

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA LANSIA NY M  
DENGAN KASUS INKONTINENSIA URIN SERTA  
PENERAPAN LATIHAN SENAM KEEGEL  
DI RW 05 KELURAH JATI KECAMATAN  
PADANG TIMUR**

**PEMINATAN KEPERAWATAN GERONTIK**



Oleh :

**SRI ARIA INDAH PUTRI  
BP. 1841313012**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS  
KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA LANSIA NY M  
DENGAN KASUS INKONTINENSIA URIN SERTA  
PENERAPAN LATIHAN SENAM KEEGEL  
DI RW 05 KELURAH JATI KECAMATAN  
PADANG TIMUR**



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS ANDALAS**

**2020**

**PERSETUJUAN LAPORAN ILMIAH AKHIR**

Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia Ny . M Dengan Kasus Inkontinensia Urin Serta penerapan Penerapan Latihan Senam Keegel Di Rw 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur

**SRI ARIA INDAH PUTRI, S.Kep  
1841312012**

Laporan Ilmiah Ini disetujui  
Bulan/Tahun : 23 Maret 2020

Oleh:

Pembimbing I

  
Gusti Sunarsih, S.Kp, M.Biomed  
NIP. 196103251982102001

Pembimbing II

  
Dr. Rika Sabri, S.Kp, M.Kes, Ns, Sp.Kep, Kom  
NIP. 197308242002122002

Mengetahui:

Koordinator Program Studi Profesi Ners  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Andalas

  
  
Ns. Rika Fatmahanika, M.Kep, Sp.KepMB  
NIP. 1980005142006042001




**PENETAPAN PANITIA PENGUJI LAPORAN ILMIAH AKHIR**


Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia Ny . M Dengan Kasus Inkontinensia Urin serta Penerapan Latihan Senam keegel Di Rw 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur


**SRI ARIA INDAH PUTRI, S.Kep**  
1841312012


Laporan Ilmiah Akhir Ini Telah Diuji Dan Dinilai Oleh Panitia Penguji  
Fakultas Keperawatan Universitas Andalas  
Pada Tanggal 23 Maret 2020

PanitiaPenguji,

Ketua : Gusti Sumarsih, S.Kp, M.Biomed (  )

Anggota : 1. Dr.Rika Sabri, S.Kp.M.Kes.Ns.Sp.Kep.Kom (  )

2. Fitra Yeni, S.Kp, MA (  )

3. Ns. Bunga Permata Wenny, M.Kep (  )



## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya yang selalu di curahkan kepada seluruh makhluk-Nya. Shalawat serta salam di kirimkan kepada Nabi Muhammad SAW karena Alhamdulillah dengan nikmat dan hidayahnya maka penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia Ny. M Dengan Kasus Inkontinensia Urin Serta Penerapan Latihan Senam Keegel Di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur”** dapat diselesaikan dengan lancar. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai prasyarat untuk memperoleh gelar NERS dalam Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang.

Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, namun berkat bimbingan, bantuan dan kerja sama dari berbagai pihak dan berkah dari Allah SWT maka kendala yang di hadapi dapat di atasi. Oleh sebab itu terima kasih yang sebesar-besarnya penulis ucapkan kepada ibu Gusti Sumarsih, S. Kp. M. Biomed dan ibu Dr. Rika Sabri. S.Kp.M Kes. Ns. Sp. Kep. Kom selaku dosen pembimbing yang penuh dengan kesabaran dan telaten membimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
2. Ibu Ketua Bidang Profesi Keperawatan yang telah menyetujui Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Kepala Puskesmas Andalas Padang.
4. Dosen penguji yang telah memberikan kritik dan saran demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Seluruh Dosen dan Staf Dosen Fakultas keperawatan yang telah membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kedua orang tua tercinta Ayahanda Azhar M. Doen dan ibunda Zaiyasni yang telah memberikan support yang sangat berarti dan tiada henti mendoakan untuk meraih gelar *Ners*.
7. Kepada suami tercinta Ady Wijaya dan kedua putri tersayang Nabillah Khairatunisa Wijaya dan Hasyfa Khairatunisa Wijaya yang telah memberikan Support yang sangat besar sehingga penulis bisa meraih gelar *Ners*.

8. Sahabat seperjuangan kelompok L 19 dan kelompok peminatan gerontik terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya selam proses melalui siklus demi siklus profesi.
9. Seluruh teman Angkatan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas yang selalu memberikan inspirasi.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka saran dan kritik yang konstruktif dari semua pihak sangat di harapkan demi penyempurnaan selanjutnya. Akhirnya harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.



Padang, Maret 2020

Penulis

**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS, Maret 2020**

**Nama : Sri aria indah putri, S.Kep  
No BP : 1841313012**

**Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia NY M Dengan Kasus  
Inkontinensia Urin Serta Penerapan Latihan Senam Keegel Di RW 05  
Kelurahan Jati Kecamatan  
Padang Timur**

**Abstrak**

Inkontinensia urin adalah adanya pengeluaran urin yang tanpa di sadari atau ngompol dalam jumlah frekuensi yang besar maupun sedikit sehingga menimbulkan masalah kesehatan atau sakit yang serius. Masalah ini perlu perhatian khusus karena dapat mengakibatkan gangguan sosial, ekonomi dan hiegiene yang dapat menurunkan kualitas hidup lansia. Pada kasus kelolaan didapatkan masalah belum optimalnya perawatan lansia dengan masalah inkontinensia urin, sehingga perlu penanganan dan asuhan keperawatan yang tepat. Salah satu cara untuk mengatasi inkontinensia urin adalah dengan latihan senam keegel (*keegel exercise*). Merupakan terapi non-farmakologi yang dapat meningkatkan kekuatan otot panggul. Tujuan laporan ini adalah untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan yang komprehensif terhadap pasien dengan inkontinensia urin melalui penerapan senam keegel. Laporan ilmiah ini menggunakan metode studi kasus dan asuhan keperawatan yang diberikan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Hasil akhir setelah diberikan asuhan keperawatan terjadi penambahan pengetahuan pasien tentang perawatan inkontinensia urin serta adanya perubahan menjadi lebih baik dengan senam keegel dan hasilnya dilihat dari peningkatan inkontinensia berat atau sedang menjadi ringan. Saran dari laporan ini, yaitu agar petugas kesehatan dapat mengoptimalkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan pada lansia yang berada di wilayah kerjanya.

**Kata Kunci : Lansia, Inkontinensia urin, Senam Keegel**

**Daftar Pustaka : 21 (2006-2017)**



*NURSING FACULTY  
ANDALAS UNIVERSITY  
MARCH, 2020*

*Name : Sri Aria Indah Putri. S.Kep  
No BP : 1841313012*

*Nursing Family Care In Elderly NYM With Urin And Concinnes Cases As Well  
Application Of Keegel Exercise In RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan East Padang*

*Abstract*

*Urinary incontinence is the urinary expenditure that is not realized or incontinent in large or small amounts of frequency, causing serious health problems or illness. This problem needs special attention because it can result in social, economic, and hygienic disorders which can reduce the quality of life of the elderly. In the case of management, it is found that the problem is not yet optimal care of the elderly with urinary incontinence problems, so that it needs proper handling and nursing care. One way to overcome urinary incontinence is with the exercise of fitness exercises (keegel exercise). Is a non-pharmacological therapy that can increase pelvic muscle strength. The purpose of this report is to provide a comprehensive picture of the implementation of nursing care for patients with urinary incontinence through the application of Keegel exercise. This scientific report uses the case study method and nursing care provided using the nursing process approach. The end result after being given nursing care is an increase in the patient's knowledge about urinary incontinence care as well as the change for the better with the keegel exercise and the results seen from an increase in severe or moderate to mild incontinence. Suggestions from this report, namely that health worker can optimize services and health checks on the elderly in their working area.*

*Keywords: Elderly, Urinary incontinence, Keegel exercise*

*Bibliography: 21 (2006-2017)*



## DAFTAR ISI

<b>Halaman Pengesahan .....</b>	<b>i</b>
<b>Lembar Persetujuan Pembimbing .....</b>	<b>ii</b>
<b>Lembar Penetapan Panitia Penguji .....</b>	<b>iii</b>
<b>Ucapan Terima Kasih.....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstrak.....</b>	<b>vi</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>viii</b>
<b>Daftar Lampiran.....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	7
C. Manfaat .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. KONSEP LANSIA	
1. Pengertian Lansia .....	10
2. Klasifikasi Lansia.....	10
3. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia .....	11
4. Tugas Perkembangan Lansia .....	14
B. KONSEP DASAR ASAM URAT, NYERI SENDI DAN ROM	
1. Konsep Asam Urat .....	15
a. Pengertian Asam Urat .....	15
b. Etiologi Asam Urat .....	15

c. TandadanGejalaAsamUrat .....	16
d. PenatalaksanaanAsamUrat .....	18
e. KomplikasiAsamUrat .....	19
2. Konsep Nyeri Sendi.....	20
a. Pengertian.....	20
b. Faktor Yang Mempengaruhi Sendi.....	21
c. Pengukuran Skala Nyeri.....	21
3. Konsep ROM	
a. Pengertian ROM .....	22
b. Manfaat ROM.....	22
c. Prinsip ROM.....	22
d. Langkah – langkah ROM .....	23
<b>C. ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS</b>	
1. Pengertian .....	27
2. Tujuan.....	27
3. Proses AsuhanKeperawatanLansia.....	27

### **BAB III ANALISA LAPORAN KASUS**

#### **A. ANALISA KASUS KELOMPOK**

1. Pengkajian .....	40
2. Diagnosa Keperawatan .....	67
3. Intervensi Keperawatan .....	68
4. Implementasi keperawatan .....	69

**B. ANALISA KLIEN KELOLAAN**

1. Pengkajian .....70

2. Diagnosa Keperawatan .....75

3. Intervensi Keperawatan .....76

4. Implementasi .....78

5. Evaluasi.....83

**BAB IV PEMBAHASAN**



**A. PENERAPAN LATIHAN RENTANG GERAK SENDI (ROM)**

1. Pengkajian.....85

2. DiagnosaKeperawatan .....87

3. IntervensiKeperawatan .....88

4. ImplementasiKeperawatan.....91

5. EvaluasiKeperawatan .....93

**B. IMPLIKASI PENERAPAN LATIHAN ROM.....96**

**BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan .....98

B. Saran.....100

**DAFTAR PUSTAKA.....101**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Laporan Kasus

Lampiran 2. Laporan Pendahuluan

Lampiran 3. Bukti Bimbingan

Lampiran 4. Dokumentasi

Lampiran 5. *Curriculum Vitae*





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Menua adalah seseorang yang mengalami perubahan karena usia, perubahan faktor fisik seperti : penglihatan dan pendengaran menurun, aktivitas tubuh menurun, dan kulit tampak mengendur. Sedangkan dari faktor psikologis seperti : adanya penurunan percaya diri, rasa kesepian dan merasa tidak berguna bagi orang lain. Penuaan merupakan suatu proses yang normal perubahan yang berhubungan dengan waktu, sudah dimulai sejak lahir dan berlanjut sepanjang hidup, usia tua ialah fase terakhir dalam rentang kehidupan manusia (Fatimah. 2010). Menurut (Artinawati, 2016) Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita.

Seiring dengan pertumbuhan seseorang, usia pun juga bertambah, dari anak-anak, remaja awal, remaja akhir, dewasa awal, dewasa madya dan dewasa akhir. Perubahan ini juga diikuti dengan perubahan lainnya, yaitu perubahan fisik dan perubahan fungsi mental atau psikososial. pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, biologis, mental maupun sosial ekonomis. Menurut peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia ( lansia) adalah seseorang yang berusia 60 (enam puluh) tahun ke atas (kemenkes RI, 2017). Semakin lansia, mereka akan mengalami kemunduran

terutama di bidang kemampuan fisik diantaranya perubahan pada sistem *gonittourinaria* (sistem perkemihan), Hal ini mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidup sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain. Sering kali keberadaan lansia di persepsikan secara negatif, dianggap sebagai beban keluarga dan masyarakat sekitar. kenyataan ini mendorong semakin berkembangnya anggapan bahwa menjadi tua itu identik dengan semakin banyaknya masalah kesehatan yang dialami oleh lansia (Nugroho, 2012).

Saat ini di seluruh Dunia, jumlah lansia diperkirakan lebih dari 629 juta jiwa (satu dari 10 orang berusia lebih dari 60 tahun), negara maju lebih siap menghadapi pertambahan populasi/penduduk lansia dengan aneka tantangannya, namun saat ini negara berkembang pun mulai menghadapi masalah yang sama yang akan mengalami perkembangan populasi lansia, termasuk Indonesia. fenomena ini jelas mendatangkan sejumlah konsukuensi, antara lain timbulnya masalah fisik, mental dan sosial pada lansia (Nugroho, 2012).

Di Dunia diperkirakan 13% penduduk pria dan wanita berusia 75 tahun lebih menderita inkontinensia urine, hampir 34% terjadi pada laki-laki dan 60% terjadi pada wanita berusia 75 tahun (Junita, 2013). Di Amerika Serikat lebih dari 12 juta orang diperkirakan mengalami inkontinensia urine, yaitu sekitar 15-30%, mengalami inkontinensia urine berusia lebih 60 tahun, sering disertai dengan depresi dan isolasi sosial. Sedangkan di Indonesia angka kejadian inkontinensia urine belum diketahui (Agoes, 2011).

Menurut WHO, di kawasan Asia Tenggara 8% populasi adalah Lansia) atau sekitar 142 juta jiwa. Pada tahun 2050 diperkirakan usia harapan hidup di sebagian besar Negara Asia Tenggara akan menjadi >75 tahun. Mengenai program pelayanan lansia harus mencakup pelayanan *Public Health* dan *Clinical Medicine*, yaitu mulai dari promosi kesehatan, perlindungan secara khusus, diagnosis dini, pengobatan yang tepat, pembatasan kecacatan dan rehabilitasi. Sistem layanan kesehatan lansia adalah berbasis mobilisasi dan peran serta masyarakat, kemudian pelayanan sosial, pelayanan kesehatan mulai primer, sekunder hingga tersier. Sesuai amanat UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, maka upaya kesejahteraan sosial bagi lansia meliputi pelayanan keagamaan dan mental spiritual, pelayanan kesehatan, pelayanan kesempatan kerja, pelayanan pendidikan dan latihan, pelayanan kemudahan penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum, pemberian kemudahan layanan dan bantuan hukum, serta bantuan sosial dan perlindungan sosial, hal tersebut untuk mewujudkan tujuan kebijakan khusus Lansia yaitu memperpanjang usia harapan hidup dan masa produktif lansia (Kemenkes RI, 2016).

Hasil sensus penduduk tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah penduduk lansia Indonesia adalah 18,52 juta jiwa, meningkat sekitar 7,93% dari tahun 2000 yang sebanyak 14,44 juta jiwa. Di Sumatra Barat jumlah penduduk lansia sebanyak 12,443 jiwa, Diperkirakan jumlah penduduk lansia di Indonesia akan terus bertambah sekitar 450.000 jiwa per tahun (Junita, 2013).

Berdasarkan dari analisa kecenderungan sosial dan data statistik penduduk, Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah lansia dari tahun ke tahun. hingga

tahun 2020 jumlah penduduk yang berusia 60 tahun seperlima jumlah penduduk dan seperempatnya berusia 65 tahun (Fatimah, 2010). Dampak dari meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dan jumlah lansia adalah peningkatan usia harapan hidup sehingga berpengaruh terhadap peningkatan populasi lansia dari tahun ketahun. Semakin tinggi usia harapan hidup maka semakin tinggi pula faktor resiko terjadinya berbagai masalah kesehatan yang terjadi. Berbagai masalah dampak kesehatan yang akan terjadi pada lansia, antara lain timbulnya penyakit degeneratif, penyakit tidak menular, masalah kesehatan jiwa, dan gangguan neurologi (Maryam, 2011).

Pada kasus yang lebih berat terjadi ketergantungan pada yang merawat, di Amerika Serikat biaya pengelolaan inkontinensia urine dan komplikasinya mencapai lebih dari \$ 13 milyar per tahun. Sedangkan di Inggris biaya yang dikeluarkan berkenaan dengan inkontinensia dan komplikasinya mencapai 424 juta pound-sterling per tahun. Peneliti menunjukkan hanya 1/4 dari penderita yang melaporkan masalah inkontinensia urine pada dokternya dan sering pengobatannya tidak optimal (Darmojo, 2011).

Masalah inkontinensia adalah salah satu masalah yang meluas dan merugikan, Penyakit ini merupakan salah satu faktor utama yang membuat banyak keluarga menempatkan lansia tersebut di panti jompo untuk mendapatkan perawatan yang layak. Biaya untuk perawatan di panti atau rumah sakit merupakan implikasi ekonomis yang sangat bervariasi (Agoes, 2011). Kelainan inkontinensia urine tidak akan mengancam jiwa penderita, tetapi berpengaruh pada kualitas hidup yang disebabkan oleh faktor gangguan psikologis dan faktor sosial yang



sulit diatasi, penderita merasa rendah diri karena selalu basah akibat urine yang keluar, mungkin pada saat batuk, bersin, mengangkat barang berat dan menahan urine dari kamar ke wc. Mengakibatkan terjadinya problematika kehidupan baik dari segi medis, sosial, ekonomi, maupun psikologi di lingkungan dan keluarga (Agoes, 2011).

Inkontinensia urine terjadi karena adanya faktor pencetus yang mengiringi perubahan pada organ berkemih akibat proses menua, misalnya infeksi saluran kemih, obat-obatan dan kepikunan (Artinawati, 2014). Inkontinensia urine mempunyai kemungkinan besar untuk disembuhkan, terutama pada penderita dengan mobilitas dan status sosial mental yang cukup baik. Bahkan bila dapat diobati sempurna, inkontinensia urine selalu dapat diupayakan lebih baik, sehingga kualitas hidup penderita meningkat dan meringankan beban yang merawat. Umumnya para lansia merasa segan dan frustrasi serta malu untuk membicarakan inkontinensia yang diderita karena menganggap itu adalah suatu hal yang wajar dalam proses penuaan. mereka menganggap tidak banyak yang dapat dilakukan untuk mencegah inkontinensia urine kecuali dengan tindakan pembedahan atau obat-obatan dan pada umumnya tidak menyukai tindakan ini karena banyak Lansia yang merasa takut, dan adanya masalah ekonomi yang mempengaruhi. Lansia tidak menyadari bahwa ada pilihan lain dalam penanganan inkontinensia urine dengan terapi non farmakologis, salah satunya terapi non farmakologis yaitu dengan teknik/latihan perilaku mengontrol kandung kemih dan otot-otot sfingter dengan latihan otot dasar panggul (senam kegel) (Darmojo, 2011).



Inkontinensia urine merupakan salah satu masalah kesehatan atau keluhan utama pada penderita lansia, khususnya perempuan. Seiring bertambahnya usia otot pelvis seperti otot-otot lain yang dapat menjadi lemah yang dapat mengakibatkan terjadinya inkontinensia urine, adanya pengeluaran urine tanpa disadari (ngompol), dalam jumlah dan frekuensi yang besar maupun sedikit, sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial (Darmojo, 2011).

Dampak dari inkontinensia resistensi urine yang terjadi akan meningkatkan risiko infeksi. Wanita lansia biasanya mengalami penurunan tonus otot perineal yang mengakibatkan stress inkontinensia dan urgensi inkontinensia. Pada lansia laki-laki sering ditemukan pembesaran kelenjer prostat yang dapat menyebabkan retensi urine kronis, sering berkemih dan inkontinensia.

Upaya pencegahan terjadinya inkontinensia urine adalah melakukan terapi latihan otot dasar panggul (senam kegel) bertujuan untuk memperkuat sfingter kandung kemih dan otot dasar panggul, terapi stimulasi listrik yaitu elektroda dimasukkan kedalam rektum atau vagina untuk memacu yang memperkuat otot dasar panggul, terapi medikamentosa yaitu obat yang digunakan untuk menenangkan kandung kemih yang terlalu aktif (Agoes, 2010).

Senam kegel atau latihan otot dasar panggul ialah senam yang dilakukan untuk menguatkan otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal* yang dapat mencegah seorang Lansia tidak “ngompol”, dan dapat memperkuat otot-otot saluran kemih (Junita, 2013). Senam kegel adalah senam untuk menguatkan otot panggul atau senam yang bertujuan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul

terutama otot *pubococcygeal* sehingga seorang wanita dapat memperkuat otot-otot saluran kemih. Senam kegel juga dapat menyembuhkan ketidakmampuan menahan kencing (inkontinensia urine) dan dapat mengencangkan dan memulihkan otot di daerah alat genital dan anus (Yuliana, 2011).

Terapi non operatif yang populer adalah *Kegel exercise*, *Kegel exercise* adalah latihan kontraksi otot dasar panggul secara aktif yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot dasar panggul. Latihan kegel sangat bermanfaat untuk menguatkan otot rangka pada dasar panggul, sehingga memperkuat fungsi sfingter eksternal pada kandung kemih (Widiastuti, 2011).

