

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lansia**

##### **2.1.1 Pengertian Lansia**

Seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan suatu proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua. (Nugroho, 2008).

##### **2.1.2 Batasan-batasan Lansia**

Ada beberapa batasan-batasan yang mencakup batasan umur lansia menurut beberapa sumber, diantaranya yaitu :

1. Menurut Undang-Undang nomor 13 tahun 1998 dalam bab 1 pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas”.
2. Menurut World Health Organization (WHO), lanjut usia atau lansia dibagi menjadi empat kelompok yaitu :
  - 1) Usia pertengahan (middle age) yaitu kelompok usia 45-59 tahun

- 2) Lanjut usia (elderly) yaitu kelompok usia 60-74 tahun
  - 3) Lanjut usia tua (old) yaitu kelompok usia 75-90 tahun
  - 4) Usia sangat tua (very old) yaitu kelompok usia di atas 90 tahun.
3. Menurut pasal 1 Undang-Undang no. 4 tahun 1965 “Seseorang dikatakan sebagai lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai usia 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari, dan menerima nafkah dari orang lain” (Santoso, 2009).

### **2.1.3 Teori Penuaan**

Menurut stanley (2007) teori-teori penuaan dibagi menjadi dua, yaitu : teori biologi dan teori psikososologi.

#### **1. Teori biologis**

Teori ini menjelaskan tentang proses fisik penuaan, termasuk perubahan fungsi dan struktur, pengembangan, panjang usia, dan kematian. Teori biologis ini meliputi :

- 1) Teori genetika
- 2) Teori seluler
- 3) Teori wear and tear (dipakai dan rusak)
- 4) Teori riwayat lingkungan
- 5) Teori imunitas
- 6) Teori sintesis protein (kolagen dan elastin)
- 7) Teori neuroendokrin

## 2. Teori Psikososologi

Teori psikososologi memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku yang menyertai usia, sebagai lawan dari ilmu implikasi biologi pada kerusakan anatomis. Dalam teori ini, perubahan sosiologis atau non fisik dikombinasi dengan perubahan psikologis. Teori psikososologi ini meliputi :

- 1) Teori kepribadian
- 2) Teori tugas perkembangan
- 3) Teori disengagement (teori pemutusan hubungan)
- 4) Teori aktifitas
- 5) Teori kontinuitas

### **2.1.4 Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia**

Menurut Nugroho (2008) ada beberapa perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia yang meliputi perubahan fisik, mental, psikososial, dan spiritual.

#### 1. Perubahan-perubahan fisik

- 1) Jumlah sel lebih sedikit, ukuran lebih besar, cairan tubuh dan cairan intraseluler menurun.
- 2) Sistem persarafan, mengecilnya syaraf pada indra, berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syaraf penciuman dan peraba, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin dan kurangnya sensitive terhadap sentuhan.
- 3) Sistem pendengaran, hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suarayang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas

65 tahun, terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya karatin, pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/stress.

- 4) Sistem pengelihatatan, respon terhadap sinar menurun, kornea lebih berbentuk sferis (bola), lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), adaptasi terhadap gelap menurun, hilangnya daya akomodasi dan katarak.
- 5) Sistem kardiovaskuler, katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
- 6) Sistem respirasi, otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun, alveoli ukurannya melebar dari biasanya dan jumlahnya berkurang.
- 7) Sistem pengatur temperatur suhu, temperatur tubuh menurun secara fisiologik akibat metabolisme menurun, keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.
- 8) Sistem gastrointestinal, asam lambung menurun, esofagus melebar, lapar menurun, dan peristaltik menurun. Ukuran lambung mengecil dan fungsi organ aksesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan.

- 9) Sistem genita urinaria, ginjal (mengecil, aliran darah ke ginjal menurun), fungsi tubulus menurun, BUN (Blood Urea Nitrogen) meningkat, vesika urinaria/kandung kemih : otot-otot menjadi lemah, frekuensi BAK meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan sehingga dapat menyebabkan meningkatnya retensi urine.
- 10) Sistem kulit, kulit mengkerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, berkurangnya jumlah dan fungsi kelenjar keringat.
- 11) Sistem endokrin, produksi hampir semua hormon menurun, fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah, pituitary (pertumbuhan hormon ada tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah), berkurangnya produksi Luteo Tropic Hormon (LTH), Folikel Stimulating Hormon (FSH), dan Luteinizing Hormon (LH), menurunnya aktifitas tyroid.
- 12) Sistem muskuloskeletal, tulang kehilangan cairan sehingga mudah rapuh, kifosis, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengkerut dan mengalami sclerosis, serabut-serabut otot mengecil sehingga pergerakan menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.

