suasana keseimbangan cairan,
- 6) Mempertahankan keseimbangan kadar asam dan basa dari cairan tubuh, dan
- 7) Mengeluarkan sisa-sisa metabolisme akhir dari protein ureum, kreatinin dan amoniak.

Setiap Nefron terdiri dari *Tubulus renalis*, *Glomerulus* dan pembuluh darah yang menyertainya.

Tubulus renalis adalah tabung panjang yang bengkok, dilapisi oleh sel kuboid.

Suplai darah : Ginjal mendapatkan darah dari aorta abdominalis yang mempunyai percabangan arteria renalis, arteri ini berpasangan kiri dan kanan. Arteri renalis bercabang menjadi arteria interlobularis kemudian menjadi arteri aorta. Arteri

interlobularis yang berada di tepi ginjal bercabang menjadi arteriolae aferen glomerulus yang masuk ke *Glomerulus* adalah pusaran kapiler yang tertutup dalam kapsula bowmen. Kapiler darah yang meninggalkan gromerulus disebut *arteriolae eferen gromerulus* yang kemudian menjadi vena renalis masuk ke vena cava inferior.

b. Ureter

Terdiri dari 2 saluran pipa masing-masing bersambung dari ginjal ke vesika urinaria. Panjangnya \pm 25-30 cm, dengan penampang 0,5 cm. Ureter sebagian terletak pada rongga abdomen dan sebagian lagi terletak pada rongga pelvis.

Lapisan dinding ureter terdiri dari:

- 1) Dinding luar jaringan ikat (jaringan fibrosa)
- 2) Lapisan tengah lapisan otot polos, lapisan sebelah dalam lapisan mukosa
- 3) Lapisan dinding ureter menimbulkan gerakan-gerakan *peristaltik* yang mendorong urin masuk ke dalam kandung kemih.

c. Vesika Urinaria (Kandung Kemih)

Vesika urinaria bekerja sebagai penampung urin. Organ ini berbentuk seperti buah pir (kendi). letaknya d belakang *simfisis pubis* di dalam rongga panggul. Vesika urinaria dapat mengembang dan mengempis seperti balon karet.

Dinding kandung kemih terdiri dari :

- 1) Lapisan sebelah luar (peritoneum)

- 2) Tunika muskularis (lapisan berotot).
- 3) Tunika submukosa dan lapisan mukosa (lapisan bagian dalam)

d. Urethra

Merupakan saluran sempit yang berpangkal pada vesika urinaria yang berfungsi menyalurkan air kemih ke luar. Pada laki-laki panjangnya kira-kira 13,7-16,2 cm, terdiri dari:

- 1) Urethra pars Prostatica
- 2) Urethra pars membranosa (terdapat spincter urethra externa)
- 3) Urethra pars spongiosa.
- 4) Urethra pada wanita panjangnya kira-kira 3,7-6,2 cm (Taylor), 3-5 cm (Lewis). Sphincter urethra terletak di sebelah atas vagina (antara clitoris dan vagina) dan urethra disini hanya sebagai saluran ekskresi.

Dinding urethra terdiri dari 3 lapisan:

- 1) Lapisan otot polos, merupakan kelanjutan otot polos dari Vesika urinaria. mengandung jaringan *elastis* dan otot polos.
- 2) *Sphincter urethra* menjaga agar urethra tetap tertutup.
- 3) Lapisan *submukosa*, lapisan longgar mengandung pembuluh darah dan saraf.
- 4) Lapisan mukosa.

2.2.5 Klasifikasi

Menurut (Agoes dkk, 2010) Inkontinensia dapat diklasifikasikan menjadi :

1. Inkontinensia Dorongan

Inkontinensia Dorongan merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urin tanpa sadar, terjadi segera setelah merasa dorongan yang kuat untuk berkemih.

2. Inkontinensia Total

Inkontinensia Total merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urin terus menerus dan tidak dapat diperkirakan.

3. Inkontinensia Stres

Merupakan keadaan dimana seseorang mengalami kehilangan urin kurang dari 50 ml, terjadi dengan peningkatan tekanan abdomen.