Latihan ini dilakukan dengan cara pada setiap posisi yang dianggap nyaman, paling baik duduk atau ditempat tidur dengan catatan posisi antara kedua kaki sedikit renggang, kontraksikan otot dasar panggul seperti menahan defekasi dan berkemih, otot panggul di kencangkan untuk menutup sfingter kandung kemih, tahan dengan kuat selama mungkin 3-10 detik, tetap bernafas normal selama kontraksi ini. Relaks dan istirahat selama 3 detik dan ulangi secara perlahan sebanyak 3-4 kali setiap hari (Artinawati, 2014).

Berdasarkan hasil Penelitian Junita (2013) tentang “*Pengaruh senam kegel terhadap gangguan eliminasi urine (inkontinensia urine) pada lansia*” dapat disimpulkan bahwa terdapat adanya pengaruh senam kegel terhadap gangguan inkontinensia urine pada Lansia. Berdasarkan hasil penelitian Julianti (2017) yang dilakukan di Puskesmas Tumpaan Minahasa Selatan “*Pengaruh senam kegel terhadap frekuensi inkontinensia urine pada lansia di wilayah kerja puskesmas*

*Tumpaan Minahasa Selatan*” dapat disimpulkan adanya perubahan tipe inkontinensia urine sebelum dan sesudah dilakukannya senam kegel.

Aktivitas prilaku seperti senam kegel yang dikemukakan oleh Arnold kegel, melaporkan perbaikan/kesembuhan sampai 84% dengan latihan otot dasar panggul untuk wanita dan pria dengan berbagai macam tipe inkontinensia. Setelah 30 menit melakukan latihan ini dengan teratur, akan terasa berkurangnya kebocoran urine, semua latihan diatas akan memberikan kontrol yang baik terhadap kandung kemih, biarpun memakan waktu dan kesabaran, hasilnya cukup memuaskan (Darmojo, 2011).

Berdasarkan hasil survey yang di lakukan mahasiswa profesi keperawatan Universitas Andalas di daerah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur pada tanggal 10-11 Februari 2020 di dapatkan data lansia di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur sebanyak 34 orang dengan 10 orang lansia memiliki penyakit Inkontinensia Urin dan lainnya memiliki penyakit Hipertensi dan asam urat.

Ditemukan lansia Ny. M usia 75 tahun yang menderita Inkontinensia Urin, hasil pengkajian yang di lakukan pada Ny. M di temukan masalah Inkontinensia urin dimana Ny. M mengatakan buang air kecil yang tidak terkontrol dan frekuensi yang sering apalagi di waktu malam hari. Keluarga mengatakan tidak mengetahui secara pasti tentang penyebab dan pengobatan dari Inkontinensia Urin dan merasakan membutuhkan perawatan yang koomprehensif, maka mahasiswa perlu melakukan pembinaan pada salah satu lansia yang menderita penyakit Inkontinensia Urin tersebut di RW. 05 Kelurahan Jati kecamatan Padang Timur

dalam bentuk Upaya promotif dan Preventif dengan bekerja sama dengan pihak terkait. Pembinaan tersebut penulis dokentasikan dalam sebuah Laporan Ilmiah Akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Lansia Ny M Dengan Kasus Inkontinensia Urin serta Latihan Senam Keegel Di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur”**.

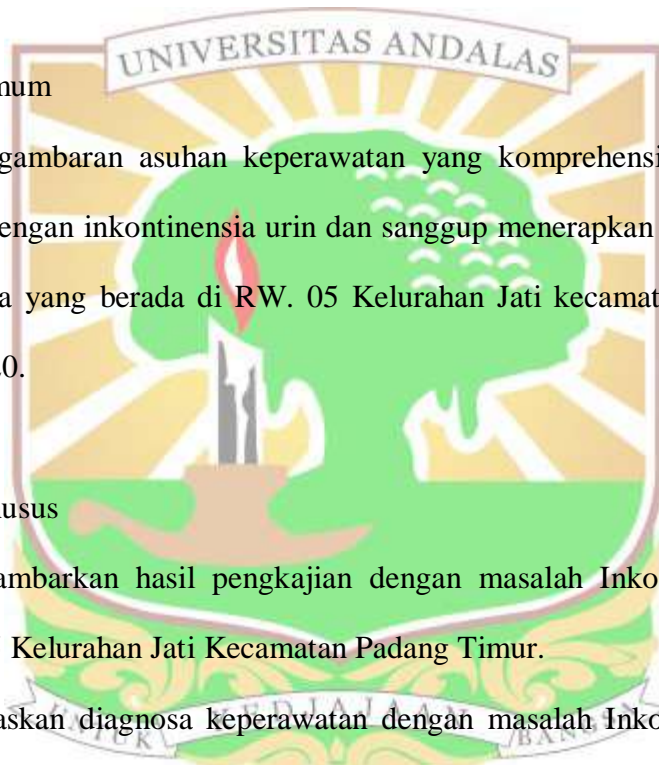
## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberi gambaran asuhan keperawatan yang komprehensif terhadap lansia kelolaan dengan inkontinensia urin dan sanggup menerapkan menejemen kasus pada lansia yang berada di RW. 05 Kelurahan Jati kecamatan Padang Timur Tahun 2020.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan hasil pengkajian dengan masalah Inkontinensia Urin di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan dengan masalah Inkontinensia Urin di RW. 05 Kelurahan Jati kecamatan padang Timur.
- c. Menjelaskan Intervensi keperawatan dengan masalah Inkontinensia Urin di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.
- d. Menjelaskan Implementasi keperawatan dengan masalah Inkontinensia Urin di RW. 05 Kelurahan Jati kecamatan Padang Timur.
- e. Menjelaskan Evaluasi dari implementasi dengan masalah Inkontinensia Urin di RW. 05 Kelurahan Jati kecamatan Padang Timur.



- f. Menjelaskan Analisa kasus dengan masalah Inkontinensia Urin di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.

### C. Manfaat

1. Bagi mahasiswa

Sebagai pengembangan kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan komprehensif dan menambah pengalaman mahasiswa dalam merawat lansia dengan masalah Inkontinensia urin dengan menerapkan latihan senam Keegel.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil laporan Ilmiah ini dapat di jadikan bahan referensi bagi peneliti yang ingin meneliti tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan masalah Inkontinensia Urin dengan cara menerapkan senam Keegel.

3. Bagi Puskesmas

a. Hasil laporan ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu bahan masukan bagi puskesmas dengan pembuatan kebijakan standar asuhan keperawatan terhadap lansia dengan masalah inkontinensia Urin dengan penerapan latihan senam Keegel.

b. Hasil laporan ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu pertimbangan bagi puskesmas dalam membuat kebijakan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan yang bersifat promotif dan preventif serta penyuluhan senam Keegel sehingga dapat meningkatkan minat dan partisipasi lansia dalam kegiatan tersebut.





## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Usia Lanjut (Lansia)**

##### **1. Pengertian Lansia**

Lansia adalah Seseorang yang mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan dan sosial. Perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatan dan kemandirian. Secara umum seseorang yang dikatakan lanjut usia jika sudah berusia diatas 60 tahun (Maryam, 2010).

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia, menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No. 13 tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut atau lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Atinawati, 2014).

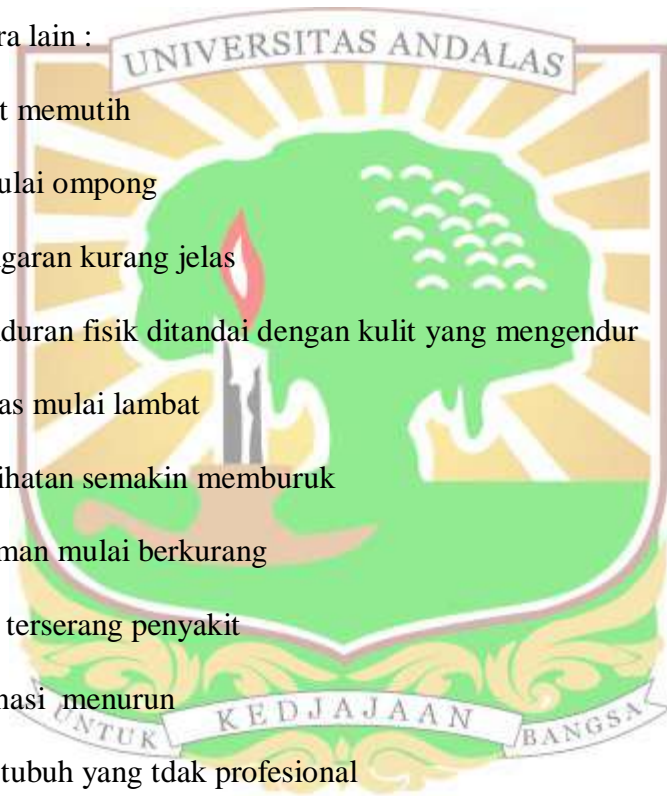
Penuaan merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia, Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut yang memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang

jelas, penglihatan makin memburuk, gerakan lambat dan bentuk tubuh yang tidak propesional (Artinawati, 2014).

## 2. Tanda Gejala

Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan suatu proses alamiah yang berangsur-angsur yang mengalami kemunduran. Secara umum menjadi tua ditandai oleh kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala kemunduran fisik, antara lain :

- a. Rambut memutih
- b. Gigi mulai ompong
- c. Pendengaran kurang jelas
- d. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengendur
- e. Aktivitas mulai lambat
- f. Penglihatan semakin memburuk
- g. Penciuman mulai berkurang
- h. Mudah terserang penyakit
- i. Eliminasi menurun
- j. Figur tubuh yang tdak profesional



## 3. Teori Proses Menua

- a. Teori Biologis

Yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

- 1) Teori Jam Genetik

Secara genetic telah terprogram bahwa materil di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa *spesies-spesies* tertentu memiliki harapan hidup yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami *deteriorasi*. Teori jam genetik terbagi atas :

a) Teori *cross link*

Teori *cross link* atau jaringan ikat menyatakan bahwa molekul kolagen dan elastis, komponen jaringan ikat, membentuk senyawa yang lama meningkatkan rigiditas sel, *cross linkage* diperkirakan akibat reaksi kimia yang menimbulkan senyawa antara molekul-molekul yang normalnya terpisah. Contoh *cross linkage* jaringan ikat terkait usia meliputi penurunan kekuatan daya rentang dinding arteri, tanggalnya gigi, tendon kering dan berserat.

b) Teori imunilogis

Beberapa teori menyatakan bahwa penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam penuaan, mekanisme seluler tidak teratur diperkirakan menyebabkan serangan pada jaringan tubuh melalui penurunan imun sehingga jaringan tubuh menjadi lemah, sistem imun menjadi kurang efektif dalam mempertahankan diri, regulasi dan responabilitas.

c) Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membran sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

d) Teori genetic

Menurut teori ini, menua telah terprogram secara genetic untuk *spesies-spesies* tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang deprogram oleh molekul-molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

e) Teori stress adaptasi

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang digunakan oleh tubuh. *Regenerasi* jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh terpakai.

f) Pemakaian dan rusak

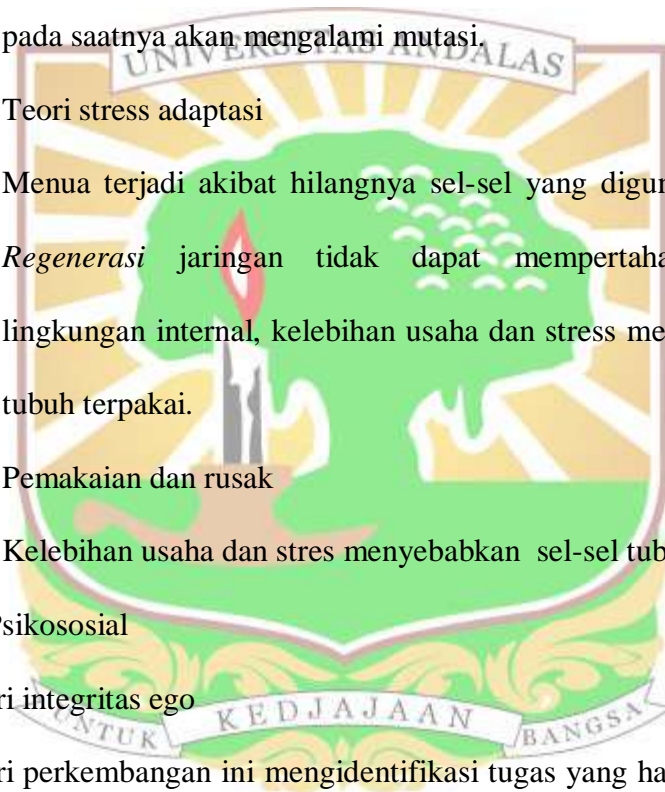
Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

b. Teori Psikososial

1) Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas yang harus dicapai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksasikan kehidupan seseorang dan pencapaiannya. Hasil akhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusasaan adalah kebebasan.

2) Teori stabilitas personal





Kepribadian seseorang terbentuk pada masa kanak-kanak dan tahap bertahan secara stabil. Perubahan yang radikal pada usia tua bisa jadi mengindikasikan penyakit otak.

c. Teori sosialkultural

Teori yang merupakan sosialkultural adalah sebagai berikut :

1) Teori pembebasan (*Disengagement*)

Teori ini menyatakan bahwa orang yang menua menarik diri dari peran yang biasanya terkait pada aktivitas yang lebih *introspektif* dan berfokus pada diri sendiri. Sehingga sering terjadi kehilangan ganda meliputi :

- a) Kehilangan peran
- b) Hambatan kontak sosial
- c) Berkurangnya komitmen

2) Teori Aktivitas

Menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Lansia dengan keterlibatan sosial yang lebih besar memiliki semangat dan kepuasan hidup yang tinggi, penyesuaian serta kesehatan mental yang lebih positif dari pada lansia yang kurang terlibat secara sosial.

d. Teori konsekuensi fungsional

Yang merupakan teori fungsional antara lain :

- 1) Teori ini mengatakan tentang konsekuensi fungsional usia lanjut yang berhubungan dengan perubahan-perubahan karena usia dan faktor resiko tambahan.

- 2) Tanpa intervensi maka beberapa konsekuensi fungsional akan negatif, dengan intervensi menjadi positif.

#### 4. Batasan Lansia

a. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) ada 4 tahap, yaitu :

- 1) Usia Pertengahan (*middle age*) usia 45-59, tahun,
- 2) Lanjut Usia, (*elderly*) usia 60-74 tahun,
- 3) Lanjut Usia Tua (*old*) usia 75-90 tahun,
- 4) Usia Sangat Tua (*very old*) usia >90 tahun

b. Menurut (Maryam, 2010) ada 5 tahap batasan usia lanjut, yaitu :

- 1) Pra Usia Lanjut (Prasenilis) Seorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- 2) Usia Lanjut

Seorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Usia lanjut adalah tahap masa tua perkembangan individu (usia 60 tahun ke atas). Sedangkan lanjut usia adalah sudah berumur atau tua.

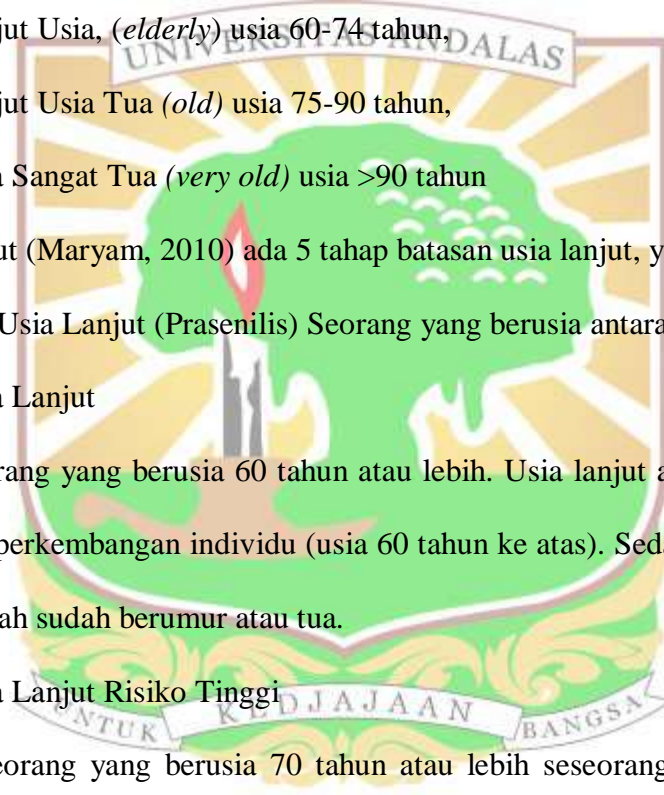
- 3) Usia Lanjut Risiko Tinggi

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

- 4) Usia Lanjut Potensial

Usia lanjut yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.

- 5) Usia Lanjut Tidak Potensial



Usia lanjut yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

c. Menurut Hurlock (1979) perbedaan lansia terbagi dalam 2 tahap :

- 1) Early old age ( usia 60-70 tahun)
- 2) Advanced old age ( usia 70 tahun ke atas)

d. Menurut Burnsie (1979)

- 1) Young old age ( usia 60-69 tahun)
- 2) Middle age old ( usia 70-79)
- 3) Old-old (usia 80-89)
- 4) Very old-old (usia > 90 tahun)

e. Menurut Bee (1996)

- 1) Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
- 2) Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
- 3) Masa dewasa tengah ( usia 40-65 tahun)
- 4) Masa dewasa lanjut usia (usia 65-75 tahun)
- 5) Masa dewasa sangat lanjut (usia > 75 tahun)

f. Menurut Undang –Undang Nomor 4 tahun 2001

“Seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya cari nafkah sendiri untuk keperluan kehidupannya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain.

g. Menurut Prof. Dr. Koesoemanto setyonegoro :

- 1) Usia dewasa muda (usia 18/20-25 tahun)



2) Usia dewasa penuh atau maturitas usia 25-60/65 tahun

3) Lanjut usia (usia > 65/70 taun, terbagi atas :

a) Young old (usia 70-75 tahun)

b) Old (usia 75-80 tahun)

c) Very old (usia > 80 tahun)

h. Menurut sumber lain:

1) Elderly (usia 60-65 tahun)

2) Junior old age (usia > 65-75 tahun)

3) Formal old age (usia > 75-90 tahun)

4) Longevity old age (usia > 90-120 tahun)

## 5. Ciri-ciri Lanjut Usia

a. Adanya penurunan atau kemunduran yang disebabkan oleh faktor fisik dan faktor psikologis. Faktor fisik seperti : penglihatan dan pendengaran menurun, aktivitas tubuh menurun, dan kulit tampak mengendur. Sedangkan dari faktor psikologis seperti : adanya penurunan percaya diri, rasa kesepian dan merasa tidak berguna bagi orang lain.

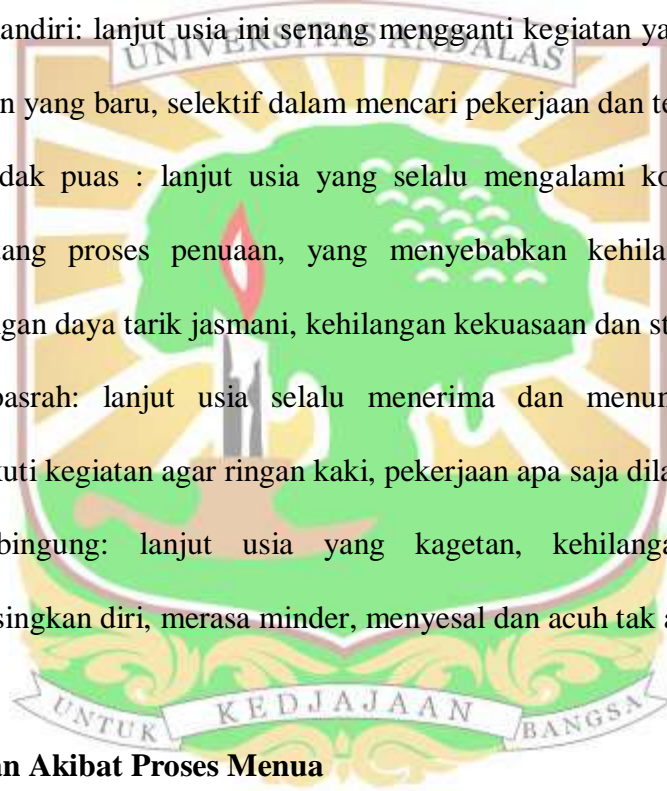
b. Adanya perubahan peran, karena tidak dapat bersaing lagi dengan kelompok yang lebih muda.

c. Sikap sosial terhadap usia lanjut, kebanyakan masyarakat menganggap orang berusia lanjut tidak lagi begitu dibutuhkan karena energi yang telah berkurang.

## 6. Tipe - Tipe lanjut usia

Di zaman sekarang zaman pembangunan banyak ditemukan bermacam-macam tipe lanjut usia yang menonjol antara lain:

- a. Tipe arief bijaksana: lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dan menjadi panutan.
- b. Tipe mandiri: lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan.
- c. Tipe tidak puas : lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan dan status.
- d. Tipe pasrah: lanjut usia selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agar ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.
- e. Tipe bingung: lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal dan acuh tak acuh.