## 2. Perubahan mental

Perubahan mental pada lanjut usia dapat berupa sikap yang semakin egosentris, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak akan sesuatu. Sedangkan

faktor yang mempengaruhi perubahan mental antara lain perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, dan lingkungan.

### 3. Perubahan psikososial

Perubahan psikososial yang terjadi pada lanjut usia meliputi pensiun yang merupakan produktivitas dan identitas yang dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan, merasakan atau sadar akan kematian, perubahan dalam cara hidup, ekonomi akibat dari pemberhentian dari jabatan, dan terjadinya penyakit kronis.

### 4. Perubahan spiritual

Pada lansia agama atau kepercayaan ini semakin terintegritas dalam kehidupannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari.

## **2.2 Inkontinensia Urin**

### **2.2.1 Definisi**

Menurut International Continence Society, inkontinensia urin adalah keluhan berkemih tanpa disadari (involunter) akibat gangguan fungsi saluran kemih bagian bawah yang dipicu oleh sejumlah penyakit sehingga menyebabkan pasien berkemih pada situasi yang berbeda (Budi Iman Santoso, 2008)

Inkontinensia urin merupakan keluarnya urin yang tidak terkendali dalam waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan frekuensi dan jumlahnya yang akan menyebabkan masalah sosial dan higienis penderitanya yang cukup serius seperti infeksi saluran kemih, kelainan kulit, gangguan tidur, problem psikososial seperti depresi, mudah marah dan terisolasi (Setiati dkk, 2007).

### 2.2.2 Etiologi

1. Melemahnya otot dasar panggul akibat kehamilan berkali-kali
2. Kebiasaan mengejan yang salah
3. Batuk kronis
4. Adanya kontraksi (gerakan) abnormal dari dinding kandung kemih
5. Efek obat-obatan
6. Produksi urin meningkat
7. Adanya gangguan kemampuan/keinginan ke toilet.
8. Gagal jantung kongestif
9. Kafein dan alcohol
10. Kegemukan (obesitas)
11. Menopause
12. Usia lanjut
13. Kurang aktivitas
14. Dan operasi vagina. (Darmojo, 2009)

Faktor Predisposisi atau Faktor Pencetus Menurut (Asmadi, 2008 dan Potter & Perry, 2005)

#### 1. Usia

Usia bukan hanya berpengaruh pada eliminasi feses dan urine saja, tetapi juga berpengaruh terhadap kontrol eliminasi itu sendiri. Anak-anak masih belum mampu untuk mengontrol buang air besar maupun buang air kecil karena sistem neuromuskulernya belum berkembang dengan baik. Manusia usia lanjut juga akan mengalami perubahan dalam eliminasi tersebut. Biasanya terjadi penurunan tonus otot, sehingga peristaltik menjadi lambat. Hal

tersebut menyebabkan kesulitan dalam pengontrolan eliminasi feses, sehingga pada manusia usia lanjut berisiko mengalami konstipasi. Begitu pula pada eliminasi urine, terjadi penurunan kontrol otot sfingter sehingga terjadi inkontinensia.

## 2. Diet

Pemilihan makanan yang kurang memerhatikan unsur manfaatnya, misalnya jengkol, dapat menghambat proses miksi. Jengkol dapat menghambat miksi karena kandungan pada jengkol yaitu asam jengkolat, dalam jumlah yang banyak dapat menyebabkan terbentuknya kristal asam jengkolat yang akan menyumbat saluran kemih sehingga pengeluaran urine menjadi terganggu. Selain itu, urine juga dapat menjadi bau jengkol. Malnutrisi menjadi dasar terjadinya penurunan tonus otot, sehingga mengurangi kemampuan seseorang untuk mengeluarkan feses maupun urine. Selain itu malnutrisi menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh terhadap infeksi yang menyerang pada organ pencernaan maupun organ perkemihan.