4. Inkontinensia refleks

Merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urin yang tidak dirasakan, terjadi pada interval yang dapat diperkirakan bilala volume kandung kemih mencapai jumlah tertentu.

5. Inkontinensia fungsional

Merupakan keadaan dimana seseorang mengalami pengeluaran urin tanpa disadari dan tidak dapat diperkirakan.

2.2.6 Tanda dan Gejala

Tanda-tanda Inkontinensia Urine menurut (Agoes dkk, 2010)

1. Inkontinensia Dorongan

- a. Sering miksi
- b. Spasme kandung kemih

2. Inkontinensia total

- a. Aliran konstan terjadi pada saat tidak diperkirakan.
- b. Tidak ada distensi kandung kemih.

- c. Nokturia dan Pengobatan Inkontinensia tidak berhasil.
- 3. Inkontinensia stres
 - a. Adanya urin menetes dan peningkatan tekanan abdomen.
 - b. Adanya dorongan berkemih.
 - c. Sering miksi.
 - d. Otot pelvis dan struktur penunjang lemah.
- 4. Inkontinensia refleks
 - a. Tidak dorongan untuk berkemih.
 - b. Merasa bahwa kandung kemih penuh.
 - c. Kontraksi atau spasme kandung kemih tidak dihambat pada interval.
- 5. Inkontinensia fungsional
 - a. Adanya dorongan berkemih.
 - b. Kontraksi kandung kemih cukup kuat untuk mengeluarkan urin.

2.2.7 Manifestasi Klinis

1. Laju filtrasi Glomerular

Filtrasi glomerular terjadi dengan kecepatan 125 ml/menit pada orang dewasa muda dan dapat diukur secara klinis melalui serum kreatinin atau klirens kreatinin. Studi longitudinal pada subjek lansia yang sehat telah menunjukkan reduksi kecepatan klirens kreatinin yang signifikan dari waktu ke waktu, sehingga pada usia 80 tahun, rata – rata penurunan *glomerular filtration rate* (GFR) sampai 97 ml/menit.

2. Mekanisme konsentrasi dan dilusi

Penuaan normal pada ginjal menghasilkan perubahan dalam mekanisme konsentrasi dan dilusi dalam sistem tubular nefron.

Ketidakmampuan lansia untuk memekatkan urin berhubungan dengan penurunan jumlah nefron total. Nokturia yang sering terlihat pada lansia dihubungkan dengan penurunan kemampuan untuk memekatkan urin, untuk lebih memperkecil kapasitas kandung kemih (sehingga urin tidak dapat disimpan untuk waktu lama) dan meningkatkan perfusi renal pada malam hari. 75% lansia yang tinggal dikomunitas bangun sedikitnya satu kali selama malam hari untuk berkemih dan 25% harus bangun dua kali. Hal ini mempengaruhi pola tidur yang memang telah berubah, berpengaruh terhadap kelelahan pada siang hari, dan potensial menyebabkan jatuh dengan cedera.

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan fisik : meliputi pemeriksaan abdominal, urogenitalia, dan pemeriksaan neurologis.
2. Pemeriksaan laboratorium : meliputi pemeriksaan urinalisis, kultur urin, kalau perlu sitologi urin.
3. Pemeriksaan lain
 - a. Pemeriksaan urodinamik : pemeriksaan uroflometri, pengukuran profil tekanan uretra, sistometri, valsava leak pointpreassure, serta video urodinamika.
 - b. Pemeriksaan pencitraan : pielografi intravena, sistografi
 - c. Pemriksaan residu urin : kateterisasi, USG sehabis miksi
 - d. Catatan berkemih : Catatan Berkemih dilakukan untuk mengetahui pola berkemih. Catatan ini digunakan untuk mencatat waktu dan jumlah urin saat mengalami inkontinensia urine dan tidak

inkontinensia urine, dan gejala berkaitan dengan inkontinensia urin. Pencatatan pola berkemih tersebut dilakukan selama 1-3 hari. Catatan tersebut dapat digunakan untuk memantau respons terapi dan juga dapat dipakai sebagai intervensi terapeutik karena dapat menyadarkan pasien faktor pemicu. (Basuki P, 2011)

2.2.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan inkontinensia urin menurut Agoes dkk, 2010 adalah :

1. Pemanfaatan kartu catatan berkemih yang dicatat pada kartu tersebut misalnya waktu berkemih dan jumlah urin yang keluar, baik yang keluar secara normal, maupun yang keluar karena tak tertahan, selain itu dicatat pula waktu, jumlah dan jenis minuman yang diminum.