## 7. Perubahan Akibat Proses Menua

### a. Perubahan Fisik

- 1) Sel
  - a) Jumlah sel menurun lebih sedikit
  - b) Ukuran sel lebih besar
  - c) Jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang
  - d) Jumlah sel otak menurun



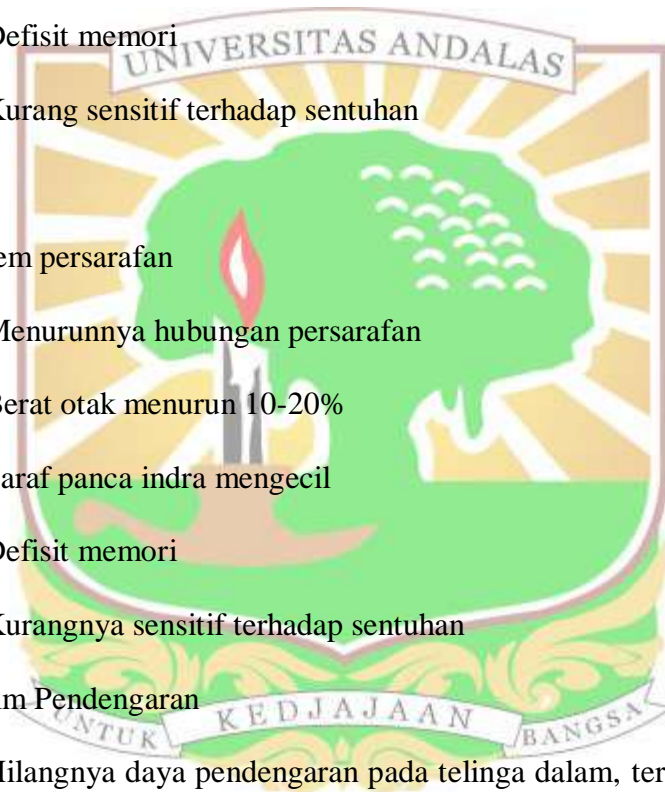
- e) Mekanisme perbaikan sel otak terganggu
- f) Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5-10%
- g) Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar
- h) Berat otak menurun 10-20% ( sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya)
- i) Saraf panca-indra mengecil
- j) Defisit memori
- k) Kurang sensitif terhadap sentuhan

2) Sistem persarafan

- a) Menurunnya hubungan persarafan
- b) Berat otak menurun 10-20%
- c) Saraf panca indra mengecil
- d) Defisit memori
- e) Kurangnya sensitif terhadap sentuhan

3) Sistem Pendengaran

- a) Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama pada bunyi suara atau nada yang tinggi, suara tidak jelas, sulit mengerti kata-kata yang dapat terjadi pada usia 50 tahun-65 tahun.
- b) Fungsi pendengaran semakin menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan / stress.
- c) Vertigo (perasaan tidak stabil yang seperti bergoyang-goyang atau berputar).



- d) Membran tifani menjadi atrofi menyebabkan otaksklerosis.
- e) Terjadinya pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin.
- f) Tinitus (bising yang bersifat mendegung, bisa bernada tinggi atau rendah, bisa terus-menerus atau intermiten).

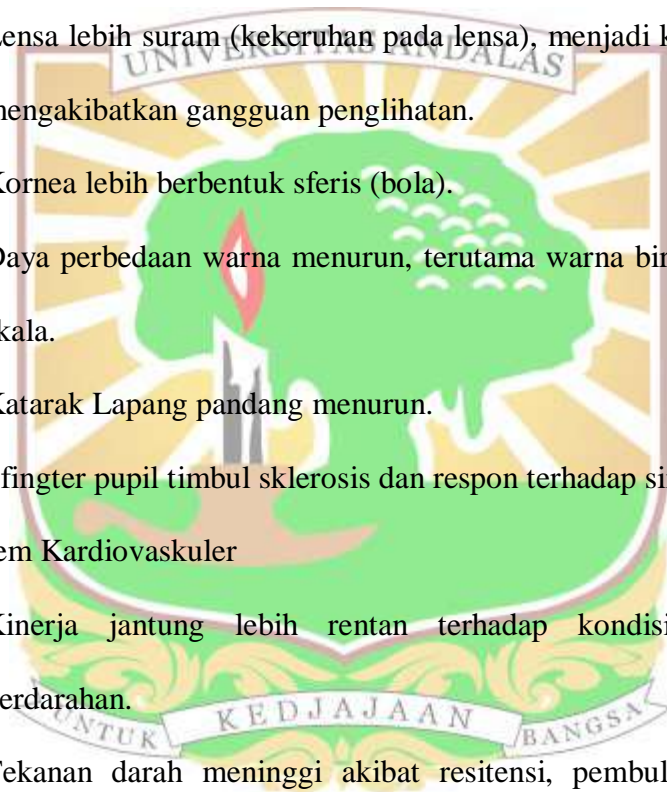
#### 4) Sistem Penglihatan

- a) Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak yang akan mengakibatkan gangguan penglihatan.
- b) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- c) Daya perbedaan warna menurun, terutama warna biru atau hijau pada skala.
- d) Katarak Lapang pandang menurun.
- e) Sfingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar menghilang.

#### 5) Sistem Kardiovaskuler

- a) Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan.
- b) Tekanan darah meninggi akibat resistensi, pembuluh darah perifer meningkat sistole normal  $\pm 170$  mmHg, diastole  $\pm 95$  mmHg.
- c) Curah jantung menurun (isi semenit jantung menurun).
- d) Elastisitas pembuluh darah menurun.
- e) Kutup jantung menebal dan menjadi kaku.

#### 6) Sistem Pengaturan Suhu Tubuh



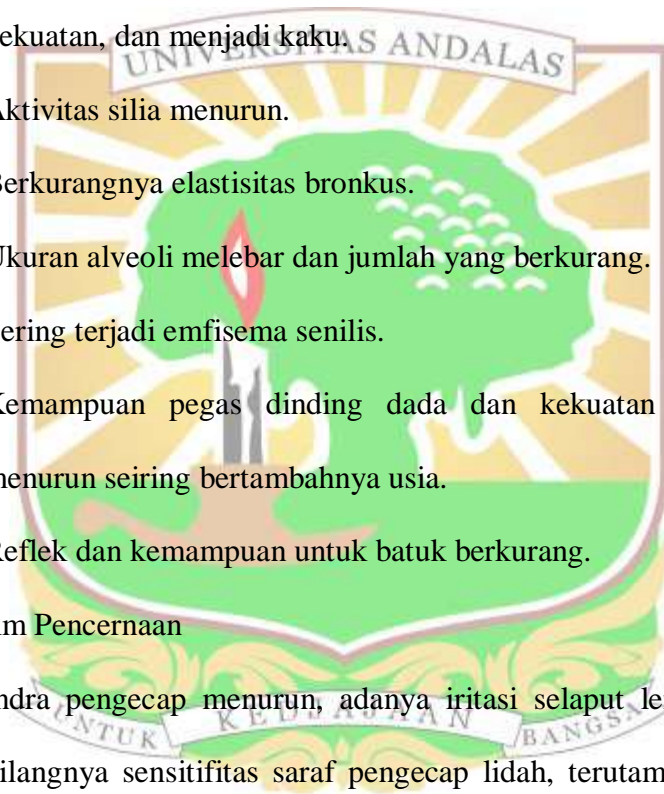
- a) Temperatur tubuh menurun secara fisiologis ini akibat dari metabolisme yang menurun.
- b) Lansia akan merasa kedinginan dan dapat pula mengigil, pucat dan gelisah.

#### 7) Sistem Pernapasan

- a) Otot pernapasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku.
- b) Aktivitas silia menurun.
- c) Berkurangnya elastisitas bronkus.
- d) Ukuran alveoli melebar dan jumlah yang berkurang.
- e) Sering terjadi emfisema senilis.
- f) Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernapasan menurun seiring bertambahnya usia.
- g) Reflek dan kemampuan untuk batuk berkurang.

#### 8) Sistem Pencernaan

- a) Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis. hilangnya sensitivitas saraf pengecap lidah, terutama rasa manis dan asin.
- b) Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun dan aliran darah berkurang.
- c) Fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu terutama karbohidrat).
- d) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.



e) Rasa lapar menurun, asam lambung menurun, dan motilitas waktu pengosongan lambung menurun.

f) Esofagus melebar.

#### 9) Sistem Reproduksi

a) Vagina mengalami kontraktur dan mengecil.

b) Ovari menciut, dan uterus mengalami atrofi.

c) Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

d) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.

e) Atrofi payudara.

f) Atrofi vulva.

g) Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.

h) Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun, asal kondisi kesehatannya baik, yaitu ; kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual dan sebanyak 75 % pria usia di atas 65 tahun mengalami pembesaran prostat.

#### 10) Sistem genitourinaria

a) Vesika urinaria. Otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat. Pada

pria lanjut usia, vesika urinaria sulit dikosongkan sehingga mengakibatkan retensi urine meningkat.

b) Pembesaran prostat kurang lebih 75% dialami oleh pria usia di atas 65 tahun.

c) Atrofi vulva vagina seorang yang semakin menua, Kebutuhan hubungan seksualnya masih ada. tidak ada batasan umur tertentu kapan fungsi seksual seorang berhenti. Frekuensi hubungan seksual cenderung menurun secara bertahap setiap tahun, tetapi kapasitasnya untuk melakukan dan menikmatinya terus berjalan terus sampai tua.

#### 11) Sistem Endokrin

Kelenjer Endokrin adalah kelenjer buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormon, hormon berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan dan metabolisme organ tubuh. Pada lansia yang akan mengalami penurunan produksi hormon.

#### 12) Sistem Integumen

a) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.

b) Permukaan kulit kusam, kasar dan bersisik.

c) Kuku keras dan rapuh.

d) Rambut dalam hidung telinga menebal.

e) Kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.

f) Jumlah dan fungsi kelenjer keringat berkurang.



g) Terjadi perubahan pada daerah sekitar mata, tumbuhnya kerutan halus di ujung mata akibat lapisan kulit menipis.

13) Sistem Muskuloskeletal

a) Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (*Osteoporosis*).

b) Bungkuk (*Kifosis*).

c) Sendi membesar dan menjadi kaku.

d) Kram, tumor, tendon mengering mengalami *sklerosis*.

e) Gangguan tulang yakni mudah mengalami demineralisasi.

14) Memori

Kemampuan belajar dan mengingat yang mengalami penurunan karena proses encoding menurun.

15) *Intelligence Quotient* (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.

Penampilan, dan persepsi terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor umur.

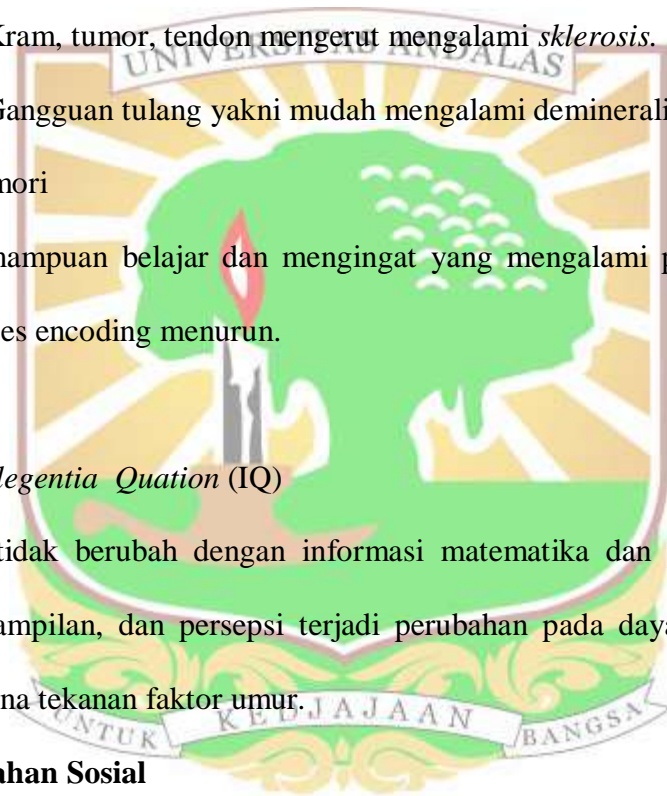
**b. Perubahan Sosial**

1) Keluarga : kesendirian, kehampaan

2) Teman : ketika Lansia meninggal, maka muncul perasaan kapan akan meninggal, berada di rumah terus-menerus akan cepat pikun.

3) Keamanan : jatuh, terpeleset

4) Agama : melaksanakan ibadah



5) Panti jompo : merasa dibuang/ diasingkan

6) Ekonomi : kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia dan *income security*

### c. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia meliputi frustrasi kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi dan kecemasan.

## 8. Masalah Kesehatan Pada Lanjut Usia

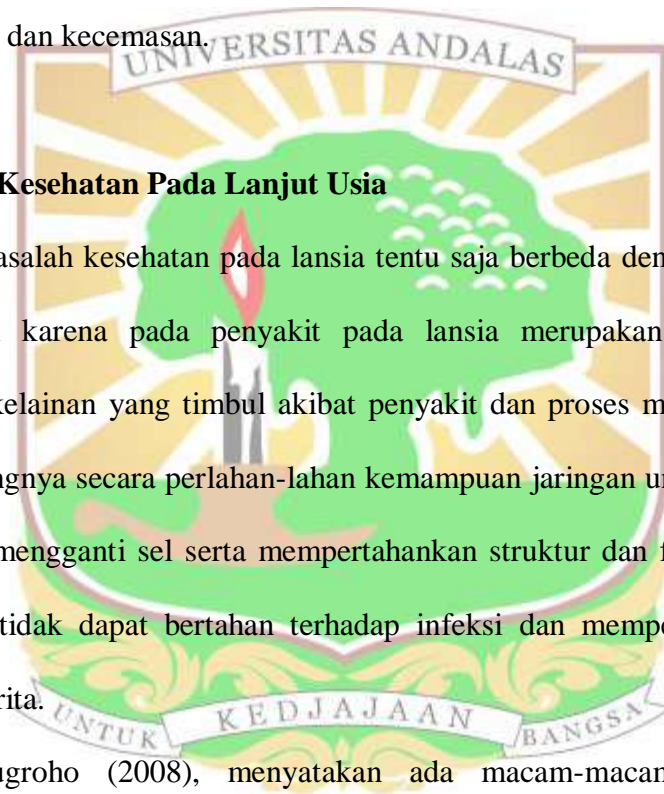
Masalah kesehatan pada lansia tentu saja berbeda dengan jenjang umur yang lain karena pada penyakit pada lansia merupakan gabungan dari kelainan-kelainan yang timbul akibat penyakit dan proses menua yaitu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti sel serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Nugroho (2008), menyatakan ada macam-macam masalah pada kesehatan usia lanjut, yaitu:

### a. *Immobility* (kurang bergerak)

Dimana meliputi gangguan fisik, jiwa dan faktor lingkungan sehingga dapat menyebabkan lansia kurang bergerak. Keadaan ini dapat disebabkan oleh gangguan tulang, sendi dan otot, gangguan saraf dan penyakit jantung

### b. Mudah jatuh



Jatuh pada lanjut usia merupakan masalah yang sering terjadi pada lanjut usia penyebabnya multi faktor. Banyak yang berperan di dalamnya, dapat disebabkan oleh faktor intrinsik (yang berkaitan dengan tubuh penderita), baik karena proses menua, maupun faktor ekstrinsik (yang berasal dari luar tubuh). Akibatnya akan timbul rasa sakit, cedera, patah tulang yang akan membatasi pergerakan. Keadaan ini akan menyebabkan gangguan psikologik berupa hilangnya harga diri dan perasaan takut akan terjadi. Sekitar 30-50% lanjut usia (yang berusia 65 tahun) ke atas mengalami jatuh setiap tahunnya. Separuh dari angka tersebut mengalami jatuh berulang. Perempuan lebih sering jatuh dibandingkan dengan lanjut usia laki-laki.

c. Mudah lelah

Hal ini dapat disebabkan oleh faktor psikologis (perasaan bosan, keletihan, atau depresi, faktor gangguan organis, misalnya: perubahan pada tulang, anemia, gangguan pencernaan, kelainan metabolisme, perubahan pada tulang, gangguan faal hati, gangguan sistim perdarahan dan jantung dan faktor pengaruh obat, misalnya obat penenang, obat jantung, dan obat yang melelahkan daya kerja otot.

d. Gangguan kardiovaskuler

1) Nyeri dada dapat disebabkan oleh penyakit jantung koroner yang dapat menyebabkan iskemia jantung (berkurangnya aliran darah ke jantung), dan juga dapat mengakibatkan gangguan pada sistem alat pernapasan,

misalnya pleuro-pneumonia/emboli paru dan gangguan pada saluran pencernaan bagian atas.

2) Sesak napas pada kerja fisik dapat disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan sistem saluran napas, berat badan berlebihan (gemuk) atau anemia.

3) Edema kaki

Edema kaki dapat disebabkan oleh :

- a) Kaki yang lama digantung
- b) Gagal jantung bendungan pada vena bagian bawah
- c) Kekurangan vitamin B
- d) Gangguan penyakit hati
- e) Penyakit ginjal

4) Palpitasi

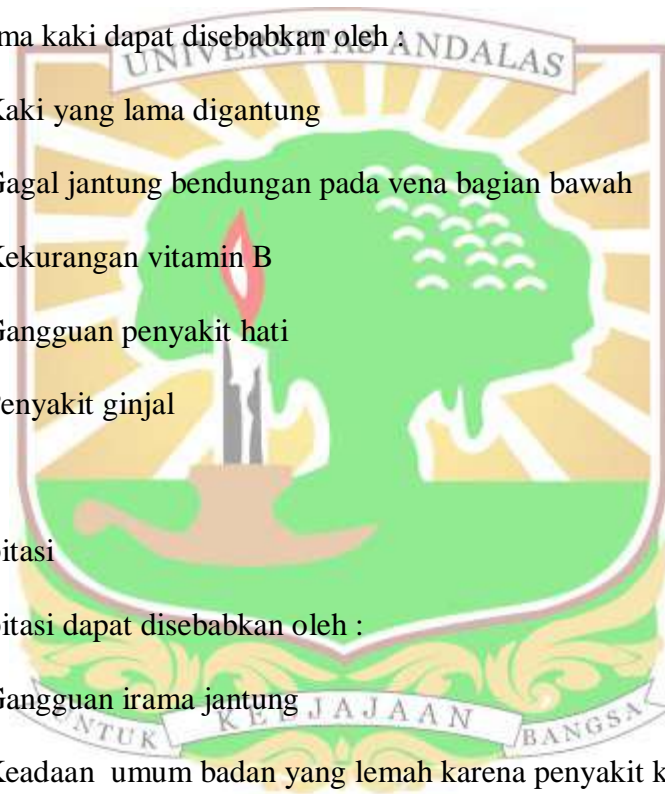
Palpitasi dapat disebabkan oleh :

- a) Gangguan irama jantung
- b) Keadaan umum badan yang lemah karena penyakit kronis
- c) Faktor psikologis dan lain-lain

e. Nyeri atau Ketidaknyamanan

1) Nyeri pinggang atau Punggung

Nyeri yang disebabkan oleh susunan sendi pada susunan tulang belakang (osteomalasia, osteoporosis, dan osteoartrosis). Gangguan pankreas dan karena adanya kelainan ginjal (batu ginjal).



## 2) Nyeri sendi pinggul

Gangguan sendi pinggul, misalnya radang sendi (arthritis), sendi tulang yang keropos, kelainan tulang sendi, misalnya patah tulang (fraktur), dan akibat kelainan pada saraf punggung bagian bawah yang terjepit.

## 3) Keluhan pusing

Keluhan pusing yang dapat di sebabkan oleh

- a) Gangguan lokal misalnya vaskuler, migran (sakit kepala sebelah) dan mata.
- b) Penyakit sistematis yang menimbulkan hipoglikemia.
- c) Psikologis (perasaan cemas, depresi, kurang tidur, dan kekacauan pikiran).

## 4) Kesemutan pada anggota badan

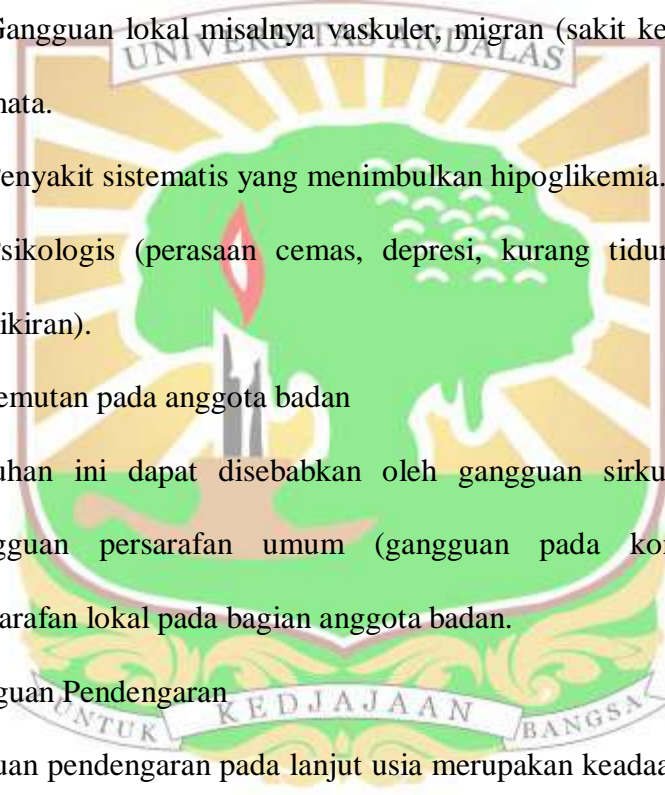
Keluhan ini dapat disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah lokal, gangguan persarafan umum (gangguan pada kontrol), gangguan persarafan lokal pada bagian anggota badan.