## 3. Cairan

Kurangnya intake cairan menyebabkan volume darah yang masuk ke ginjal untuk difiltrasi menjadi berkurang sehingga urine menjadi berkurang dan lebih pekat.

## 4. Latihan fisik

Latihan fisik membantu seseorang untuk mempertahankan tonus otot. Tonus otot yang baik dari otot-otot abdominal, otot pelvis, dan diafragma sangat penting bagi miksi.

5. Stres psikologi

Ketika seseorang mengalami kecemasan atau ketakutan, terkadang ia akan mengalami diare ataupun besar

6. Temperatur

Seseorang yang demam akan mengalami peningkatan penguapan cairan tubuh karena meningkatnya aktivitas metabolik. Hal tersebut menyebabkan tubuh akan kekurangan cairan sehingga dampaknya berpotensi terjadi konstipasi dan pengeluaran urine menjadi sedikit. Selain itu, demam juga dapat memengaruhi nafsu makan yaitu terjadi anoreksia, kelemahan otot, dan penurunan intake cairan.

7. Nyeri

Seseorang yang berada dalam keadaan nyeri sulit untuk makan, diet yang seimbang, maupun nyaman. Oleh karena itu berpengaruh pada eliminasi urine.

8. Sosiokultural

Adat istiadat tentang privasi berkemih berbeda-beda. Contoh saja di masyarakat Amerika Utara mengharapkan agar fasilitas toilet merupakan sesuatu yang pribadi, sementara budaya Eropa menerima fasilitas toilet yang digunakan secara bersama-sama.

9. Status volume

Apabila cairan dan konsentrasi elektrolit serta solut berada dalam keseimbangan, peningkatan asupan cairan dapat menyebabkan peningkatan produksi urine. Cairan yang diminum akan meningkatkan volume filtrat glomerulus dan ekskresi urina.

## 10. Penyakit

Adanya luka pada saraf perifer yang menuju kandung kemih menyebabkan hilangnya tonus kandung kemih, berkurangnya sensasi penuh kandung kemih, dan individu mengalami kesulitan untuk mengontrol urinasi. Misalnya diabetes melitus dan sklerosis multiple menyebabkan konduksi neuropatik yang mengubah fungsikandung kemih. Arthritis reumatoid, penyakit sendi degeneratif dan parkinson, penyakit ginjal kronis atau penyakit ginjal tahap akhir.

## 11. Prosedur bedah

Klien bedah sering memiliki perubahan keseimbangan cairan sebelum menjali pembedahan yang diakibatkan oleh proses penyakit atau puasa praoperasi, yang memperburuk berkurangnya keluaran urine. Respons stres juga meningkatkan kadar aldosteron menyebabkan berkurangnya keluaran urine dalam upaya mempertahankan volume sirkulasi cairan.

## 12. Obat-obatan

Retensi urine dapat disebabkan oleh penggunaan obat antikolinergik (atropin), antihistamin (sudafed), antihipertensi (aldomet), dan obat penyekat beta adrenergik (inderal).

### **2.2.3 Klasifikasi**

Klasifikasi Inkontinensia Urin sebagai berikut :

#### 1) Inkontinensia Dorongan

Merupakan keadaan ketika seseorang mengalami pengeluaran urine involunter segera setelah merasakan dorongan yang kuat dan tiba-tiba untuk

berkemih. Waktu antara dorongan untuk berkemih dan pengeluaran urine sangat singkat, mulai dari beberapa detik sampai beberapa menit sehingga sering kali terdapat cukup waktu untuk sampai ke toilet.

#### 2) Inkontinensia Total

Merupakan keadaan di mana seseorang mengalami pengeluaran urin terus menerus dan tidak dapat di perkirakan.