2. Terapi non farmakologi

Dilakukan dengan mengoreksi penyebab yang mendasari timbulnya inkontinensia urin, seperti hiperplasia prostat, infeksi saluran kemih, diuretik, gula darah tinggi, dan lain-lain. Adapun terapi yang dapat dilakukan adalah : Melakukan latihan menahan kemih (memperpanjang interval waktu berkemih) dengan teknik relaksasi dan distraksi sehingga frekwensi berkemih 6-7 x/hari. Lansia diharapkan dapat menahan keinginan untuk berkemih bila belum waktunya. Lansia dianjurkan untuk berkemih pada interval waktu tertentu, mula-mula setiap jam, selanjutnya diperpanjang secara bertahap sampai lansia ingin berkemih setiap 2-3 jam. Membiasakan berkemih pada waktu-waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebiasaan lansia. Prompted voiding dilakukan dengan cara mengajari lansia mengenal kondisi berkemih mereka serta dapat

memberitahukan petugas atau pengasuhnya bila ingin berkemih. Teknik ini dilakukan pada lansia dengan gangguan fungsi kognitif (berpikir). Melakukan latihan otot dasar panggul dengan mengkontraksikan otot dasar panggul secara berulang-ulang.

Adapun cara-cara mengkontraksikan otot dasar panggul tersebut adalah dengan cara :

Berdiri di lantai dengan kedua kaki diletakkan dalam keadaan terbuka, kemudian pinggul digoyangkan ke kanan dan ke kiri \pm 10 kali, ke depan ke belakang \pm 10 kali. Gerakan seolah-olah memotong feses pada saat kita buang air besar dilakukan \pm 10 kali. Hal ini dilakukan agar otot dasar panggul menjadi lebih kuat dan urethra dapat tertutup dengan baik.

3. **Pampers**

Dapat digunakan pada kondisi akut maupun pada kondisi dimana pengobatan sudah tidak berhasil mengatasi inkontinensia urin. Namun pemasangan pampers juga dapat menimbulkan masalah seperti luka lecet bila jumlah air seni melebihi daya tampung pampers sehingga air seni keluar dan akibatnya kulit menjadi lembab, selain itu dapat menyebabkan kemerahan pada kulit, gatal, dan alergi.

4. **Kateter**

Kateter menetap tidak dianjurkan untuk digunakan secara rutin karena dapat menyebabkan infeksi saluran kemih, dan juga terjadi pembentukan batu. Selain kateter menetap, terdapat kateter sementara yang merupakan alat yang secara rutin digunakan untuk mengosongkan kandung kemih.

Teknik ini digunakan pada pasien yang tidak dapat mengosongkan kandung kemih. Namun teknik ini juga beresiko menimbulkan infeksi pada saluran kemih.

5. Terapi farmakologi

Obat-obat yang dapat diberikan pada inkontinensia urgen adalah antikolinergik seperti *Oxybutinin*, *Propantteine*, *Dicylomine*, flavoxate, Imipramine. Pada inkontinensia stress diberikan alfa adrenergic agonis, yaitu pseudoephedrine untuk meningkatkan retensi urethra. Pada *sfincter relax* diberikan *kolinergik agonis* seperti *Bethanechol* atau *alfakolinergik* antagonis seperti *prazosin* untuk stimulasi kontraksi, dan terapi diberikan secara singkat.

6. Terapi pembedahan

Terapi ini dapat dipertimbangkan pada inkontinensia tipe stress dan urgensi, bila terapi non farmakologis dan farmakologis tidak berhasil. Inkontinensia tipe *overflow* umumnya memerlukan tindakan pembedahan untuk menghilangkan retensi urin. Terapi ini dilakukan terhadap tumor, batu, divertikulum, hiperplasia prostat, dan prolaps pelvic (pada wanita).