## f. Gangguan Pendengaran

Gangguan pendengaran pada lanjut usia merupakan keadaan yang menyertai proses menua, gangguan pendengaran yang utama adalah hilangnya pendengaran terhadap nada murni frekuensi tinggi, yang merupakan suatu fenomena yang berhubungan dengan lanjut usia.

## g. Gangguan tidur

Faktor usia merupakan faktor terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas tidur, keluhan kualitas tidur seiring dengan bertambahnya usia. Pada





kelompok usia 60 tahun mengeluh mengenai masalah tidur hanya dapat tidur tidak lebih dari 5 jam sehari, dan bangun yang lebih awal.

#### h. Gangguan Eliminasi

Inkontinesia urine berarti pengeluaran urine secara spontan pada sembarang waktu di luar kehendak (involunter) yang secara tidak sadar, sering pada orang tua dan menyebabkan meningkatnya risiko infeksi saluran kemih, kesulitan bergerak. Dan kepikunan. Inkontinensia urine dapat merupakan faktor tunggal yang menyebabkan seorang lanjut usia dirawat karena masalah tidak teratasi baik oleh diri orang lanjut usia maupun keluarga (Nugroho, 2008).

## **B. Inkontinensia urine**

### **1. Defenisi**

Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine secara spontan pada sembarang waktu di luar kehendak yang secara tiba-tiba tanpa mampu untuk menahannya (Agoes, 2010). Inkontinensia urine ialah Pengeluaran urin tanpa disadari, dalam jumlah dan frekuensi yang lebih sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan dan sosial (Darmojo, 2011).

Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine secara tidak sadar, yang menyebabkan meningkatnya risiko infeksi saluran kemih yang akan mengakibatkan terjadinya masalah psikologi dan isolasi sosial (Fatimah, 2010).

Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine involunter (tidak disadari/mengompol) yang cukup menjadi masalah pada waktu dan tempat yang tidak serta juga menyebabkan kebersihan atau sosial (Artinawati, 2014).

## 2. Tanda dan gejala inkontinensia urine

- a. Adanya keinginan buang air kecil terus-menerus dan tidak mampu menahan terlalu lama.
- b. Perasaan kandung kemih penuh.
- c. Buang air kecil saat batuk, bersin, dan tertawa.
- d. Dan ketidakmampuan untuk mencapai toilet saat ingin buang air kecil
- e. Ketika batuk, bersin, dan mengangkat barang berat keluaranya air kecil tiba-tiba.

## 3. Penyebab inkontinensia urine

Seiring dengan bertambahnya usia, ada beberapa perubahan pada anatomi dan fungsi organ kemih, antara lain disebabkan oleh melemahnya otot dasar panggul, kebiasaan mengejan yang salah ataupun karena penurunan hormon estrogen pada wanita di usia 50 tahun keatas akan terjadi penurunan tonus otot vagina dan otot pintu saluran kemih (uretra) sehingga terjadinya inkontinensia urine, kelemahan otot dasar panggul dapat terjadi karena kehamilan setelah melahirkan, kegemukan (*obesitas*), dan *menopause*. Proses persalinan juga dapat membuat otot dasar panggul rusak akibat regangan otot

dan jaringan penunjang dan robekan jalan lahir, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya inkontinensia urine.

Menurut (Artinawati, 2014) penyebab inkontinensia urine, ialah :

- a. Kelainan kontrol pada kandung kemih
- b. Fungsi sfingter yang terganggu menyebabkan kandung kemih bocor bila batuk atau bersin, bisa juga disebabkan oleh kelainan di sekeliling daerah saluran kencing.
- c. Melemahnya otot dasar panggul yang menyangga kandung kemih dan memperkuat sfingter uretra.

Menurut (Nugroho, 2008) penyebab inkontinensia urine, yaitu :

- a. Melemahnya otot dasar panggul yang menyangga kandung kemih dan memperkuat sfingter uretra.
- b. Kontraksi abnormal pada kandung kemih.
- c. Adanya obat diuretik yang mengakibatkan sering berkemih dan obat penenang yang terlalu banyak.
- d. Radang kandung kemih.
- e. Radang saluran kemih.
- f. Kelainan kontrol pada kandung kemih.
- g. Akibat adanya hipertrofi prostat.
- h. Faktor psikologis.

Menurut (Darmojo, 2011) penyebab inkontinensia urine yaitu:

- a. Inkontinensia terjadi secara akut, yang biasanya terjadi secara *reversibel*.  
Inkontinensia terjadi secara mendadak, biasanya berkaitan dengan sakit yang

sedang diderita atau masalah obat-obatan yang digunakan. Inkontinensia akan membaik bila penyakit akut yang diderita disembuhkan atau obat penyebab dihentikan.

- b. Inkontinensia kronik atau menetap terjadi adanya kelemahan otot dasar panggul atau instabilitas otot kandung kemih yang sudah berat.

#### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi inkontinensia urine**

Faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan inkontinensia urine adalah faktor psikologis, lingkungan dan fisiologis. Sebagai berikut :

- a. Faktor psikologis

Faktor yang disebabkan karena depresi dan apatis, yang dapat memperberat kondisi sehingga sulit untuk mengatasi masalah ke arah normal. Beberapa kondisi psikiatrik dan kerusakan otak organik seperti demensia dapat juga menyebabkan inkontinensia urine. Faktor psikologis seperti stress juga dapat menyebabkan terjadinya peningkatan pengeluaran urine sebagai efek dari norepinefrin, yang mana norepinefrin merupakan hormon yang mempengaruhi kontraksi otot polos yang berkerjanya berlawanan dengan asetikolin.

- b. Faktor lingkungan

Faktor Lingkungan juga dapat mempengaruhi terjadinya inkontinensia urine diantaranya pengaruh cuaca atau iklim terutama pada cuaca dingin dan karena letak toilet yang jauh sehingga sebelum mencapai tempat sudah tidak dapat menahan air kemih.

c. Faktor fisiologis

Dapat mencakup kerusakan saraf spiral yang menghancurkan mekanisme normal untuk berkemih dan rasa untuk menghentikannya. Penglihatan yang kurang jelas, infeksi saluran perkemihan, dan pengobatan tertentu seperti diuretik juga berhubungan dengan inkontinensia. Wanita yang melahirkan dan laki-laki dengan gangguan pada prostat cenderung mengalami kerusakan kandung kemih akibat trauma atau pembedahan.

Pada keadaan faktor fisiologis, yang berpengaruh pada lansia biasanya terjadi penurunan berkemih. Pada lansia terjadi proses menua yang berdampak pada perubahan hampir seluruh organ tubuh termasuk organ berkemih yang menyebabkan lansia mengalami inkontinensia urine. Perubahan ini diantaranya adalah melemahnya otot dasar panggul yang menjaga kandung kemih dan pintu saluran kemih, timbulnya kontraksi abnormal pada kandung kemih yang menimbulkan rangsangan berkemih sebelum waktunya dan meninggalkan sisa. Pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna menyebabkan urine di alam kandung kemih yang cukup banyak sehingga dengan pengisian sedikit saja sudah merangsang untuk berkemih.

## 5. Jenis-jenis inkontinensia urine

a. Inkontinensia urgensi

Inkontinensia ini paling sering ditemukan, karena inkontinensia ini timbul ketika pasien tiba-tiba merasa harus berkemih, tetapi urine sudah keluar



terlebih dahulu sebelum pasien sampai di toilet. Penyebab inkontinensia urgensi ialah kontraksi kandung kemih yang melampaui kemampuan sistem saraf pusat untuk menahannya, keadaan ini dapat di sebabkan karena peradangan atau iritasi dalam kandung kemih akibat batu dan infeksi.

b. Inkontinensia stress

Inkontinensia ini terjadi karena tekanan meningkat secara mendadak di rongga perut yang menyebabkan merembesnya sejumlah kecil urine, penyebabnya : misalnya tertawa terbahak-bahak, batuk, bersin, lemahnya otot panggul dan mengangkat beban berat.

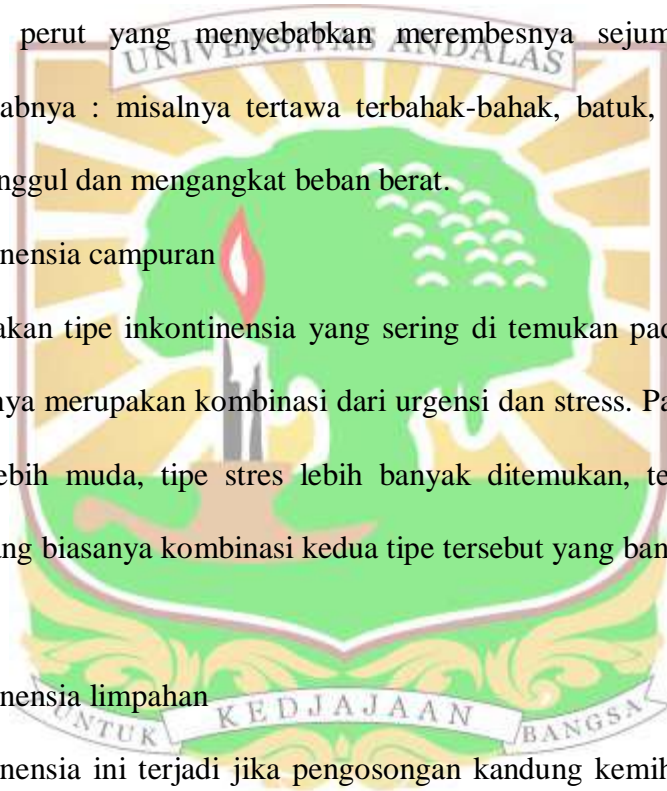
c. Inkontinensia campuran

Merupakan tipe inkontinensia yang sering di temukan pada pasien geriatri, umumnya merupakan kombinasi dari urgensi dan stress. Pada pasien geriatri yang lebih muda, tipe stres lebih banyak ditemukan, tetapi semakin tua seseorang biasanya kombinasi kedua tipe tersebut yang banyak ditemukan.

d. Inkontinensia limpahan

Inkontinensia ini terjadi jika pengosongan kandung kemih tidak sempurna, karena tidak kosong sempurna. Kandung kemih akan terisi penuh kembali dalam waktu singkat. Beberapa pasien mengalami inkontinensia pada waktu tertentu tanpa merasakan kandung kemihnya terisi penuh.

e. Inkontinensia fungsional



Inkontinensia ini terjadi karena pasien tidak mampu ke kamar mandi, misalnya karena penyakit lain yang menimbulkan kelemahan, artritis atau faktor lingkungan.

f. Inkontinensia Total

Keluarnya urine total yang tidak terkontrol dan berkelanjutan, yang disebabkan oleh penyakit pada saraf spinalis atau sfingter uretra yang berada dikandung kemih dan vagina. Gejala yang ditemukan pada inkontinensia total ialah adanya urine yang mengalir pada waktu-waktu yang tidak dapat diperkirakan.

## 6. Mekanisme Pengeleuran Urine

Mekanisme pengeluaran urine dimana urine mengalir ke ginjal melalui sepasang 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 urine 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 urine keluar. Proses ini diatur oleh aktivitas saraf di otak besar (serebri), batang otak (*medula oblongata*) dan *medulla spinalis* (Agoes, 2010).

Perubahan pada sistem perkemihan lansia terjadi pada ginjal dimana ginjal mengalami pengecilan dan nefron menjadi atrofi. Aliran ginjal menurun

hingga 50%, fungsi tubulus berkurang mengakibatkan BUN meningkat hingga 21 mg%, berat jenis urin menurun, serta nilai otot-otot melemah, sehingga kapasitasnya menurun hingga 200 ml yang mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat (Artinawati, 2014).

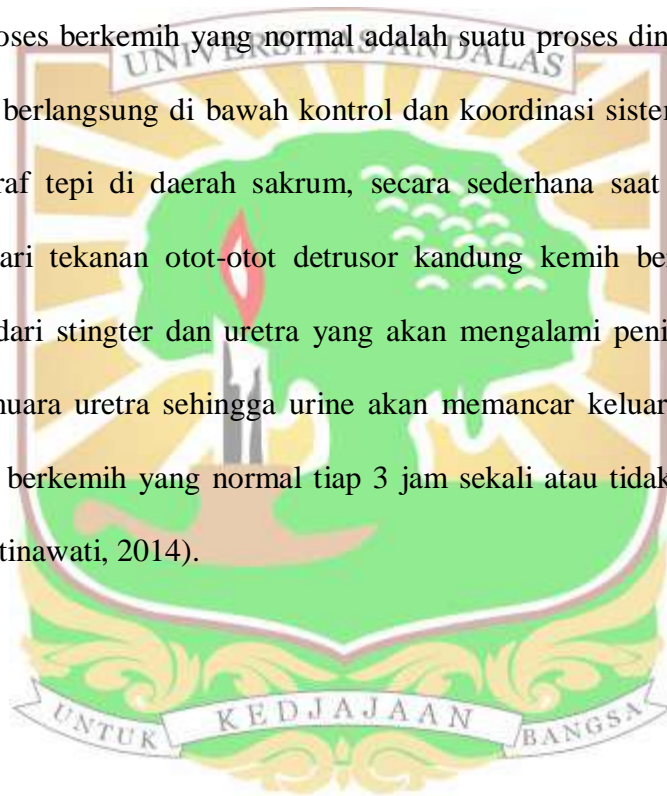
Sistem genitourinaria berfungsi secara adekuat pada individu lansia, meskipun terjadi penurunan masa ginjal akibat kehilangan beberapa nefron, perubahan fungsi ginjal meliputi penurunan laju infiltrasi, penurunan fungsi tubuler dengan penurunan efisiensi dalam resorpsi dan pemekatan urine, dan perlambatan restorasi keseimbangan asam basa terhadap stress, ureter, kandung kemih menurun sehingga lansia tidak mampu mengosongkan kandung kemih secara sempurna. Resistensi urine yang terjadi akan meningkatkan risiko infeksi. Wanita lansia biasanya mengalami penurunan tonus otot perineal yang mengakibatkan stress inkontinensia dan urgensi inkontinensia. Pada lansia laki-laki sering ditemukan pembesaran kelenjer prostat yang dapat menyebabkan retensi urine kronis, sering berkemih dan inkontinensia.

Inkontinensia juga dapat terjadi akibat gangguan kontrol dari otak karena penyakit-penyakit neurologis tertentu, misalnya stroke, narkotik dan infeksi. Golongan obat dapat menimbulkan inkontinensia urine di antaranya adalah neuretik, diuretik, penenang, alkohol, dan narkotika.

Inkontinensia urine merupakan konsekuensi normal dari bertambahnya usia, yang menyebabkan kelemahan pada otot dasar panggul secara fisiologis, fungsi otot dasar panggul ialah menjaga stabilitas organ panggul secara aktif yang dapat mengendalikan dan mengontrol defekasi dan berkemih. Adanya

kelemahan dan penurunan otot dasar panggul mengakibatkan terjadinya inkontinensia urine yakni buang air kecil berkali-kali lebih dari 8 kali sehari atau 1 kali per 4 jam. Inkontinensia urine yang banyak dapat menyebabkan terjadinya iritasi kulit, malu dengan lingkungan, menimbulkan stress keluarga, teman, dan orang yang merawat. Serta membutuhkan biaya untuk kebutuhan tenaga perawat dan penanganan komplikasi.

Proses berkemih yang normal adalah suatu proses dinamik yang secara fisiologik berlangsung di bawah kontrol dan koordinasi sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi di daerah sakrum, secara sederhana saat proses berkemih dimulai dari tekanan otot-otot detrusor kandung kemih berkontraksi diikuti relaksasi dari stingter dan uretra yang akan mengalami peningkatan melebihi tahanan muara uretra sehingga urine akan memancar keluar (Darmojo,2011). Frekuensi berkemih yang normal tiap 3 jam sekali atau tidak lebih dari 8 kali sehari (Artinawati, 2014).



## 7. Penatalaksanaan inkontinensia urine

Penatalaksanaan inkontinensia urine menurut *Muller* adalah mengurangi faktor resiko, mempertahankan homeostatis, mengontrol inkontinensia urine, modifikasi lingkungan dan latihan otot pelvis.

Metode pengobatan inkontinensia urine ada tiga :

a. Terapi non Farmakologi

1) Teknik latihan perilaku (*Behavioral Training*)

Yaitu merupakan latihan untuk melatih seseorang mengembalikan kontrol miksi dalam rentang 2-4 jam, agar klien menahan kencing dalam waktu yang lama, dan mempertahankan klien dalam kondisi kering.

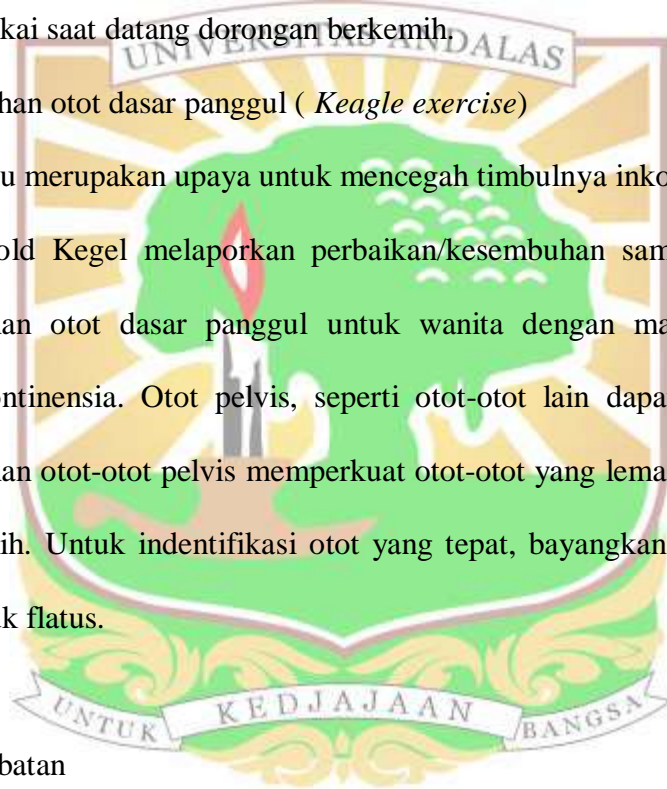
2) Latihan menahan dorongan untuk berkemih

Untuk mendapatkan kontrol atas kandung kemih, cara berikut dapat dipakai saat datang dorongan berkemih.

3) Latihan otot dasar panggul (*Keagle exercise*)

Yaitu merupakan upaya untuk mencegah timbulnya inkontinensia urine.

Arnold Kegell melaporkan perbaikan/kesembuhan sampai 84% dengan latihan otot dasar panggul untuk wanita dengan macam-macam tipe inkontinensia. Otot pelvis, seperti otot-otot lain dapat menjadi lemah, latihan otot-otot pelvis memperkuat otot-otot yang lemah sekitar kandung kemih. Untuk indentifikasi otot yang tepat, bayangkan sedang menahan untuk flatus.



b. Obat-obatan

Terapi dengan menggunakan obat-obatan diberikan apabila masalah akut sebagai timbulnya inkontinensia urine telah diatasi dengan berbagai upaya bersifat nonfarmakologis telah dilakukan tetapi tetap tidak berhasil mengatasi masalah inkontinensia tersebut. Obat-obatan yang dapat diberikan sesuai dengan tipe inkontinensia :



- 1) Tipe inkontinensia urgensi atau stres dengan instabilitas detrusor dapat diberikan obat antigolirgenik dan antispasmodic.
- 2) Tipe inkontinensia stres dengan kelemahan spihineter dapat diberikan obat a- adrenergik agonis.
- 3) Tipe stres, tipe urgensi yang berhubungan dengan vaginitis atropi dapat diberikan obat estrogen agonis.
- 4) Tipe luapan dan atau overflow dengan vesikula urinaria atonik dapat diberikan obat kolinergik agonis.

c. Pembedahan

Pembedahan merupakan pilihan terakhir untuk masalah inkontinensia urine yang tidak berhasil diatasi dengan teknik latihan perilaku, obat-obatan atau pun dengan memanfaatkan alat-alat bantu untuk meminimalkan problem inkontinensia. Beberapa tindakan pembedahan Spinctercrectomi, dan Operasi prostat atau operasi pada prolaps rahim. Yang lebih sering dikerjakan ada penderita lanjut usia dengan inkontinensia urine adalah dengan memasang kateter secara menetap. Untuk beberapa pertimbangan, misalnya untuk memantau produksi urine dan keperluan mengukur balans cairan. Hal ini masih dapat diterima tetapi sering pemaangan kateter ini tidak jelas, dan mengundang risiko untuk terjadinya komplikasi pada umumnya ialah infeksi. 76-92% penderita yang membutuhkan operasi, dapat disembuhkan, pembedahan ialah pilihan terakhir untuk masalah inkontinensia urine yang tidak berhasil di atasi dengan latihan teknik perilaku atau obat-obatan.