#### 3) Inkontinensia Stress

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

#### 4) Inkontinensia Refleks

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

#### 5) Inkontinensia Fungsional

Merupakan keadaan ketika seseorang dapat merasakan dorongan untuk berkemih, tetapi tidak dapat menahannya hingga mencapai toilet. Hal ini dapat disebabkan oleh gangguan fisik, seperti kerusakan neurologis (lesi mendula spinalis) serta keterbatasan mobilitas, berpikir, atau berkomunikasi. Keadaan ini dapat ditemukan pada penderita Alzheimer dan penyakit Parkinson. (Dr. Lyndon S, 2013)

#### 2.2.4 Patofisiologi

Proses berkemih normal merupakan proses dinamis yang memerlukan rangkaian koordinasi proses fisiologik berurutan yang pada dasarnya dibagi menjadi 2 fase. Pada keadaan normal selama fase pengisian tidak terjadi kebocoran urine, walaupun kandung kemih penuh atau tekanan intra-abdomen meningkat seperti sewaktu batuk, meloncat-loncat atau kencing dan peningkatan isi kandung kemih memperbesar keinginan ini. Pada keadaan normal, dalam hal demikian pun tidak terjadi kebocoran di luar keinginan. Pada fase pengosongan, isi seluruh kandungan kemih di kosongkan sama sekali. Orang dewasa dapat mempercepat atau memperlambat miksi menurut kehendaknya secara sadar, tanpa dipengaruhi kuatnya rasa ingin kencing. Cara kerja kandung kemih yaitu sewaktu fase pengisian otot kandung kemih tetap kendur sehingga meskipun volume kandung kemih meningkat, tekanan dalam kandung kemih tetap rendah. Sebaliknya otot-otot yang merupakan mekanisme penutupan selalu dalam keadaan tegang. Dengan demikian maka uretra tetap tertutup. Sewaktu miksi, tekanan didalam kandung kemih meningkat karena kontraksi aktif otot-ototnya, sementara terjadi pengendoran mekanisme penutup didalam uretra. Uretra membuka dan urin memancar keluar. Ada semacam kerja sama antara otot-otot kandung kemih dan uretra, baik semasa pengisian maupun sewaktu fase pengeluaran. Pada kedua fase itu urin tidak boleh mengalir.

Proses berkemih normal melibatkan mekanisme dikendalikan dan tanpa kendali. Sfingter uretra eksternal dan otot dasar panggul berada di bawah kontrol volunter dan disuplai oleh saraf pudenda, sedangkan otot detrusor kandung kemih dan sfingter uretra internal berada di bawah kontrol system saraf otonom, yang

mungkin dimodulasi oleh korteks otak. Kandung kemih terdiri atas 4 lapisan, yakni lapisan serosa, lapisan otot detrusor, lapisan submukosa, dan lapisan mukosa. Ketika otot detrusor berelaksasi, pengisian kandung kemih terjadi dan bila otot kandung kemih berkontraksi pengosongan kandung kemih atau proses berkemih berlangsung.

Selain hal-hal yang disebutkan di atas inkontinensia urin juga terjadi akibat kelemahan otot dasar panggul, karena kehamilan, pasca melahirkan, kegemukan atau obesitas, menopause, usia lanjut, kurang aktifitas dan operasi vagina. Semakin tua seseorang semakin besar kemungkinan mengalami inkontinensia urin, karena terjadi perubahan struktur kandung kemih dan otot dasar panggul.

### **2.2.5 Tanda dan Gejala**

Tanda-tanda Inkontinensia Urin sebagai berikut :

1. Inkontinensia Dorongan :
  - 1) Sering miksi
  - 2) Spasme kandung kemih
2. Inkontinensia Total :
  - 1) Aliran konstan terjadi pada saat tidak diperkirakan
  - 2) Tidak ada distensi kandung kemih
  - 3) Nokturia dan pengobatan inkontinensia tidak berhasil

### 3. Inkontinensia Stres

- 1) Adanya urin menetes dan peningkatan tekanan abdomen
- 2) Adanya dorongan berkemih
- 3) Sering miksi
- 4) Otot pelvis dan struktur penunjang lemah

### 4. Inkontinensia Refleks

- 1) Tidak ada dorongan untuk berkemih
- 2) Merasa bahwa kandung kemih selalu penuh
- 3) Kontraksi atau spasme kandung kemih tidak dihambat pada interval

### 5. Inkontinensia Fungsional

- 1) Adanya dorongan berkemih
- 2) Kontraksi kandung kemih cukup kuat untuk mengeluarkan urin (H. Alimun Azis,2006)