7. Modalitas lain

Sambil melakukan terapi dan mengobati masalah medik yang menyebabkan inkontinensia urin, dapat pula digunakan beberapa alat bantu bagi lansia yang mengalami inkontinensia urin, diantaranya adalah pampers, kateter, dan alat bantu toilet seperti urinal.

2.2.10 Komplikasi

Infeksi saluran kencing, infeksi kulit daerah kemaluan, gangguan tidur, masalah psiko sosial seperti depresi, mudah marah, dan rasa terisolasi, secara tidak langsung masalah tersebut dapat menyebabkan dehidrasi, karena umumnya pasien mengurangi minum, karena khawatir terjadi Inkontinensia Urine, pada pasien yang kurang aktifitas hanya berbaring di tempat tidur dapat menyebabkan ulkus dikubitus dan dapat meningkatkan resiko infeksi lokal termasuk osteomyelitis dan sepsis.

2.3 Teori Asuhan Keperawatan

2.3.1 Penerapan Asuhan Keperawatan pada lanjut usia dengan inkontinensia urin

1. Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama/kepercayaan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, diagnosa medis.

2. Keluhan utama

Pada klien Inkontinensia urin keluhan yang ada adalah nokturia, urgensi, disuria, poliuria, oliguri.

3. Riwayat penyakit sekarang

Memuat tentang perjalanan penyakit sekarang sejak timbul keluhan, usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya penyakit yang berhubungan dengan ISK (Infeksi Saluran Kemih) yang berulang. penyakit kronis yang pernah diderita.

5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada penyakit keturunan dari salah satu anggota keluarga yang menderita penyakit Inkontinensia Urine? Dan adakah anggota keluarga yang menderita DM atau Hipertensi?

6. Pemeriksaan fisik

Inspeksi : periksa warna, bau, banyaknya urine biasanya bau menyengat karena adanya aktivitas mikroorganisme (bakteri) dalam kandung kemih, pembesaran daerah supra pubik lesi pada meatus uretra, banyak kencing dan nyeri saat berkemih menandakan disuria akibat dari infeksi, apakah klien terpasang kateter sebelumnya. Palpasi : Pemeriksaan abdomen harus mengenali adanya kandung kemih yang penuh, rasa nyeri, massa, atau riwayat pembedahan.

7 Pengkajian status fungsional, kognitif/afektif, dan social

a. Pengkajian status fungsional

merupakan pengukuran kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dilakukan untuk mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien serta menciptakan pemilihan intervensi yang tepat. Disamping berhubungan dengan diagnosa dengan diagnosis medis, status fungsional berhubungan dengan perawatan kebutuhan klien, risiko institusionalisasi, dan mortalitas.

1) Indeks katz

Indeks katz dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) (Katz et al, 1963) merupakan alat yang di gunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lanjut usia dan penyakit kronis. Katz

indeks meliputi keadekuatan pelaksanaan dalam enam fungsi seperti mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinen, dan makan. Selain itu, juga berguna untuk menggambarkan tingkat fungsional klien (mandiri atau tergantung) dan secara objektif mengukur efek tindakan yang diharapkan untuk memperbaiki fungsi.

b. Pengkajian status kognitif/afektif (status mental)

Pemeriksaan status mental memberikan sampel perilaku dan kemampuan mental dalam fungsi intelektual. Pemeriksaan singkat terstandarisasi digunakan untuk mendeteksi gangguan kognitif sehingga fungsi intelektual dapat diuji melalui satu/dua pertanyaan untuk masing-masing area. Saat instrument skrining mendeteksi terjadinya gangguan, pemeriksaan lebih lanjut kemudian akan dilakukan.

Fungsi kognitif lebih tinggi yang diuji secara spesifik adalah simpanan informasi klien, kemampuan memberi alasan secara abstrak dan melakukan perhitungan.

1) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Pengujian terdiri atas 10 pertanyaan yang berkenaan dengan orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh, dan kemampuan matematis atau perhitungan. Metode penentuan skor sederhana meliputi tingkat fungsi intelektual di mana berfungsi membantu membuat keputusan yang khusus mengenai kapasitas perawatan diri. Kriteria penilaian:

- Kesalahan 0-2 : fungsi intelektual utuh.
- Kesalahan 3-4 : kerusakan intelektual ringan.
- Kesalahan 5-7 : kerusakan intelektual sedang.
- Kesalahan 8-10 : kerusakan intelektual berat.