## C. Latihan Otot Dasar Panggul (Senam Kegel)

### 1. Defnisi

Senam kegel merupakan suatu upaya untuk mencegah timbulnya inkontinensia urine, mekanisme kontraksi dan meningkatnya tonus otot dapat terjadi karena adanya rangsangan sebagai dampak latihan. Senam kegel adalah latihan yang bertujuan untuk memperkuat sfingter kandung kemih dan otot dasar panggul, yaitu otot-otot yang berperan mengatur miksi dan gerakan yang mengencangkan, melemaskan kelompok otot panggul dan daerah genital, terutama otot *pubococcygeal*, latihan ini dilakukan dengan membayangkan seolah-olah sedang miksi atau berdefekasi hal tersebut di tahan selama 3-10 detik dan di ulangi 3-4 kali dalam sehari dengan 2 minggu melakukan latihan ini dengan teratur akan terasa berkurangnya kebocoran urin. (Agoes, 2010).

### 2. Tujuan Senam Kegel

- a. Mencegah keluarnya air seni tanpa sengaja terutama saat batuk, bersin dan mengangkat barang berat.
- b. Meningkatkan kepuasan seksual karena cengkraman vagina lebih kuat oleh adanya otot panggul yang kuat.
- c. Meningkatkan tonus otot kandung kemih dan kekuatan otot dasar panggul serta sfingter uretra agar dapat tertutup dengan baik.
- d. Memperpanjang interval berkemih sehingga lansia dapat menahan sensasi berkemih sebelum waktunya.

### 3. Indikasi

Lansia yang mengalami masalah pada otot pelvis dan sfingter yang terjadinya penurunan dan kelemahan otot dasar panggul secara fisiologis. Seperti lansia yang mengalami persalinan yang lebih dari 3 kali, kebiasaan mengejan yang salah, laki-laki yang operasi prostat yang dapat menyebabkan lemahnya otot dasar panggul mengakibatkan penurunan terjadinya pengeluaran urine secara tidak sadar dan di luar kehendak.

#### 4. Komplikasi

Komplikasi dari segi medis dan psikologi :

- a. Ulkus dekubitus
- b. Infeksi saluran kemih
- c. Sepsis
- d. Iritasi kulit
- e. Kurang percaya diri
- f. Depresi
- g. Ketergantungan pada orang lain
- h. Hambatan pergaulan dan aktivitas seksual

#### 5. Cara melakukan senam kegel

##### a. Persiapan

- 1) Dilakukan pada klien yang fungsi kognitif yang baik
- 2) Adanya kedisiplinan dan kesungguhan klien akan mendapatkan keberhasilan dari latihan senam kegel.
- 3) Memberikan motivasi bagi klien

##### b. Pelaksanaan



- 1) Posisi duduk pada kursi dengan panggul dan lutut tersongkong dengan rileks.
  - 2) Badan sedikit membungkuk dengan tangan menyangga pada paha.
  - 3) Konsentrasi pada daerah vagina, uretra, dan rektum.
  - 4) Kontraksikan otot dasar panggul seperti menahan defekasi dan berkemih.
  - 5) Rasakan kontraksi otot dasar panggul.
  - 6) Pertahankan kontraksi sebatas kemampuan  $\pm$  3-10 detik.
  - 7) Kontraksikan otot dasar panggul lagi, dan lakukan dengan benar tanpa menahan nafas.
  - 8) Rileks, dan rasakan perbedaan saat berkontraksi dan rileks.
  - 9) Lakukan kontraksi dengan cepat sekali-sekali tanpa ada kontraksi otot lain.
  - 10) Lakukan kontraksi otot dengan cepat beberapa kali, pada latihan awal, lakukan 3 kali karena otot yang lemah akan mudah lelah.
- c. Terminasi
- 1) Saat waktu latihan dirasa telah cukup, klien diberitahu untuk mengakhiri latihan.
  - 2) Memberikan pada klien waktu untuk istirahat.

Arnold Kegrel melaporkan perbaikan/kesembuhan sampai 84% dengan latihan otot dasar panggul untuk wanita dengan macam-macam tipe inkontinensia. Yaitu dengan tipe inkontinensia urgensi, inkontinensia

campuran, inkontinensia limpahan, inkontinensia fungsional, inkontinensia total dan inkontinensia stress dimana inkontinensia stress itu disebabkan karena adanya tekanan meningkat secara mendadak di rongga perut yang menyebabkan merembesnya urine keluar yang disebabkan karena batuk, ketawa terbahak-bahak, dan bersin jika dilakukan senam kegel maka akan memperkuat otot panggul dan sfingter dan akan terjadinya pengurangan inkontinesia urine stress di saat batuk, ketawa dan bersin.

Penatalaksanaan inkontinensia urine dimulai dengan perubahan sikap seperti latihan senam kegel dan pelatihan kandung kemih. Latihan ini bertujuan memperkuat sfingter kandung kemih dan sfingter ani yaitu otot-otot yang berperan mengatur miksi. Latihan ini akan efektif jika dilakukan berulang-ulang untuk inkontinensia urine. Latihan otot dasar panggul yang terkenal adalah latihan kegel berupa gerakan mengencangkan dan melemaskan kelompok otot panggul dan daerah genital. Latihan ini dilakukan dengan membayangkan seolah-olah sedang miksi, kemudian untuk panggul dikencangkan untuk menutup sfingter kandung kemih dan sfingter ani (Agoes, 2010).

Cara sederhana yang dapat dilakukan untuk senam kegel dengan cara seolah-olah menahan kencing, kencangkan otot dan kontraksikan otot seperti menahan kencing, pertahankan selama 5 detik kemudian relaksasikan (kendurkan). Latihan fisik senam kegel tersebut dilakukan selama 30 menit dalam sehari (Darmjo, 2011).

#### **D. Proses Asuhan Keperawatan**



### a. Pengkajian

Menurut Nugroho (2008) pengkajian meliputi aspek fisik, psikologis, sosial ekonomi, dan spiritual, sebagai berikut:

#### 1) Fisik

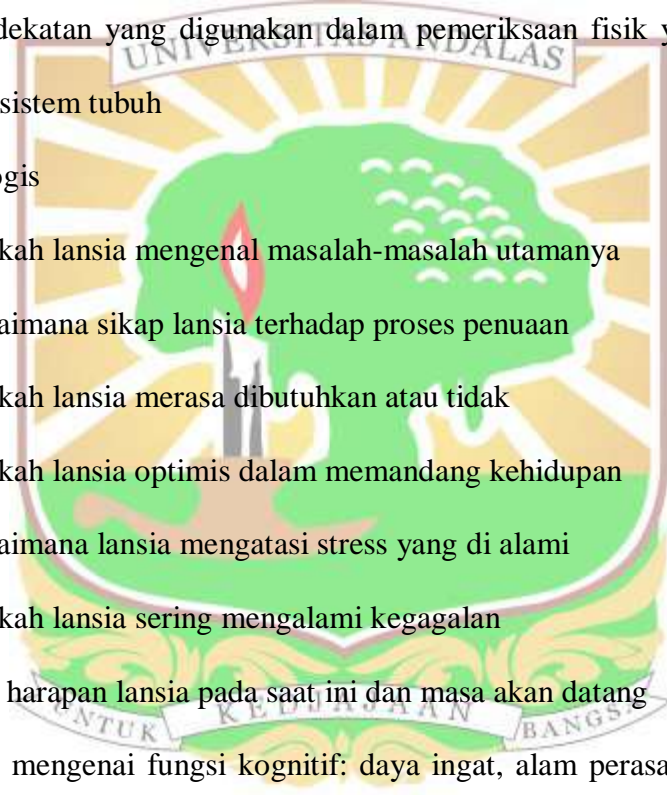
- a) Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui perubahan sistem tubuh dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi
- b) Pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik yaitu Head to toe dan sistem tubuh

#### 2) Psikologis

- a) Apakah lansia mengenal masalah-masalah utamanya
- b) Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan
- c) Apakah lansia merasa dibutuhkan atau tidak
- d) Apakah lansia optimis dalam memandang kehidupan
- e) Bagaimana lansia mengatasi stress yang di alami
- f) Apakah lansia sering mengalami kegagalan
- g) Apa harapan lansia pada saat ini dan masa akan datang
- h) Kaji mengenai fungsi kognitif: daya ingat, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam penyelesaian masalah

#### 3) Sosial Ekonomi

- a) Sumber keuangan lansia darimana
- b) Apa saja kesibukan lansia
- c) Lansia tinggal dengan siapa
- d) Apakah lansia mengikuti kegiatan organisasi



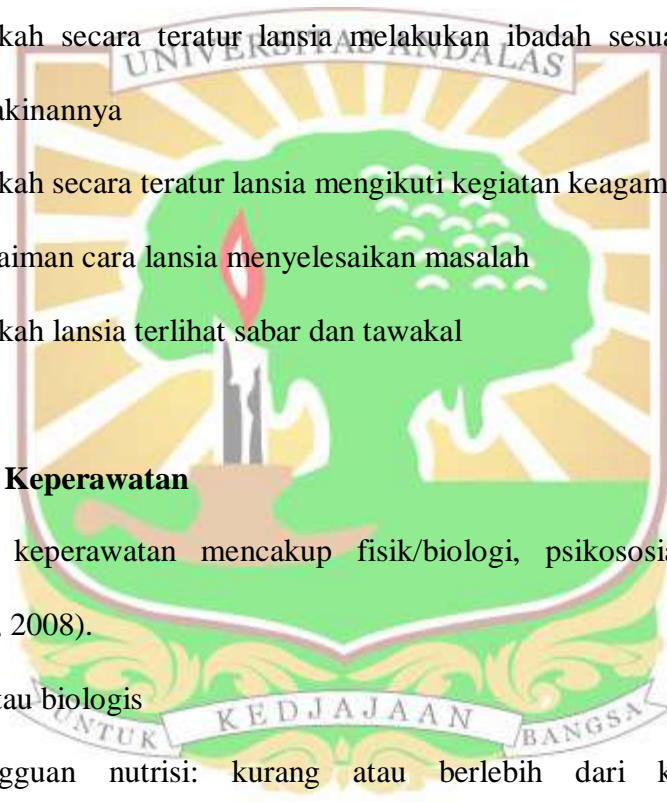
- e) Bagaimana lansia memandang lingkungannya
  - f) Berapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di rumah dan di luar rumah
  - g) Seberapa besar tingkat ketergantungan lansia
  - h) Apakah lansia dapat menyalurkan hobi atau keinginannya
- 4) Spiritual
- a) Apakah secara teratur lansia melakukan ibadah sesuai dengan agama keyakinannya
  - b) Apakah secara teratur lansia mengikuti kegiatan keagamaan
  - c) Bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah
  - d) Apakah lansia terlihat sabar dan tawakal

**b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan mencakup fisik/biologi, psikososial, dan spiritual (Nugroho, 2008).

1) Fisik atau biologis

- a) Gangguan nutrisi: kurang atau berlebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya pemasukan nutrisi.
- b) Gangguan persepsi sensorik: hambatan penerimaan dan pengirim rangsangan
- c) Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan menurun minat untuk merawat diri.
- c) Penurunan fungsi tubuh dapat menyebabkan potensila cedera fisik.
- d) Kecemasan dan nyeri dapat menyebabkan gangguan pola tidur.



e) Kekakuan pada sendi dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik.

2) Psikososial

a) Perasaan curiga dapat menyebabkan isolasi sosial

b) Isolasi sosial dapat menyebabkan depresi

c) Perasaan tidak mampu dapat menyebabkan menarik diri dari lingkungan

d) Perasaan ditolak menyebabkan harga diri rendah

e) Ketidakmampuan mengemukakan perasaan dapat menyebabkan coping tidak adekuat

3) Spiritual

a) Ditinggal pasangan dapat menyebabkan reaksi berkabung atau berduka.

b) Ketidaksiapan menghadapi kematian berhubungan dengan penolakan terhadap proses penuaan.

c) Perasaan tidak tenang berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan ibadah dengan tepat.

c. **Intervensi Keperawatan**

Menurut Nugroho (2008) rencana keperawatan, meliputi:

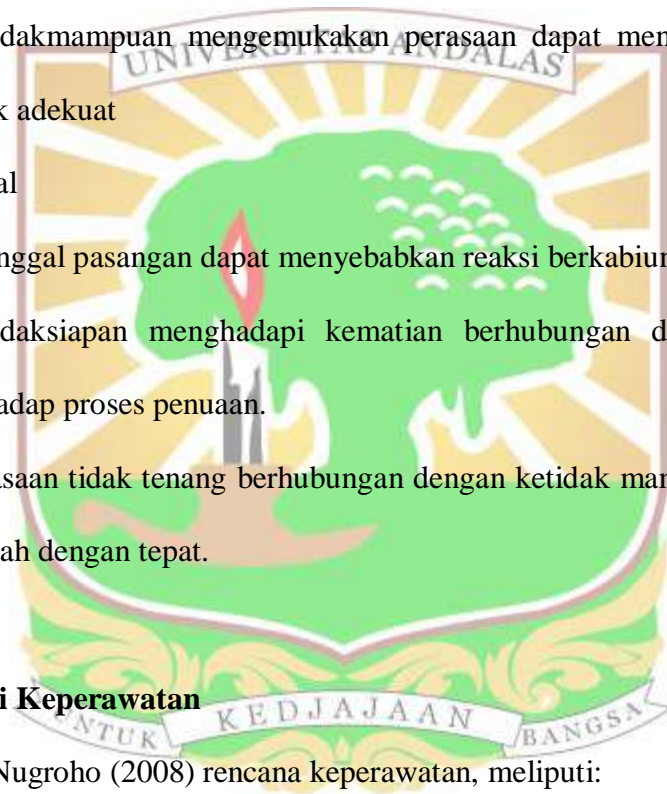
1) Dalam perencanaan keperawatan dapat melibatkan klien dan keluarganya.

2) Bekerja sama dengan profesi kesehatan lainnya dalam perencanaan keperawatan.

3) Tentukan prioritas:

a) Kaji kepuasan klien terhadap situasi tertentu

b) Bangkitkan perubahan tetapi tidak dengan memaksakan



- c) Mengutamakan keamanan atau rasa aman
- 4) Cegah timbulnya masalah-masalah yang mungkin dapat muncul
- 5) Sediakan cukup waktu untuk mendapat input atau pemasukkan
- 6) Tulis semua daftar rencana dan jadwal kegiatan yang telah direncanakan

**d. Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan rencana keperawatan. Tujuan tindakan keperawatan adalah untuk menyelesaikan masalah yang ditemui pada anggota keluarga. Diharapkan klien dan keluarga dapat menerapkan tindakan keperawatan agar masalah keperawatan dapat teratasi.

**e. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Nugroho (2006), evaluasi adalah pengukuran keberhasilan dengan melihat perubahan masyarakat terhadap program kesehatan yang telah dilaksanakan. Sedangkan menurut Maryam (2008), evaluasi dilakukan untuk mencapai tujuan dan memperbaharui data, diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan, jika tindakan keperawatan yang dilakukan belum mencapai tujuan yang diharapkan.

### **BAB III**

#### **ANALISA LAPORAN KASUS**

## A. ANALISIS KASUS PADA KELOMPOK LANSIA DI RW 05 KELURAHAN JATI GADANG

### 1) Pengkajian

Sebelum dilakukan pengkajian mahasiswa melakukan beberapa persiapan diantaranya melakukan pengamatan secara umum (*Winshield Survey*) dan penyebaran kuesioner lansia di lingkungan RW. 05 Kelurahan Jati. Dari data yang diperoleh diketahui jumlah lansia berumur 60 tahun ke atas di RW. 05 pada saat ini adalah 34 orang. Gambaran umum situasi dan keadaan wilayah di RW. 05 didapatkan melalui wawancara dengan tokoh masyarakat, kader, penduduk setempat dan observasi lingkungan sehingga dapat diketahui faktor resiko yang dapat menimbulkan masalah kesehatan pada lansia yang ada wilayah RW. 05 yang dapat menimbulkan masalah kesehatan serta faktor penunjang untuk peningkatan kesehatan masyarakat.

#### a) *Winshield Survey*

Berdasarkan hasil *Winshield Survey* yang telah dilakukan di RW.05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur pada tanggal 10 Februari 2020 didapatkan bahwa RW.05 terdiri dari 3 RT. Jumlah Penduduk di wilayah RW.05 sebanyak  $\pm 172$  KK dan jumlah lansia sebanyak 34 orang. Hasil *Winshield Survey* yang didapatkan sebagai berikut:

#### 1. Core

##### a. Sejarah

Daerah RW.05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur. Berdasarkan hasil wawancara dengan ketua RW dan



masyarakat di RW.05 Kelurahan Jati mengatakan bahwa daerah ini ditinggali oleh masyarakat pribumi dan bersuku Minang.

b. Demografi Penduduk

Karakteristik masyarakat RW. 05 bersifat heterogen, dimana jumlah penduduk lansia sebanyak 34 orang laki-laki 12 orang dan perempuan 22 orang. Menurut Kader Lansia di wilayah RW 05, 75 % dari penduduk RW. 05 merupakan pribumi, dan 25% lainnya adalah pendatang. Masyarakat di RW. 05 yang merupakan warga asli, memiliki hubungan antara satu sama lain. Tipe keluarga di RW 05 sebagian besar adalah *extended family*, dimana dalam satu rumah terdiri dari kakek, nenek, ayah, ibu, anak dan keluarga lainnya, sehingga terdapat lebih dari satu KK di satu rumah.

c. Etnik

Sebagian besar penduduk di RW. 05 adalah suku Minang dan warga menggunakan bahasa minang dan bahasa Indonesia dalam berkomunikasi satu sama lain.

d. Nilai dan Keyakinan

Lansia di RW.05 mayoritas beragama Islam. Masyarakat di RW.05 memanfaatkan musholla untuk kegiatan pelaksanaan ibadah, selain itu terdapat juga kegiatan seperti majelis taqlim, wirid dan juga senam di lapangan Rumah Data. Masyarakat RW. 05 memiliki kebiasaan untuk melaksanakan ibadah shalat berjamaah lima waktu dimesjid. Lansia berkeyakinan bahwa penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari

Allah SWT dan pengaruh umur. Apabila ada lansia yang sakit maka keluarga akan mencari fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan klinik untuk berobat.

## 2. Delapan Sub Sistem

### a. Lingkungan Fisik

#### 1) Perumahan dan Lingkungan Daerah

Perumahan penduduk di RW.05 berada di kawasan padat penduduk. Jalan utama dan jalan-jalan kecil yang menjadi akses untuk RW. 05 semua sudah di semen. Sebaran rumah penduduk di RW. 05 pada umumnya rapat dan padat. Rata-rata di RW. 05 memiliki rumah permanen. Kondisi lingkungan rumah bervariasi ada yang sudah memenuhi syarat kesehatan dan ada yang belum. Sumber air masyarakat berasal dari PDAM dan Pembuangan Sampah dengan cara dibakar dan di dibuang ke tempat pembuangan sampah yang tersedia.

#### 2) Lingkungan Terbuka

Lingkungan terbuka di RW. 05 pada umumnya berupa rumah penduduk. Jarak rumah yang satu dengan lainnya hanya dibatasi oleh dinding dan sedikit rumah warga yang memiliki lingkungan terbuka di sekitar area rumah.

#### 3) Kebiasaan

Kebiasaan lansia di RW.05 sebagian besar bekerja sebagai pekerja buruh, pedagang, dan pensiunan. Lansia RW. 05 memiliki interaksi yang baik antara sesamanya. Umumnya kaum bapak paginya beraktifitas dipekerjaan masing-masing dan sorenya berkumpul juga untuk berdiskusi seputar keadaan kampung. Dan kaum wanita banyak yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sehingga interaksi diantara mereka sering terjadi dipagi hari pada saat berbelanja di warung untuk kebutuhan sehari-hari dan bagi penduduk wanita yang bekerja di luar / pegawai biasanya berinteraksi dengan warga sekitar saat sore hari.

b. Kesehatan dan Pelayanan Sosial

Pelayanan kesehatan yang ada di RW. 05 adalah 1 praktek dokter yang berada RT. 1 serta 1 posyandu Lansia yang dilaksanakan di rumah kader lansia di RT.3. Kegiatan sosial lansia dilakukan tiap bulan arisan dan majelis taklim yang diadakan dimushola RW.05.

c. Ekonomi & Transportasi

Lansia pada umumnya mempunyai mata pencarian sebagai, pedagang,pekerja buruh, ibu rumah tangga dan Pensiunan yang pada umumnya memiliki perekonomian menengah kebawah.Dimana lansia di RW. 05 masih banyak yang merupakan tulang punggung keluarga untuk mencukupi kebutuhan ekonominya.