#### **2.2.6 Pemeriksaan Penunjang**

Uji urodinamik sederhana dapat dilakukan tanpa menggunakan alat-alat mahal, sisa-sisa urin pasca berkemih bila di perlukan pada pemeriksaan fisik. Pengukuran yang spesifik dapat dilakukan dengan ultrasound atau kateterisasi urin. Merembesnya urin pada saat di lakukan penekanan dapat juga dilakukan. Evaluasi tersebut juga harus dikerjakan ketika kandung kemih penuh dan ada desakan keinginan untuk berkemih. Di minta untuk batuk ketika sedang di periksa dalam posisi litotomi atau berdiri. Informasi ini dapat diperoleh antara lain saat pertama ada keinginan berkemih, ada atau tidaknya kontraksi kandung kemih tak terkendali, dan kapasitas kandung kemih.

- 1) Elektrolit, ureum, keratin, glukosa, dan kalsium serum dikaji untuk menentukan fungsi ginjal dan kondisi yang menyebabkan poliuria. Tes laboratorium tambahan seperti kultur urin, blood urea nitrogen.
- 2) Catatan berkemih dilakukan untuk mengetahui pola berkemih. Catatan ini digunakan untuk mencatat waktu dan jumlah urin saat mengalami inkontinensia urin dan non inkontinensia urin dan gejala berkaitan dengan inkontinensia urin. Pencatatan pola berkemih tersebut dilakukan selama 1-3 hari. Catatan tersebut dapat digunakan untuk memantau respon terapi dan juga dapat dipakai sebagai intervensi terapeutik karena dapat menyadarkan pasien factor pemicu.

### **2.2.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan inkontinensia urin adalah untuk mengurangi faktor resiko, mempertahankan homeostatis, mengontrol inkontinensia urin, modifikasi lingkungan medikasi, latihan otot pelvis dan pembedahan.

Dari beberapa hal tersebut, dapat dilakukan sebagai berikut :

- 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 di catat pula waktu , jumlah, dan jenis minuman yang di minum.

- 2) Terapi non farmakologi

Dilakukan dengan mengoreksi penyebab yang mendasari timbulnya inkontinensia urin, seperti hiperplasia prostat, infeksi saluran kemih, diuretic, 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 frekuensi berkemih 6-7x/hari. Lansia diharapkan dapat menahan keinginan untuk berkemih bila belum waktunya. Lansia dianjurkan untuk berkemih pada interval waktu tertentu, mula-mula setiap jam, selanjutnya di perpanjang secara bertahap sampai lansia ingin berkemih setiap 2-3 jam. Membiasakan berkemih pada waktu-waktu yang telah ditentukan sesuai dengan kebiasaan lansia. Promted 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 (berfikir). Melakukan latihan otot dasar panggul dengan mengkonsentrasikan otot dasar panggul secara berulang-ulang. Adapun cara-cara mengkonsentrasikan otot dasar panggul tersebut adalah dengan cara : berdiri di lantai dengan kedua kaki di letakkan dalam keadaan terbuka, kemudian pinggul digoyangkan ke kanan dan ke kiri kurang lebih 10kali, ke depan ke belakang kurang lebih 10 kali. Gerakan seolah-olah memotong feses pada saat kita buang air besar di lakukan kurang lebih 10 kali. Hal ini dilakukan agar otot dasar panggul menjadi lebih kuat dan uretra dapat tertutup dengan baik.

### 3) Terapi farmakologi

Obat-obat yang dapat diberikan pada inkontinensia urin adalah antikolinergik seperti Oxybutinin, Propaattieine, Dicylomine, Flavoxate, Imipramine. Pada inkontinensia stress diberikan alfa adrenergic agonis, yaitu untuk meningkatkan retensi uretra. Pada sfingter relaxs di berikan kolinergik agonis

seperti Bethanechol atau alfakoligenik antagonis seperti prazosin untuk stimulasi kontraksi, dan terapi diberikan secara tingkat.