2) Mini-Mental State Exam (MMSE)

Menguji aspek kognitif dari fungsi mental : orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali, dan bahasa. Nilai paling tinggi adalah 30, dimana nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lebihlanjut. Dalam pengerjaan asli MMSE, lanjut usia normal biasanya mendapat angka tengah 27,6. Klien dengan demensia, depresi, dan gangguan kognitif mendapat 9, 7,19, dan 25. Pemeriksaan bertujuan untuk melengkapi dan menilai, tetapi tidak dapat digunakan untuk tujuan diagnostik. Karena pemeriksaan MMSE mengukur beratnya kerusakan kognitif dan mendemonstrasikan perubahan kognitif pada waktu dan dengan tindakan sehingga dapat berguna untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi.

Penentuan kriteria gangguan memori sehubungan dengan gangguan usia tua diperlihatkan dengan adanya gangguan fungsi memori dan penurunan akibat demensia (mengarah pada gangguan intelektual) yang di tandai oleh MMSE.

3) Inventaris Depresi Beck (IDB).

Menurut Gallagher (1986);Beck&Beck(1972), Inventaris Depresi Beck (IDB) berisikan pertanyaan berkenaan dengan 21 karakteristik

depresi meliputi : alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari kehidupan social, ketidakmampuan mengambil keputusan, gambaran tubuh, fungsi dalam pekerjaan, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan, pelepasan jabatan sehubungan dengan pekerjaan, dan hilangnya libido.

Adapun pilihan pernyataan semua pada setiap kelompok mempunyai penilaian yaitu :

0-4 : depresi tidak ada atau minimal.

5-7 : depresi ringan.

8-15 : depresi sedang.

>16 : depresi berat.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan inkontinensia urin ini menurut Agoes dkk, 2010

1. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan kelemahan otot pelvis.
2. Resiko Isolasi Sosial berhubungan dengan keadaan yang memalukan akibat mengompol di depan orang lain atau takut bau urine
3. Resiko cedera fisik berhubungan dengan penurunan fungsi tubuh, lantai yang licin.
4. Iritasi kulit berhubungan dengan frekwensi kemih yang berlebih
5. Kurangnya pengetahuan tentang inkontinensia urin berhubungan dengan kurangnya informasi

6. Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan output berlebihan

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa 1 : Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan kelemahan otot pelvis

Tujuan : Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat mengetahui tentang latihan dasar pelvis

Kriteria Hasil :

1. Klien melaporkan adanya pengurangan BAK 6-7kali/hari
2. Klien mampu mengungkapkan penyebab inkontinensia

Intervensi :

1. Kaji kebiasaan pola berkemih dan gunakan catatan berkemih sehari
Rasional : Mengidentifikasi kemampuan dan kebiasaan berkemih selama 24 jam
2. Kaji kehilangan tonus otot karena Proses penuaan
Rasional : Deteksi masalah untuk dapat mengetahui apa penyebab inkontinensia
3. Ajarkan untuk menahan otot – otot dasar pelvis dan kekuatan saat melakukan latihan kegel
Rasional : Latihan kegel adalah untuk menguatkan dan mempertahankan tonus otot yang menyangga organ-organ pelvis
4. Observasi Tanda – Tanda Vital klien meliputi Tekanan Darah, Suhu, Respirasi, Nadi
Rasional : mengetahui keadaan umum klien
5. Anjurkan klien untuk minum air putih dan mengurangi minum teh, kopi

Rasional : Minuman teh dan kopi dapat meningkatkan frekwensi urin

6. Ajarkan klien untuk menjaga kebersihan dan merawat personal hygiene

Rasional : Kebersihan dan perawatan personal hygiene dengan baik akan mencegah terjadinya infeksi.

7. Anjurkan klien untuk latihan menahan kemih kira – kira 2-3 menit sebelum sampai ke kamar mandi

Rasional : Melatih otot pelvis dan melatih klien untuk menahan kemih

8. Kolaborasi dengan dokter dalam hal pengaruh pemberian obat

Rasional : Terapi farmakologi / non farmakologi dapat membantu menurunkan frekwensi inkontinensia urin.