Alat transportasi yang digunakan untuk keluar masuk wilayah RW. 05 adalah kendaraan pribadi dan pada umumnya menggunakansepeda

motor dan beberapa yang menggunakan mobil. Akses ke pelayanan kesehatan menggunakan kendaraan pribadi, angkutan umum dan juga ojek online. Jarak dari RW. 05 ke Puskesmas Andalas yang cukup jauh, namun masyarakat terkadang berobat di puskesmas Lapai dan klinik keluarga yang lebih dekat untuk memudahkan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan.

d. Politik dan Pemerintahan

Pemilihan ketua RW dan RT dilakukan satu kali dalam 5 tahun. Pemilihan ketua RW dan RT dilakukan secara demokratis dimana ketua RT dan RW langsung dipilih oleh rakyat (masyarakat) seperti sistem pemilu dan semua masyarakat memilih hak pilih.

Program lansia yang ada di RW. 05 sebagai kampung KB terkait kesehatan lansia dengan menjadikan lansia tangguh dalam 7 dimensi yaitu: dimensi spiritual, dimensi sosial, dimensi emosional, dimensi fisik, dimensi intelektual, dimensi profesional vokasional dan dimensi lingkungan.

e. Komunikasi & Informasi

Pada umumnya masyarakat sehari-hari di lingkungan RW. 05 menggunakan bahasa Minang dan bahasa Jawa serta bahasa Indonesia dalam berinteraksi dengan sesamanya. Komunikasi antar warga berjalan dengan baik. Sebagian besar warga sudah memiliki TV di rumahnya masing-masing. Selain itu, sebagai sarana penyampaian informasi seperti ada berita duka perkumpulan diumumkan di Masjid,

ataupun informasi dari kelurahan biasanya langsung disampaikan ke ketua RW lalu ke ketua RT hingga informasi sampai pada masyarakat. Informasi mengenai Posyandu dan imunisasi biasanya langsung diumumkan di masjid. Hantaran komunikasi berjalan baik terkait hal-hal yang berhubungan dengan pemberitahuan antar warga yang disampaikan oleh ketua setempat dan terdapatnya spanduk atau poster himbauan hidup sehat.

f. Pendidikan

Di lingkungan RW.05 lansia memiliki tingkat pendidikan yang bervariasi dengan Tingkat Strata S2 sebanyak 1 orang dan SMA sebanyak 5 orang dan selebihnya SMP dan SD.

g. Rekreasi

Di wilayah RW. 05 pada umumnya tidak terdapat tempat rekreasi khusus, tetapi lansia lebih banyak melakukan kegiatan harian. Setelah pulang kerja, sebagian besar penduduk menghabiskan waktunya di rumah bersama keluarga dengan bercerita, istirahat ataupun menonton TV. Biasanya masyarakat di lingkungan RW. 05 berekreasi berdasarkan RT masing-masing.

### 3. Persepsi masyarakat

Distribusi frekuensi lansia di wilayah RW. 05, berdasarkan hasil pengamatan ditemukan lebih banyak lansia perempuan dibanding laki-laki. Distribusi frekuensi lansia berdasarkan pekerjaan sebagian besar lansia yaitu ibu rumah tangga dan pensiunan.



#### 4. Hasil Wawancara Petugas Kesehatan/ Tokoh Masyarakat

Berdasarkan hasil wawancara dengan kader RW.05 diketahui bahwa pelaksanaan posyandu lansia setiap bulan ada dilakukan pada hari Selasa minggu kedua. Menurut Kader lansia di Wilayah RW. 05 Kelurahan Jati, lansiamemiliki minat yang belum besar dengan adanya kegiatan posyandu yang dilakukan, yang mana lansia yang hadir tiap bulannya kurang dari sebagian jumlah lansia yang ada di RW. 05.

Pelaksanaan posyandu rutin dilakukan setiap bulannya, tetapi kegiatan yang dilakukan di posyandu pada saat ini hanya melakukan pemeriksaan kesehatan seperti penimbangan berat badan, pengukuran lingkar perut,tekanan darah serta pemberian informasi kesehatan. Sebelumnya pernah dilakukan pemeriksaan kesehatan sekaligus pengobatan atau pemberian obat, namun karena tujuan dari diadakan posyandu lansia ini adalah melaksanakan skrining kesehatan, jadi pemberian obat sudah tidak dilakukan saat posyandu lansia, sehingga mengurangi minat lansia untuk ikut dalam kegiatan posyandu lansia.

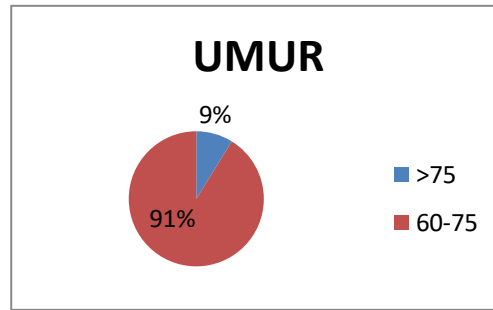
### B. Hasil Pengkajian Kuesioner

#### 1. Data Umum

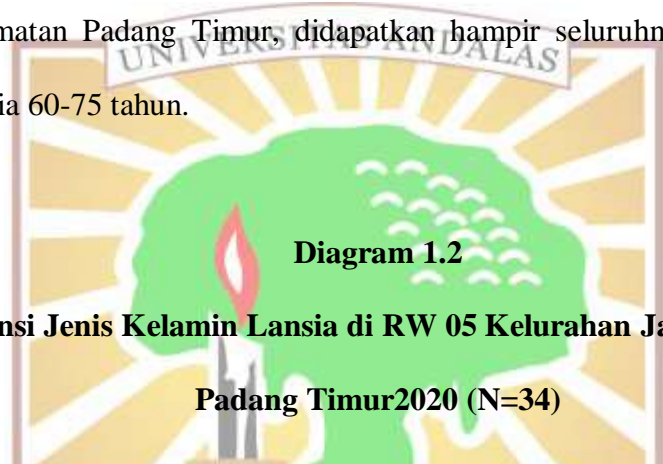
##### Diagram 1.1

Distribusi Frekuensi Umur Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan

Padang Timur2020 (N=34)

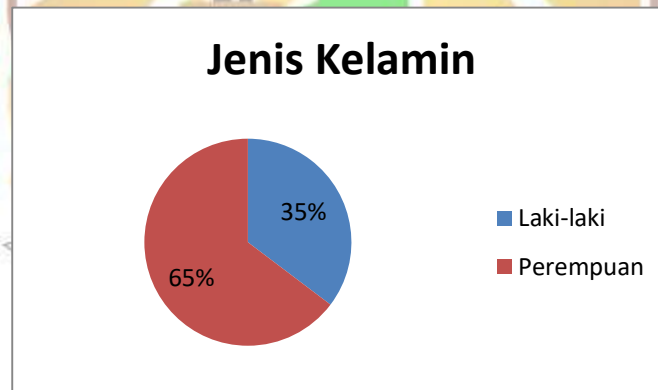


Berdasarkan diagram diatas, kriteria usia lansia di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur, didapatkan hampir seluruhnya (91%) berada rentang usia 60-75 tahun.



**Diagram 1.2**

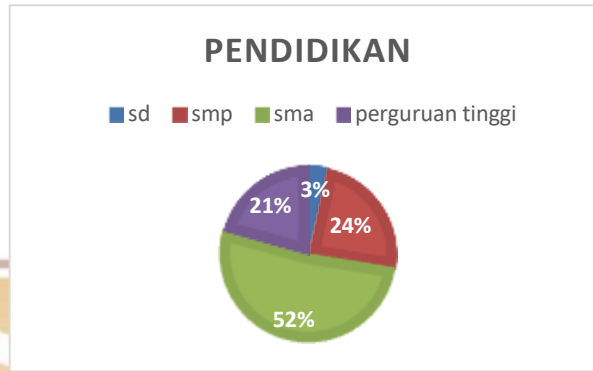
**Frekuensi Jenis Kelamin Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, Untuk jenis kelamin di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur, didapatkan lebih dari setengah (65%) berjenis kelamin perempuan.

**Diagram 1.3**

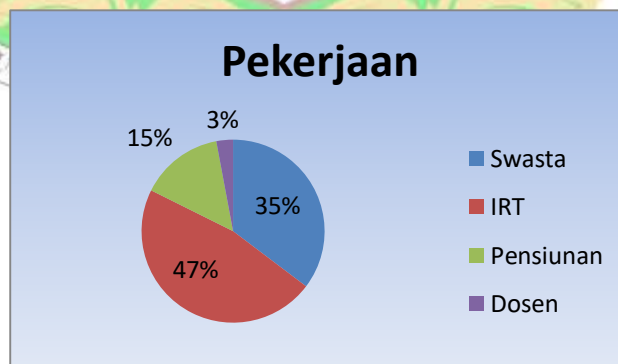
**Distribusi Frekuensi Pendidikan Lansia di RW 05 Kelurahan Jati  
Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, untuk tingkat pendidikan di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur, didapatkan setengah (52%) dengan pendidikan terakhir SMA.

**Diagram 1.4**

**Distribusi Frekuensi Pekerjaan Lansia di RW 05 Kelurahan Jati  
Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**

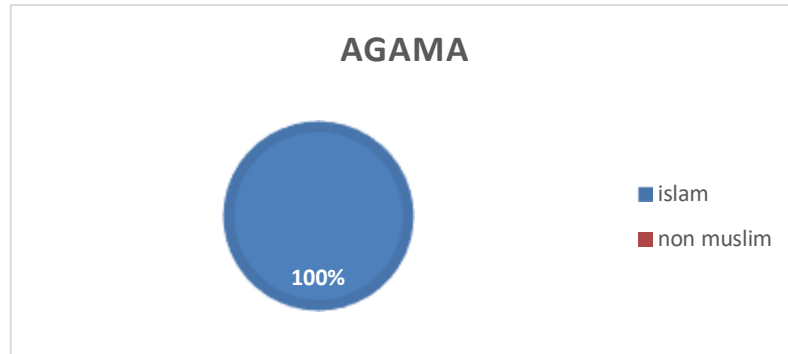


Berdasarkan diagram diatas, jenis pekerjaan lansia (47%) adalah IRT.

**Diagram 1.5**

## Distribusi Frekuensi Agama Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan

Padang Timur 2020 (N=34)

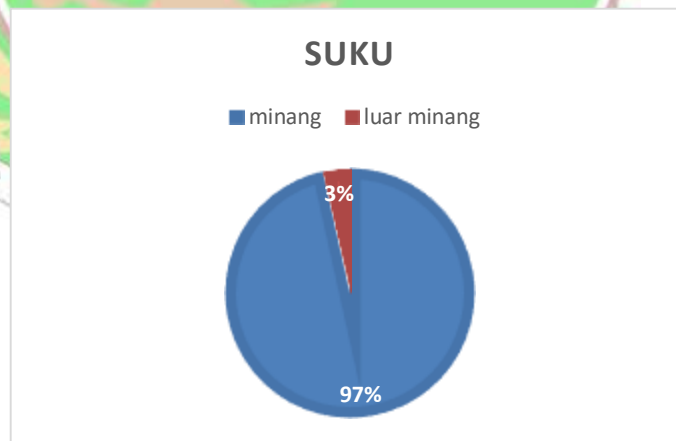


Berdasarkan diagram diatas, agama lansia di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur seluruhnya (100%) beragama Islam.

Diagram 1.6

## Distribusi Frekuensi Suku Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan

Padang Timur 2020 (N=34)

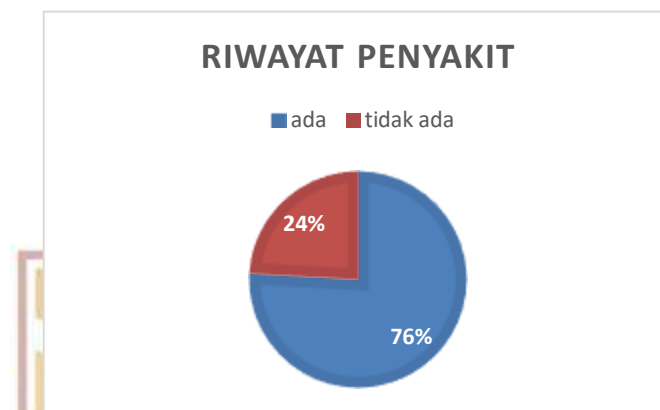


Berdasarkan diagram diatas, suku lansia di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur hampir seluruhnya (97%) bersuku Minang.

## 2. Masalah Kesehatan

**Diagram 2.1**

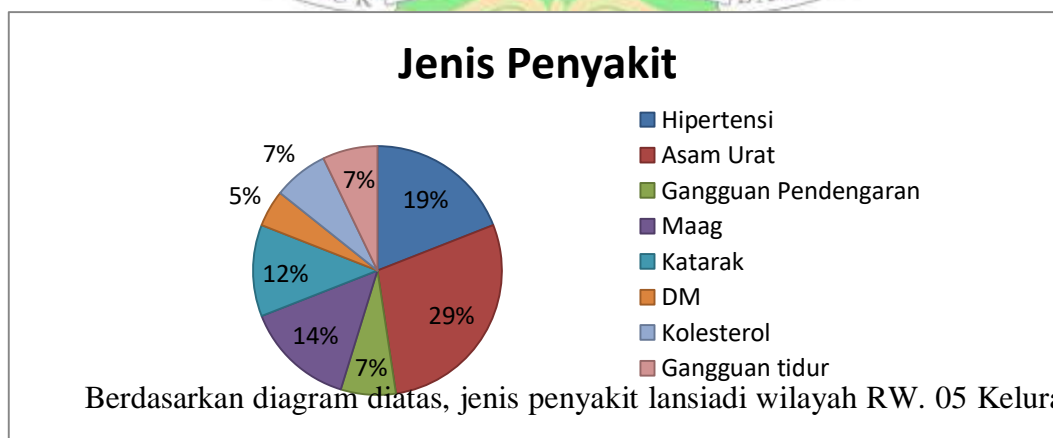
**Distribusi Frekuensi Riwayat Penyakit Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, pertanyaan dari apakah lansia memiliki riwayat penyakit di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur, sebagian besar (76%) memiliki riwayat penyakit.

**Diagram 2.2**

**Distribusi Frekuensi Jenis Penyakit Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, jenis penyakit lansiadi wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur hampir sebagian (29%) menderita asam urat.



**Diagram 2.3**

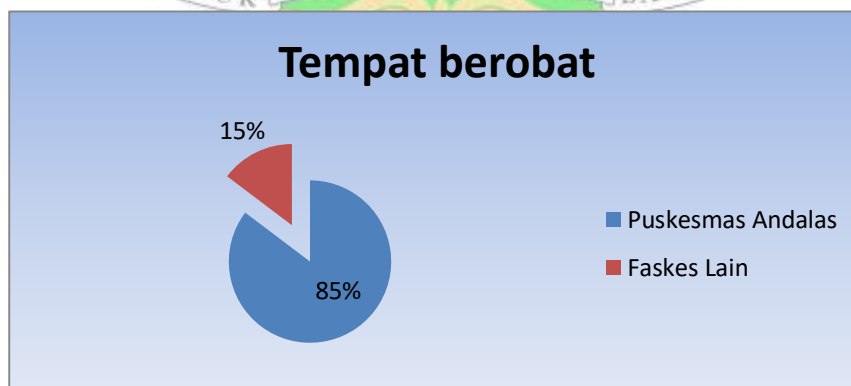
**Distribusi Frekuensi Apa Penyakit Terkontrol Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, diketahui lebih dari setengah (62%) memiliki riwayat penyakit yang tidak terkontrol.

**Diagram 2.4**

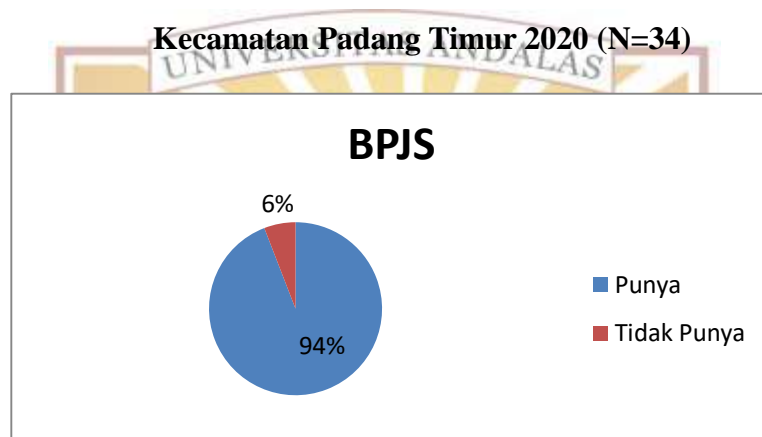
**Distribusi Frekuensi Tempat Berobat Lansia di RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, tempat lansia di wilayah RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur berobat lebih dari sebagian (85%) berobat di puskesmas Andalas kecamatan Padang Timur.

**Diagram 2.5**

**Distribusi Frekuensi Lansia Memiliki BPJS di RW. 05 Kelurahan Jati**

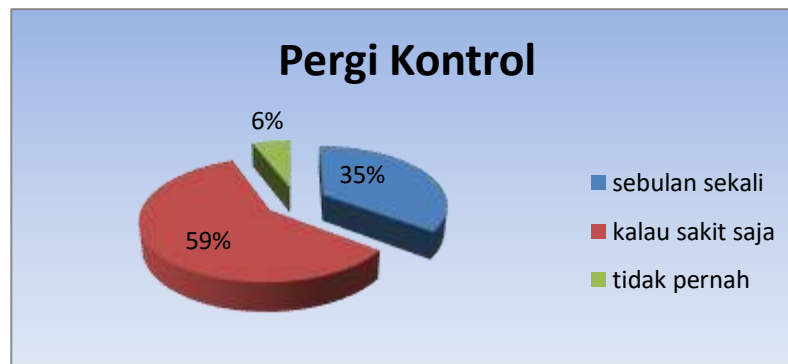


Berdasarkan diagram diatas, diketahui hampir seluruhnya (94%) memiliki BPJS.

**Diagram 2.6**

**Distribusi Frekuensi Kunjungan / Kontrol Berobat Lansia diRW 05**

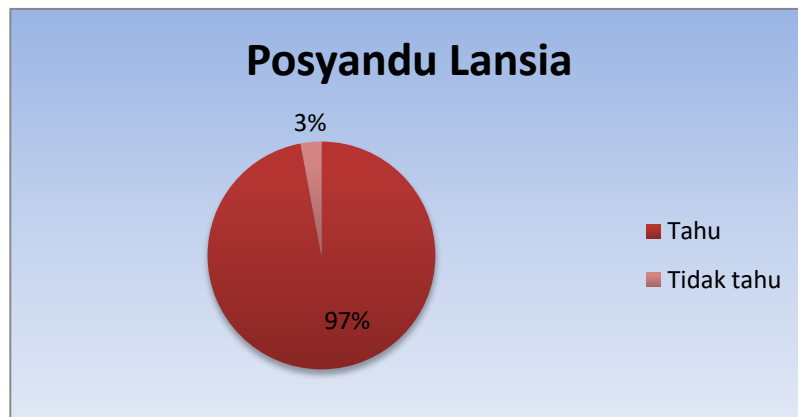
**Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, diketahui lebih dari setengah (59%) lansia akan pergi kontrol kalau sakit saja.

**Diagram 2.7**

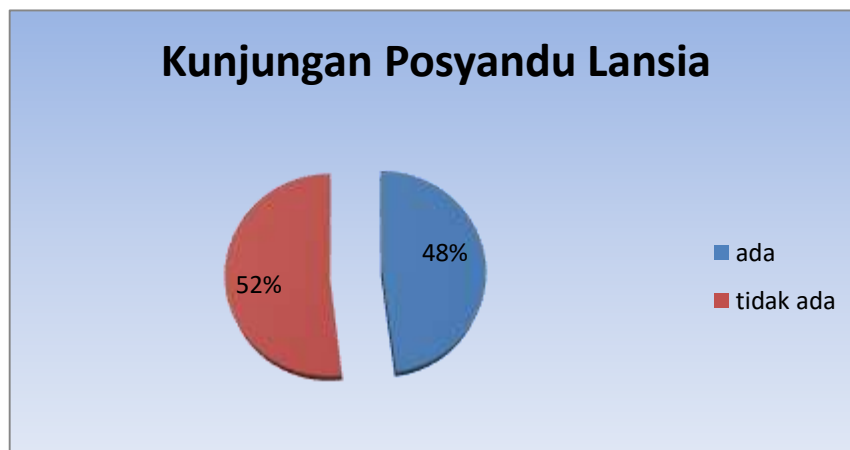
**Distribusi frekuensi lansia yang mengetahui adanya posyandu lansia di wilayah RW.5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa mayoritas (97%) mengetahui adanya posyandu lansia di wilayahnya.