#### 4) Terapi pembedahan

Terapi ini dapat dipertimbangkan pada inkontinensia tipe stress dan urgensi, bila terapi non farmakologi dan farmakologi 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)

#### 5) Modalitas lain

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

#### 6) Pemantauan asupan cairan

Pada orang dewasa minimal asupan cairan adalah 1500 ml perhari dengan rentan yang lebih adekuat antara 2500 dan 3500 ml perhari dengan asumsi tidak ada kondisi kontraindikasi. Lansia yang kontinen dapat membatasi asupan cairan secara tidak tepat untuk mencegah kejadian-kejadian yang memalukan. Pengurangan asupan cairan sebelum waktu tidur dapat mengurangi inkontinensia pada malam hari, tetapi cairan harus diminum lebih banyak selama siang hari sehingga total asupan cairan setiap harinya tetap sama.

## **2.3 Kegels**

### **2.3.1 Definisi**

Senam Kegel adalah senam yang bertujuan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal* sehingga seorang wanita dapat memperkuat otot-otot saluran kemih (berguna saat proses persalinan agar tidak terjadi “ngompol”) dan otot-otot vagina (memuaskan suaminya saat berhubungan seksual).

### **2.3.2 Manfaat dan Tujuan**

Pada wanita kerja otot *pubococcygeal* dapat dirasakan berupa denyutan pada dinding vagina. Bila otot ini terlatih dan kuat, kontraksi otot vagina dapat dengan sengaja dilakukan saat berhubungan intim tanpa menunggu orgasme terlebih dahulu. Wanita dengan otot *pubococcygeal* terlatih lebih mudah mengalami perangsangan seksual (tidak frigid), lebih cepat “basah” untuk mengalami orgasme yang sering dan memuaskan bahkan dapat mencapai orgasme hanya dengan rangsangan pada G spot-nya. Senam kegel juga dapat digunakan untuk mencegah konstipasi pada kehamilan. Dengan melakukan senam kegel sirkulasi darah disekitar dubur dapat meningkat sehingga dapat mencegah wasir. Senam kegel diketahui bisa membantu perempuan yang mengalami inkontinensia urin (beser). Tujuan dsenam kegel adalah melatih kandung kemih untuk mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulasi pengeluaran air kemih

### 2.3.3 Langkah-langkah Senam Kegel

#### a. Latihan I

- Instruksikan klien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.
- Minta klien berupaya untuk menghentikan aliran urine selama berkemih dan kemudian memulainya kembali. Apabila klien masih terpasang kateter, latihan dapat dilakukan dengan memberi klem pada selang urine bag sehingga urine tertahan pada kandung kemih, didiamkan beberapa lama, lalu dilepas jika kandung kemih sudah terasa penuh.
- Praktekan setiap kali berkemih.

Rasional: membantu klien untuk merasakan otot-otot anterior pada dasar panggul dan mengajarkan teknik pengontrolan.

#### 2. Latihan II

- Minta klien mengambil posisi duduk atau berdiri.
- Instruksikan klien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Rasional: membantu klien merasakan otot-otot posterior pada dasar panggul.

#### 3. Latihan III

- Minta klien mengencangkan otot di bagian posterior dan kemudian kontraksikan otot anterior secara perlahan sampai hitungan ke empat
- Kemudian minta klien merelaksasikan otot-otot secara keseluruhan.
- Ulangi latihan 4x/jam saat terbangun dari tidur.

Rasional: Meningkatkan pengontrolan otot panggul dan membantu relaksasi sfingter selama berkemih.

#### 4. Latihan IV

Apabila memungkinkan, ajarkan klien melakukan sit-ups yang dimodifikasi (lutut ditekuk).

Rasional: Memperkuat otot-otot abdomen untuk pengontrolan kandung kemih.

### **2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung jawab dan tanggung gugat perawat terhadap klien. Pada akhirnya, penerapan proses keperawatan ini akan meningkatkan kualitas layanan keperawatan pada klien (Asmadi, 2008).

#### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Disini, semua data data dikumpulkan secara sistematis yang berguna untuk menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik (Asmadi, 2008).

#### **2.4.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien

didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain, yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (Potter & Perry, 2005).

### **2.4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan adalah suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan tersebut (Asmadi, 2008).

### **2.4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-factor untuk mempengaruhi masalah kesehatan klien (Potter & Perry, 2005).

### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan

secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (Asmadi, 2008).

## **2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan**

### **2.5.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas klien

Pada identitas klien, hal-hal yang perlu ditanyakan antara lain nama, usia, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, agama, penanggung jawab, lama tinggal di panti, dsb.