Diagnosa 2 : Resiko isolasi sosial berhubungan dengan malu akibat mengompol.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan

1. Klien tidak lagi malu dengan orang lain
2. Klien mampu berinteraksi sosial kepada orang lain

Kriteria Hasil :

1. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain
2. Klien sudah tidak merasakan malu akibat bau urin

Intervensi :

1. Ajak klien mengobrol dan berdiskusi, tanyakan pada klien bagaimana perasaannya setiap harinya.

Rasional : Dapat membina rasa saling percaya

2. Berikan pendekatan agar klien dapat mengungkapkan apa yang dirasakan.

Rasional : Membuat klien tenang dan nyaman

3. Perhatikan perilaku menarik Diri

Rasional : Perilaku Menarik Diri memerlukan evaluasi lebih lanjut dan terapi lebih efektif.

4. Berikan kesempatan pada klien untuk menerima keadaannya melalui partisipasi dalam perawatan Diri

Rasional : kemandirian dalam perawatan memperbaiki harga Diri

5. Motivasi klien untuk terus melakukan latihan-latihan yang sudah pernah diajarkan seperti senam kegel dan latihan dasar pelvis.

Rasional : dapat membantu mengurangi inkontinensia urin.

Diagnosa 3 : Resiko cedera fisik berhubungan dengan penurunan fungsi tubuh, lantai yang licin.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan keamanan dan keselamatan klien terjaga

Kriteria Hasil :

1. Tidak terjadi kecelakaan fisik
2. Klien merasa aman dan selamat

Intervensi :

1. Berikan lansia alat bantu berupa tongkat untuk meningkatkan keselamatan

Rasional : Alat bantu dapat menjaga keselamatan klien, dan klien akan merasa lebih hati – hati.

2. Bantu klien ke kamar mandi

Rasional : Dengan diberikan bantuan klien akan merasa lebih aman

3. Jangan biarkan klien ke kamar mandi sendirian tanpa bantuan

Rasional : Dapat meningkatkan resiko tinggi cedera

4. Pasang pegangan pada kamar mandi

Rasional : Untuk membantu klien dalam menjaga keselamatannya

5. Hindarkan lampu yang redup dan menyilaukan

Rasional : Lampu yang redup akan membuat klien suli untuk melihat, karena sistem penglihatan pada lansia sudah menurun.

Diagnosa 4 : iritasi kulit berhubungan dengan frekwensi berkemih yang berlebih

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi iritasi kulit

Kriteria hasil : Lipatan paha tidak lembab dan tidak ada iritasi kulit

Intervensi :

1. Identifikasi klien yang mungkin mengalami ulkus

Rasional : Klien yang mengalami ulkus akan segera diberikan tindakan perawatan

2. Anjurkan mencuci area genital setelah BAK

Rasional : Menghindari resiko infeksi

3. Anjurkan klien untuk menjaga personal hygiene

Rasional : Menghindari resiko infeksi

4. Pastikan privasi dan kenyamanan klien terjaga

Rasional : Privasi klien sangat diutamakan agar klien merasa nyaman dalam setiap tindakan

Diagnosa 5 : Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output berlebihan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien tidak mengalami dehidrasi.

Kriteria hasil : Tidak terdapat tanda – tanda dehidrasi

Intervensi :

1. Kaji pola berkemih klien dalam 1x24jam

Rasional : Mengidentifikasi output klien

2. Kaji intake dan output

Rasional : Mengukur pengeluaran dan masukan cairan klien

3. Anjurkan klien untuk perbanyak minum

Rasional : Perbanyak minum akan membantu memenuhi kebutuhan cairan klien yang hilang

4. Observasi tanda – tanda dehidrasi

Rasional : Untuk mengkaji status dehidrasi klien

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah rencana Keperawatan tersusun, selanjutnya diterapkan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah pada lanjut usia dengan inkontinensia urin. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan serta melanjutkan pengumpulan data.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP, pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : data subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : data obyektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A : analisis

Interpretasi dari data subyektif dan data obyektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah terindikasi datarnya dalam data subyektif dan obyektif.

4. P : planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.