**Diagram 2.8**

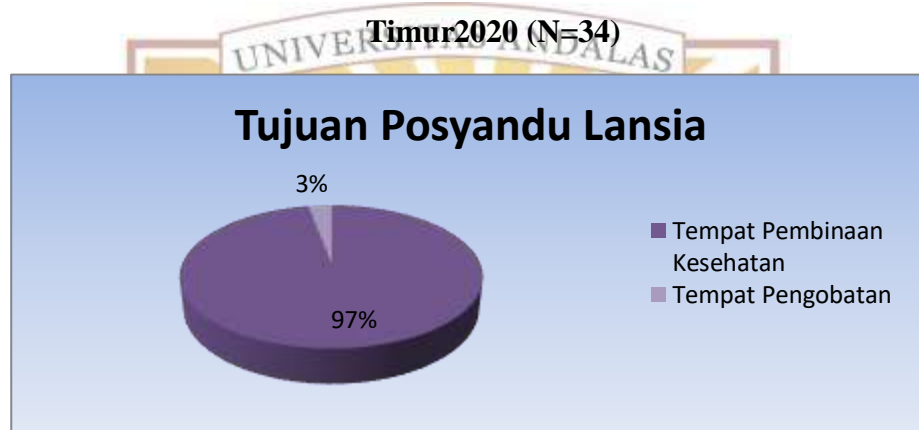
**Distribusi frekuensi lansia yang mengunjungi posyandu lansia di wilayah RW.5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa rutin sebanyak 52% tidak rutin mengunjungi posyandu lansia

**Diagram 2.9**

**Distribusi frekuensi pengetahuan lansia tentang maksud dan tujuan dari posyandulansia di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang**

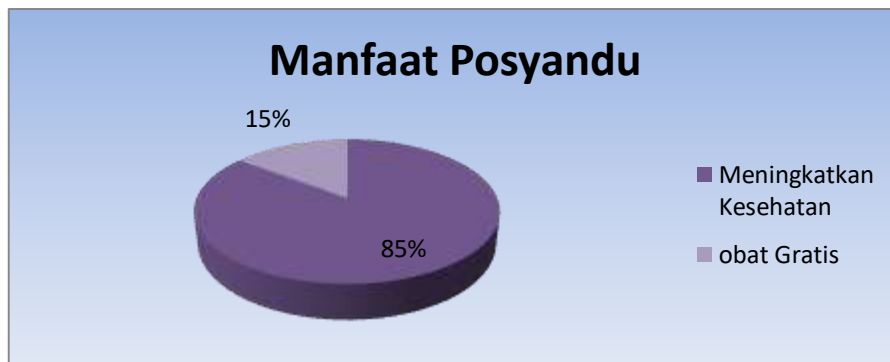


Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa hampir seluruhnya (97%) lansia menjawab sebagai tempat pembinaan kesehatan.

**Diagram 2.10**

**Distribusi frekuensi pengetahuan lansia tentang manfaat dari posyandu lansia di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020**

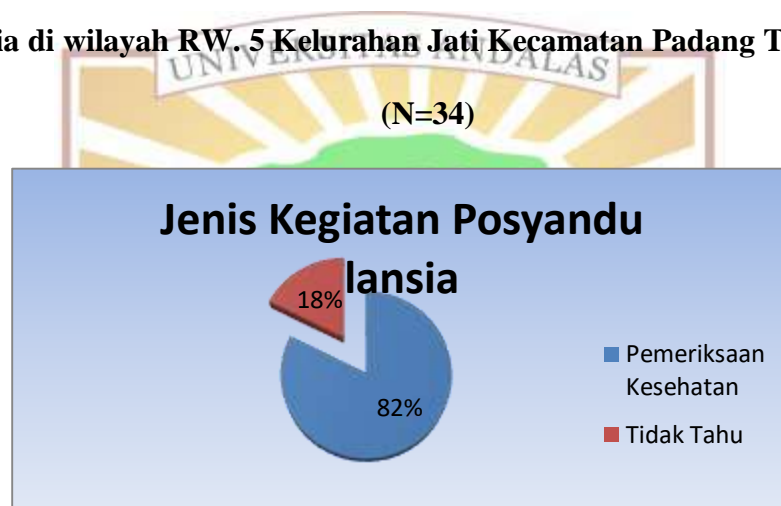
(N=34)



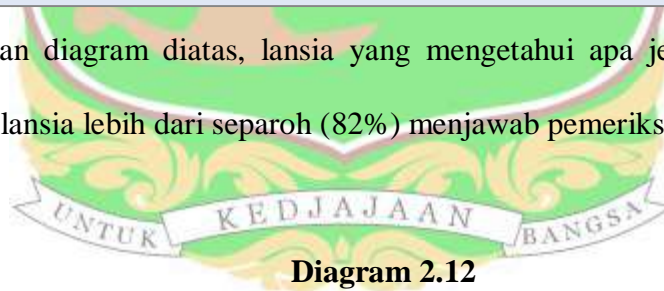
Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa sebagian besar (85%) lansia mengetahui manfaat posyandu sebagai upaya sarana untuk meningkatkan kesehatan.

**Diagram 2.11**

**Distribusi frekuensi pengetahuan lansia tentang jenis kegiatan di posyandu lansia di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020**

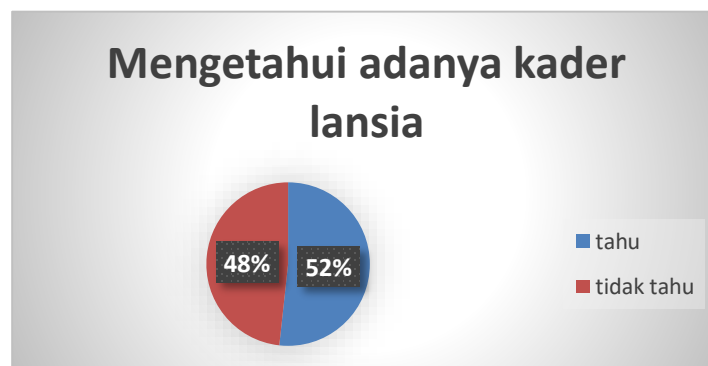


Berdasarkan diagram diatas, lansia yang mengetahui apa jenis kegiatan dari posyandu lansia lebih dari separoh (82%) menjawab pemeriksaan kesehatan.



**Diagram 2.12**

**Distribusi frekuensi pengetahuan lansia tentang kader lansia di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**

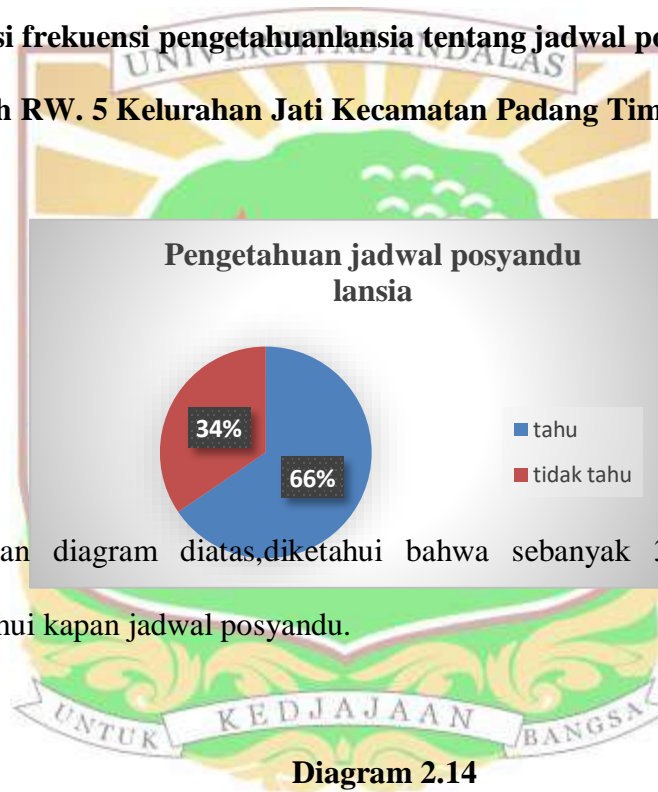




Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa hampir separuh(48%)lansia tidak mengetetahui adanya kader lansia.

**Diagram 2.13**

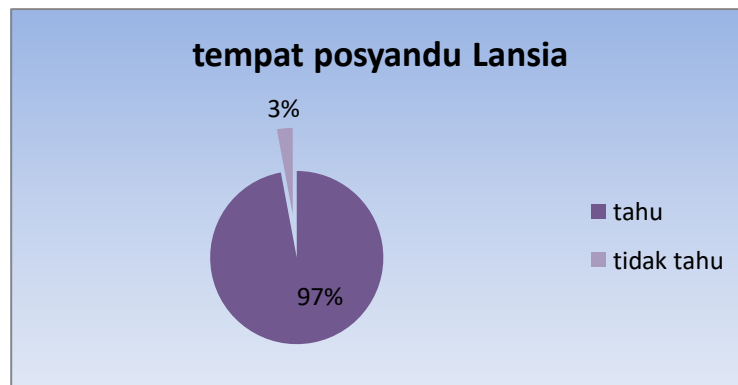
**Distribusi frekuensi pengetahuan lansia tentang jadwal posyandu lansia di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas,diketahui bahwa sebanyak 34% lansia tidak mengetetahui kapan jadwal posyandu.

**Diagram 2.14**

**Distribusi frekuensi pengetahuan lansia tentang tempat posyandu lansia di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, lansia yang mengetahui tempat posyandu lansia hampir semua (97%) di wilayah RW. 5 kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.

**Diagram 2.15**

**Distribusi frekuensi jangkauan tempat posyandu lansia di wilayah RW. 5**

**Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**

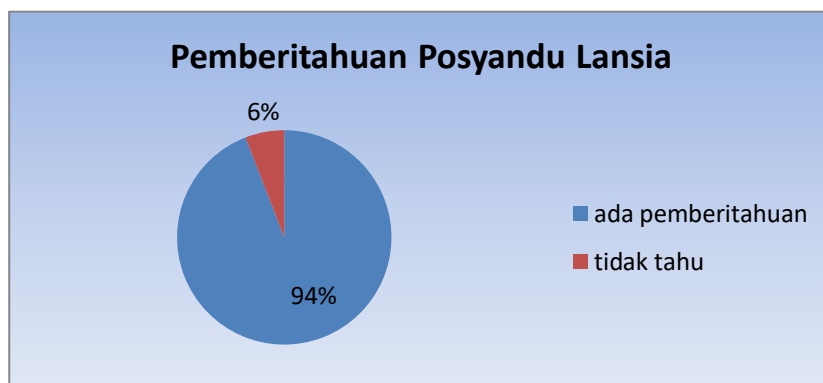


Berdasarkan diagram diatas, diketahui bahwa semua lansia (90%) mengetahui lokasi posyandu terjangkau oleh lansia.

**Diagram 2.16**

**Distribusi frekuensi pemberitahuan posyandu lansia di wilayah RW. 5**

**Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**

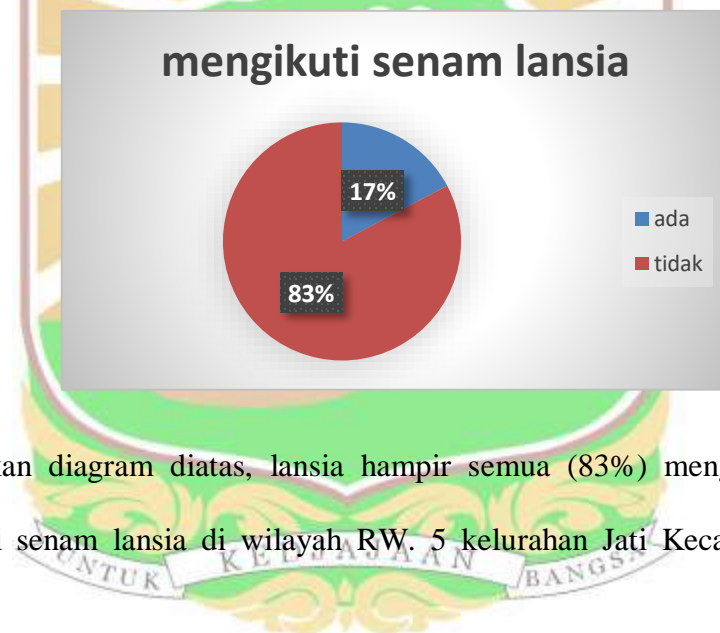


Berdasarkan diagram diatas, lansia mengatakan hampir semua (94%) mengatakan ada pemberitahuan posyandu lansia terjangkau di wilayah RW. 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.

**Diagram 2.17**

**Distribusi frekuensi lansia mengikuti senamlansia di wilayah RW 5**

**Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Berdasarkan diagram diatas, lansia hampir semua (83%) mengatakan tidak mengikuti senam lansia di wilayah RW. 5 kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.

### **3. Kesiapsiagaan bencana**

**Diagram 3.1**

**Distribusi frekuensi pernah mendapatkan penyuluhan tentang mitigasi**

**bencana RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Diagram diatas menunjukkan bahwa lebih separuh lansia (59%) tidak pernah mendapatkan penyuluhan tentang mitigasi bencana

**Diagram 3.2**

**Distribusi frekuensi pengetahuan tentang daerah tempat tinggal ada di daerah zona apa di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (56%) tidak mengetahui zona daerah tempat tinggalnya.

**Diagram 3.3**

**Distribusi frekuensi perasaan cemas akan terjadinya bencana ulang di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**

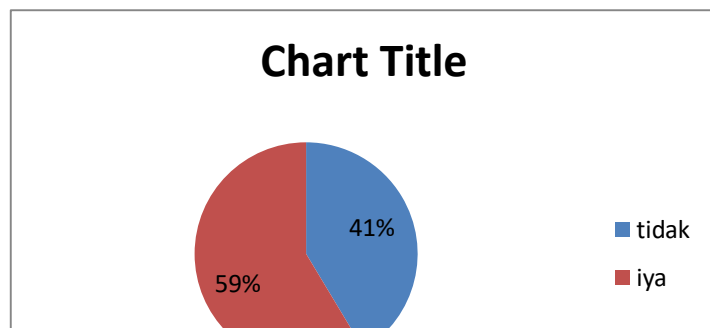
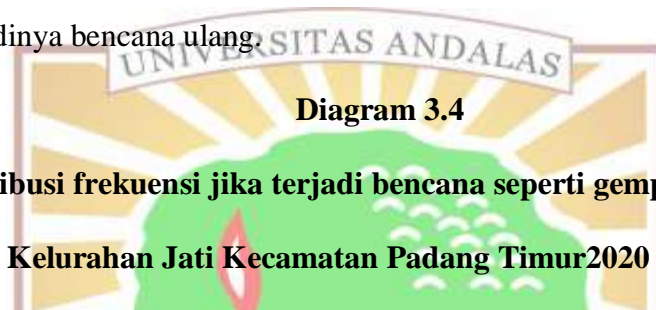


Diagram diatas menunjukkan bahwa hampir seluruh lansia (59%) merasa cemas akan terjadinya bencana ulang



**Diagram 3.4**  
**Distribusi frekuensi jika terjadi bencana seperti gempa di RW. 05**  
**Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**



Diagram diatas menunjukkan bahwa seluruh lansia (93%) mengetahui apa yang akan dilakukan jika terjadi bencana seperti gempa.

**Diagram 3.5**

**Distribusi frekuensi pengetahuan tentang tanda-tanda bencana yang seperti apa yang mengharuskan untuk mengevakuasi diri di RW. 05**  
**Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur 2020 (N=34)**

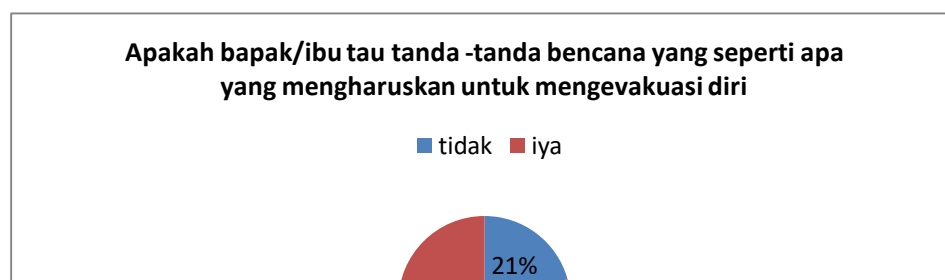
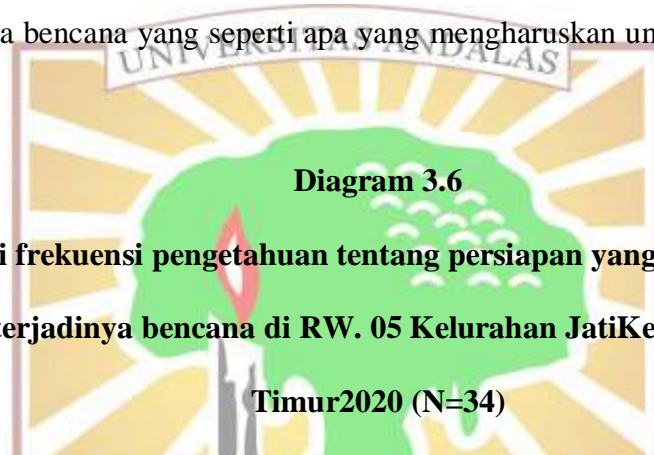




Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (79%) mengetahui tanda-tanda bencana yang seperti apa yang mengharuskan untuk mengevakuasi diri.



**Diagram 3.6**

**Distribusi frekuensi pengetahuan tentang persiapan yang perlu dilakukan sebelum terjadinya bencana di RW. 05 Kelurahan JatiKecamatan Padang Timur2020 (N=34)**

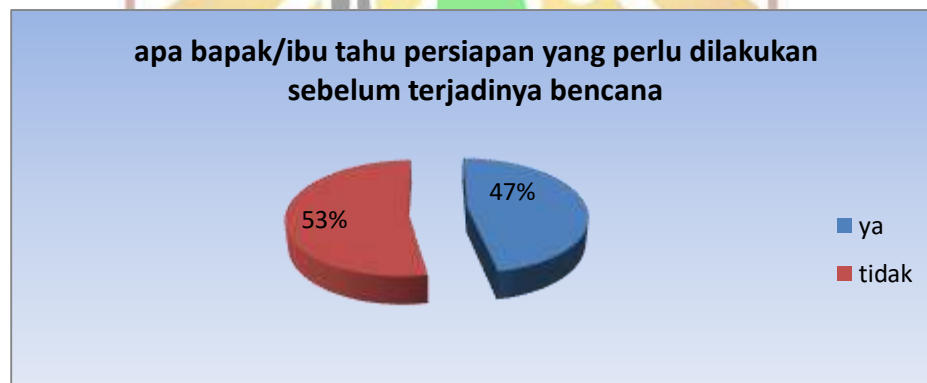


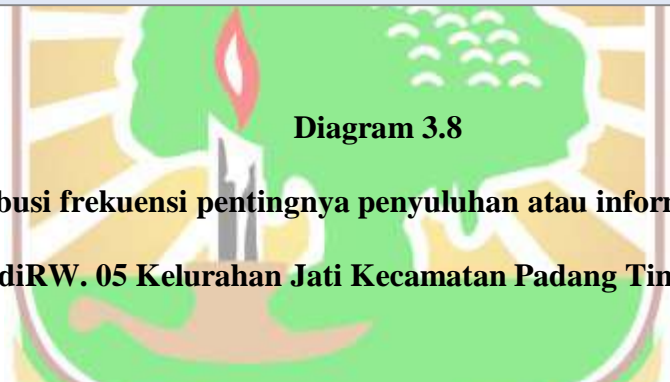
Diagram diatas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian (62%) tidak mengetahui persiapan yang perlu dilakukan sebelum terjadinya bencana

**Diagram 3.7**

**Distribusi frekuensi pengetahuan tentang lokasi khusus tempat berlindung/titik kumpul didaerah tempat tinggal ketika terjadi bencana di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**



Diagram diatas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian (59%) tidak mengetahui lokasi khusus tempat berlindung/titik kumpul didaerah tempat tinggal ketika terjadi bencana.



**Diagram 3.8**

**Distribusi frekuensi pentingnya penyuluhan atau informasi tentang bencana diRW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur2020 (N=34)**

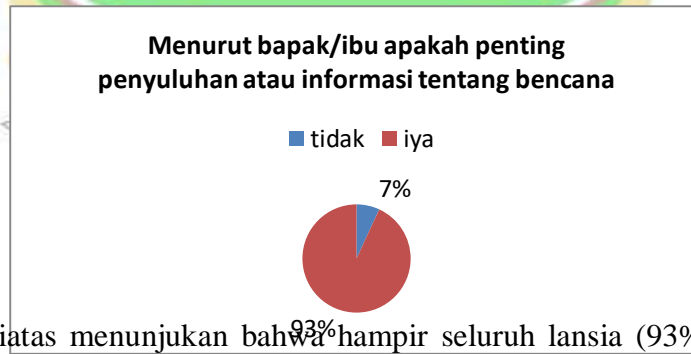


Diagram diatas menunjukkan bahwa hampir seluruh lansia (93%) mengatakan penting penyuluhan atau informasi tentang bencana.