#### 2. Riwayat kesehatan

##### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Berapakah frekuensi inkonteninsianya, apakah ada sesuatu yang mendahului inkonteninsia (stres, ketakutan, tertawa, gerakan), masukan cairan, usia/kondisi fisik, kekuatan dorongan/aliran jumlah cairan berkenaan dengan waktu miksi. Apakah ada penggunaan diuretik, terasa ingin berkemih sebelum terjadi inkontenin, apakah terjadi ketidakmampuan.

##### 2) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pernah terjadi trauma/cedera genitourinarius, pembedahan ginjal, infeksi saluran kemih.

### 3. Pengkajian Psikososial

1. Bersedih
2. Murung
3. Mudah tersinggung
4. Mudah marah
5. Isolasi social
6. Perubahan peran

### 4. Pola fungsi kesehatan

#### 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan. Pada lansia yang mengalami masalah inkontinensia urin biasanya sering menggunakan pempres, penggunaan obat-obatan dan lain sebagainya.

#### 2) Pola nutrisi dan metabolik

Menggambarkan intake makanan, keseimbangan cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, perubahan BB dalam waktu 6 bulan terakhir, makanan kesukaan, ada atau tidaknya alergi makanan.

#### 3) Pola eliminasi

Perubahan pola berkemih seperti : inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen, bising usus.

#### 4) Pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan pola aktivitas dan latihan fungsi pernafasan dan sirkulasi lemah, tidak bersemangat, tidak berkonsentrasi, kekuatan otot.

## 5) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola istirahat-tidur biasanya berapa lama klien tidur siang dan malam hari, kegiatan sehari-hari, aktifitas, rekreasi, kebiasaan sebelum tidur, lingkungan tidur, mengalami kesulitan dalam tidur atau tidak.

## 6) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan keefektifan hubungan dan peran dengan keluarga, teman, dan petugas kesehatan, dan lain sebagainya.

## 7) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap terhadap diri dan persepsi terhadap kemampuan harga diri, gambaran diri dan perasaan terhadap diri sendiri, apakah klien merasa marah, cemas, takut, dan lain sebagainya.

## 8) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

## 10) Pola reproduksi dan seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah dalam seksualitas reproduksi.

## 11) Pola penanggulangan stres

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan menggunakan system pendukung. Pada lansia biasanya akan mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir.

## 12) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan spiritualitas, nilai, system kepercayaan dan tujuan dalam hidup.

### **2.5.2 Diagnosa Keperawatan**

1. Inkontinensia urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratife pada otot panggul.

### **2.5.3 Intervensi**

#### Diagnosa

1. Inkontinensia urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratife pada otot panggul.

#### Kriteria Hasil

#### NOC

1. Inkontinensia urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratife pada otot panggul.
  - a. Mampu mengendalikan eliminasi urin dari kandung kemih.

#### Tujuan

1. Mengidentifikasi keinginan berkemih
2. Berespons tepat waktu terhadap dorongan berkemih
3. Mencapai toilet antara waktu dorongan berkemih dan pengeluaran urine
4. Dapat melakukan eliminasi urin secara mandiri
5. Mempertahankan pola eliminasi yang dapat diduga

## Intervensi

### NIC

1. Ajarkan latihan otot panggul ke pasien dengan latihan kegel.
2. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola berkemih dan rutinitas yang biasanya misalkan makan, bangun tidur, dan istirahat.
3. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih.
4. Lakukan pengkajian komprehensif yang berfokus pada inkontinensia.
5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat.
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia.

### Implementasi

1. Untuk menguatkan dan melatih otot panggul guna mengurangi inkontinensia urin.
2. Untuk menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola berkemih dan rutinitas yang biasanya misalkan makan, bangun tidur, dan istirahat.
3. Untuk mengetahui pengkajian komprehensif yang berfokus pada inkontinensia.
4. Untuk memantau tingkat distensi kandung kemih melalui palpasi dan perkusi.
5. Untuk membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat.

6. Untuk menangani lansia yang mengalami masalah dengan inkontinensia urin.

#### Evaluasi

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP, komponen tersebut yaitu:

#### *S : Data subyektif*

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

#### *O : Data obyektif*

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

#### *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.

#### *P : Planning*

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

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012).