**4. Pengkajian Gerontik**

**Diagram 4.1**

## Distribusi frekuensi Indeks Kehidupan Sehari-hari di RW. 05 Kelurahan

Jati 2020 (N=34)

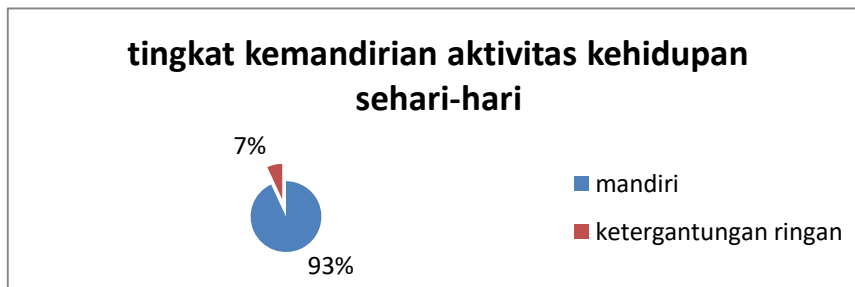
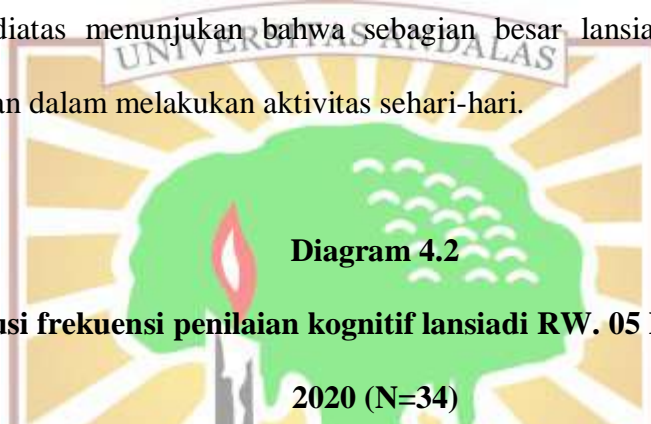


Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (93%) memiliki kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.



**Diagram 4.2**

## Distribusi frekuensi penilaian kognitif lansia di RW. 05 Kelurahan Jati

2020 (N=34)

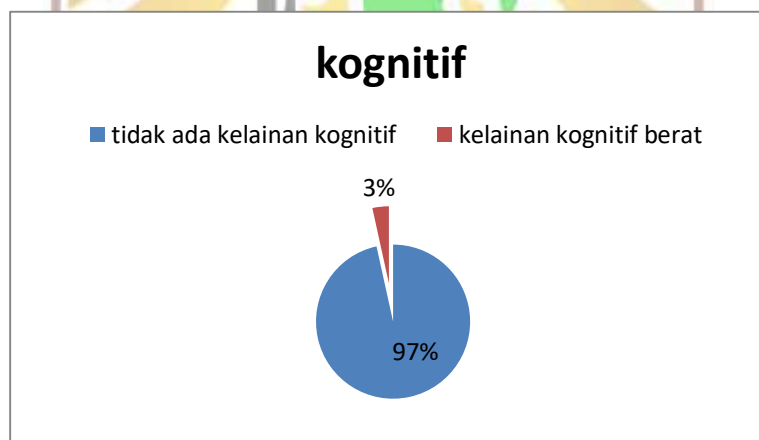


Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (97%) tidak memiliki kelainan kognitif.

**Diagram 4.3**

## Distribusi frekuensi tingkat depresi lansia di RW 05 Kelurahan Jati2020

(N=34)

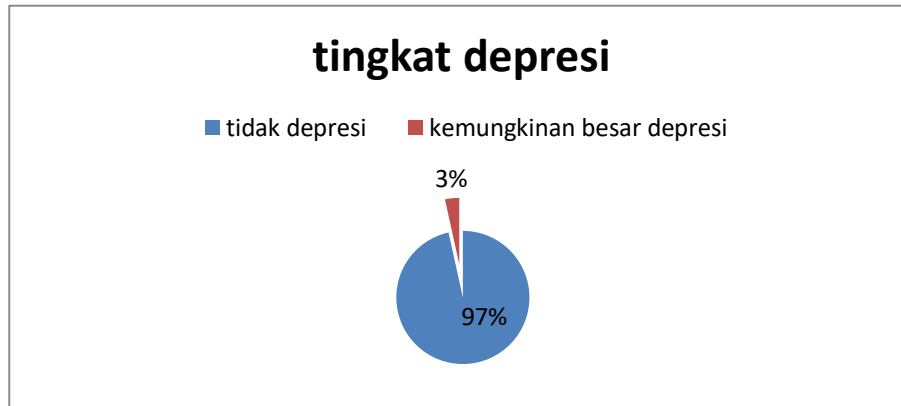


Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (97%) tidak depresi dan 3% menunjukkan lansia memiliki kemungkinan depresi.

**Diagram 4.4**

## Distribusi frekuensi kualitas tidur lansia di RW. 05 Kelurahan Jati2020

(N=34)



Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (91%) memiliki kualitas tidur yang baik.

**Diagram 4.5.1**

**Distribusi frekuensi minuman selama 1 minggu terakhir di RW. 05**

**Kelurahan Jati2020 (N=34)**

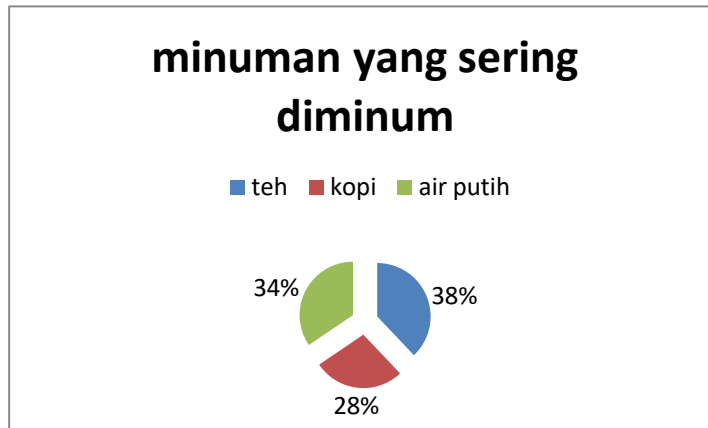


Diagram diatas menunjukkan bahwa hampir sebagian lansia (38%) meminum teh.

**Diagram 4.5.2**

**Distribusi frekuensi sering BAK malam hari dapat dikendalikan di RW. 05**

**Kelurahan Jati2020 (N=34)**

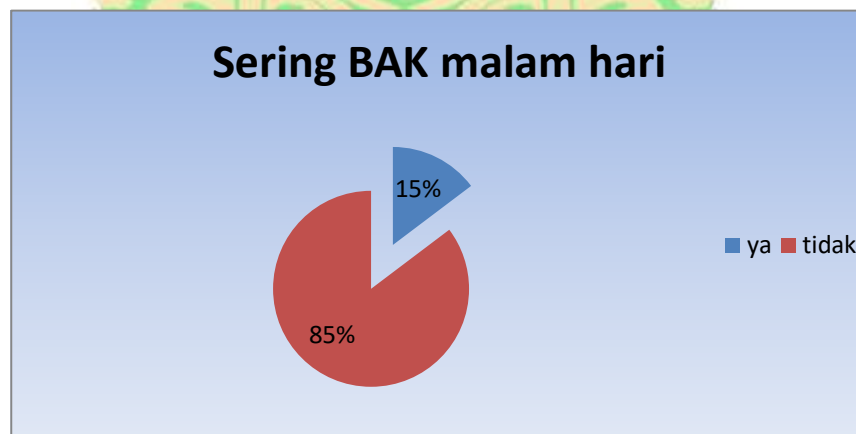


Diagram diatas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian besar lansia (85%) tidak sering BAK malam hari dapat dikendalikan



**Diagram 4.5.3**

**Distribusi frekuensi mengeluarkan BAK saat Batuk, tertawa dan mengangkat beban berat di RW. 05 Kelurahan Jati2020 (N=34)**

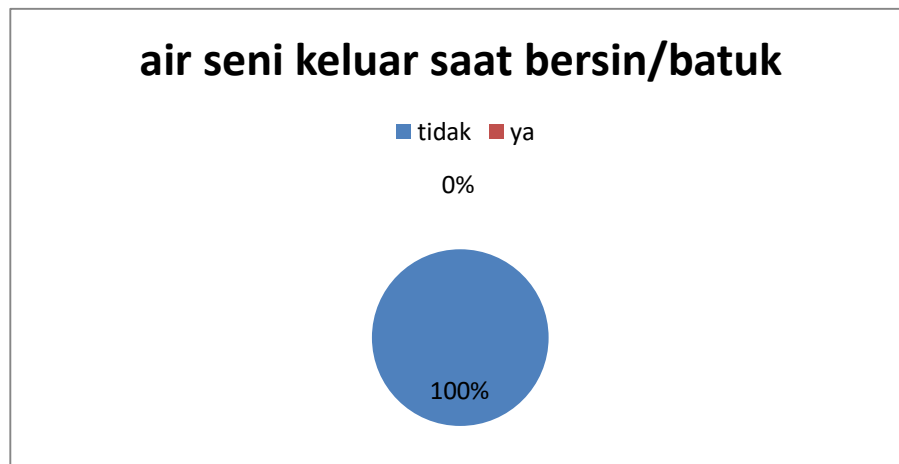


Diagram diatas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian lansia (100%) tidak mengeluarkan BAK saat Batuk, Tertawa dan mengangkat berat

**Diagram 4.5.4**

**Distribusi frekuensi tidak bisa menahan BAK sampai Toilet di RW. 05 Kelurahan Jati2020 (N=34)**



Diagram diatas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian lansia (90%) bisa menahan BAK sampai toilet.

### Diagram 4.5.8

Distribusi frekuensi BAK keluar secara menetes di RW. 05 Kelurahan  
Jati2020 (N=34)

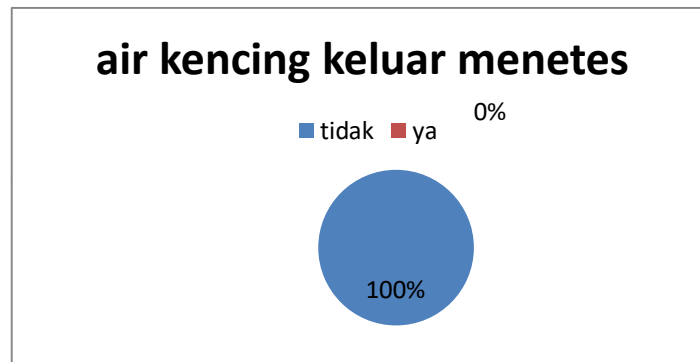


Diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia (100%) tidak mengalami BAK keluar secara menetes.

### 2) Diagnosa keperawatan

Menurut NANDA (2015-2017) menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Dari data diatas maka dapat diangkat diagnosa keperawatan yaitu :

- a) Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan pada lansia di RW 05 Kel. Jati, Kec. Padang Timur.

### 3). Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan membantu masyarakat memperoleh dan mempertahankan kesehatan, kesejahteraan dan kualitas hidup dapat tercapai. Beberapa rencana keperawatan menurut *Nursing Intervention classification* (NIC) tahun 2015 yang dapat diterapkan untuk diagnosis keperawatan komunitas Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan pada lansia di RW 05 Kel. Jati, Kec. Padang Timur adalah :

**1) Edukasi kesehatan**

**Pengertian :** mengajarkan pengelolaan factor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat.

**Aktivitas :**

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan masyarakat menerima informasi
- b) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d) Berikan kesempatan masyarakat untuk bertanya
- e) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pada masyarakat

**4). Implementasi**

Implementasi yang dilakukan pada masyarakat RW 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur berupa :

- a. Sosialisasi gerakan hidup bersih dan sehat (GERMAS)

Tujuan : Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang GERMAS

Waktu : Minggu, 22 Februari 2020

Tempat : Rumah Data RW 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur

b. Skrinning Kesehatan

Tujuan : Teridentifikasinya resiko/ penyakit/ masalah kesehatan pada lansia

Waktu : Minggu, 22 Februari 2020

Tempat : Rumah Data RW 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur

e. Berikan penyuluhan tentang mitigasi bencana dan Sosialisasi tentang keluarga siaga bencana

Tujuan : Meningkatkan pengetahuan dan kesiapsiagaan lansia dalam menghadapi potensi bencana

Waktu : Selasa dan Rabu, 3-4 Maret 2020

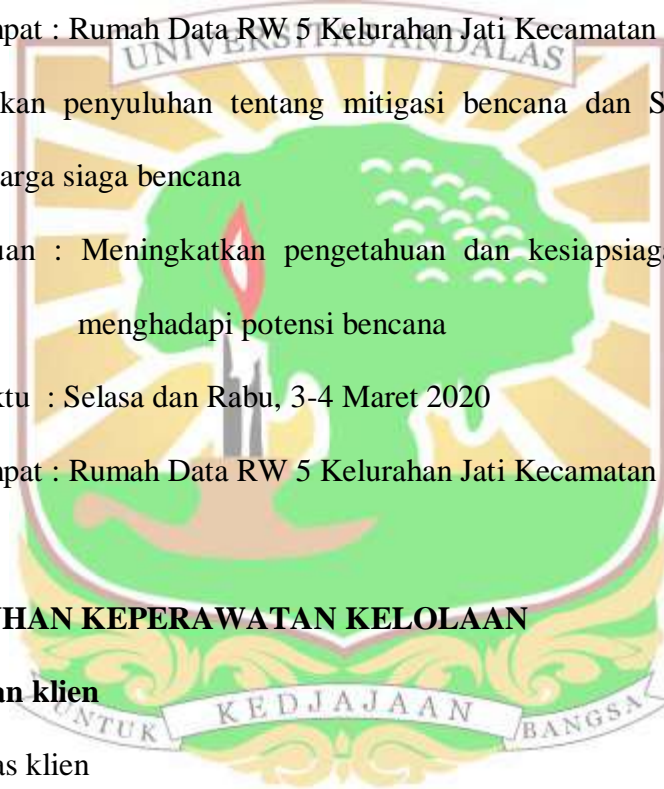
Tempat : Rumah Data RW 5 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur

## **B. ASUHAN KEPERAWATAN KELOLAAN**

### **1. Pengkajian klien**

a. Identitas klien

Berdasarkan pengkajian yang sudah di lakukan pada tanggal 10-11 Februari 2020 di dapatkan hasil pengkajian adalah klien Ny. M berusia 75 tahun, pendidikan terakhir SMA, agama Islam dan bekerja sebagai pedagang gorengan. Klien saat ini tinggal di lingkungan RW. 05 RT. 03 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur. Pada saat pengkajian di dapatkan data bahwa klien adalah seorang janda yang saat ini tinggal bersama anaknya, menantu



dan cucu klien. Klien memiliki 5 orang anak yang semuanya sudah menikah dan 3 orang anaknya terpisah tinggal bersama klien. Tipe keluarga klien adalah extended family yaitu keluarga besar yang terdiri dari orang tua, anak, menantu dan cucu.

b. Riwayat kesehatan klien

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada klien didapatkan data bahwa klien mengeluh mengalami buang air kecil yang sering dan tidak terkontrol sering keluar tanpa disadari. Klien mengatakan frekuensi buang air kecilnya lebih dari 10 kali apalagi di waktu malam hari sehingga klien sering terbangun di waktu tidur karena ingin buang air kecil. Klien mengatakan tidak pernah datang ke pusat pelayanan kesehatan dengan alasan tidak memiliki kartu BPJS dan tidak ada yang mengantar klien.

c. Fungsi keluarga

Klien mengatakan hubungannya dalam keluarga baik dengan anak-anak, menantu dan cucu berjalan dengan sangat baik. Anggota keluarga saling mendukung, menghargai dan menghormati satu sama lainnya. Hubungan klien dengan anak-anaknya sangat dekat, apabila ada anggota keluarga yang ditimpa masalah maka anggota keluarga yang lain akan saling mendukung dan membantu dalam menyelesaikannya.

Keluarga Ny. M adalah keluarga dengan golongan ekonomi ke bawah dimana sumber penghasilan keluarga berasal dari menantunya yang bekerja



sebagai buruh harian yang pendapatannya tidak tetap dan juga berasal dari klien yang bekerja sebagai penjual gorengan. Klien mengatakan pendapatan keluarganya adalah sekitar Rp. 2 Juta/bulan yang mencukupi kebutuhan sehari-harinya dan juga klien mengatakan tidak memiliki tabungan pribadi.

d. Fungsi perawatan keluarga

1. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan

Ny. M dan keluarga mengatakan tidak mengetahui apa itu inkontinensia urin. Klien mengatakan bahwa sakitnya hanya karena umur yang sudah tua sehingga tidak bisa mengontrol buang air kecilnya. Klien dan keluarga juga tidak mengetahui cara pencegahan dan mengatasinya.

2. Kemampuan keluarga mengambil keputusan tentang tindakan kesehatan yang tepat.

Ny. M mengatakan jika buang air kecilnya karena pengaruh umur yang sudah tua sehingga klien menganggap itu sesuatu yang tidak penting walaupun mengganggu aktivitas kesehariannya dan mengganggu istirahatnya apalagi klien tidak memiliki kartu BPJS untuk berobat ke pusat pelayanan kesehatan.

3. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga mengatakan Ny. M sering mengeluh mengenai buang air kecilnya yang sering dan tidak terkontrol tetapi keluarga menganggap itu sesuatu yang wajar karena di sebabkan pengaruh umur klien dan tidak perlu mendapatkan pengobatan yang khusus.

4. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat

Klien dan keluarga mengatakan selalu menjaga kebersihan rumah dan lingkungan serta membuang sampah pada tempatnya karena klien dan keluarga beranggapan dengan lingkungan yang bersih dapat menghindari dari berbagai macam penyakit.

5. Kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan yang ada

Klien Ny. M dan keluarga mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit berat maka keluarga akan membawa berobat ke puskesmas dan juga klien mengatakan jika klien mengalami sakit yang cukup berat maka baru klien berobat ke puskesmas.

e. Aktifitas klien

Klien mengatakan aktivitas sehari-hari klien yaitu makan 3x sehari pada waktu pagi, siang dan malam hari. Makan pagi klien biasanya minum air teh dan makan nasi, makan siang klien makan nasi dengan lauk dan sayur begitu juga makan malam klien dengan nasi, lauk dan sayur dengan porsi yang sedang. Klien biasanya mengkonsumsi air putih sebanyak 8-9 gelas/hari dan untuk tidur klien mengatakan sering mengalami gangguan di karenakan sering buang air kecil apalagi di malam hari. Klien mengatakan bangun pagi jam 5 pagi dan setelah shalat subuh klien mempersiapkan bahan untuk membuat gorengan dan klien berjualan dari jam 2 siang sampai jam 5 sore, dan untuk tidur malam klien mulai tidur sekitar jam 21.00 -22.00 Wib.

f. Keadaan psikologis

Keadaan emosi pasien stabil dan pasien sangat senang dan ramah dengan kehadiran mahasiswa. Setelah dilakukan pengkajian dan pendekatan selama 2 hari klien dan keluarga sangat terbuka dengan mahasiswa dan menerima kedatangan mahasiswa, klien mengatakan tidak memiliki penyakit yang serius yang di alaminya hanya klien mengeluhkan sering terganggu dengan pola berkemih klien dimana bak klien susah di kontrol dan dengan frekuensi yang sering sehingga mengganggu tidur malam klien.

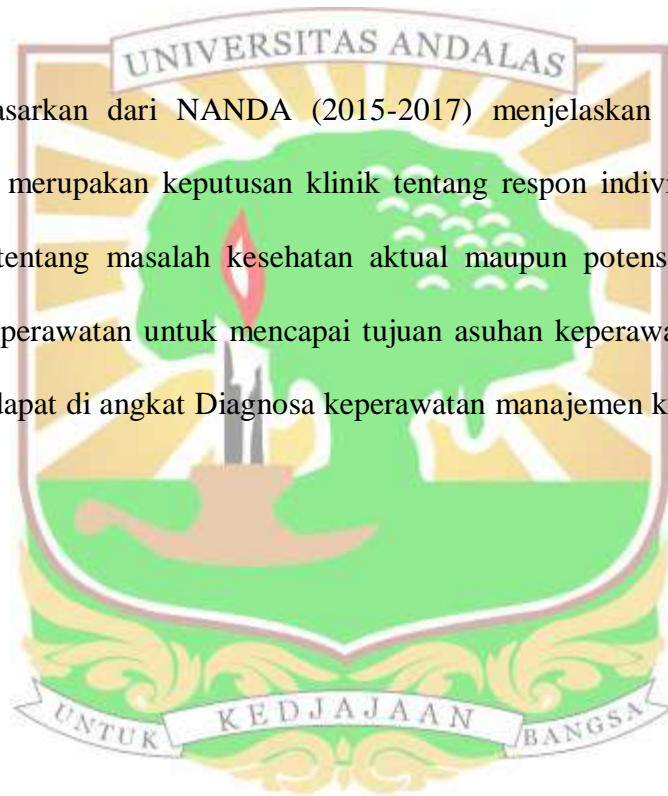
g. Keadaan fisik

Dari hasil pemeriksaan fisik yang di lakukan pada Ny. M di dapatkan data keadaan umumnya baik. Penampilan Ny. M tampak bersih, Ny. M berbadan kurus dengan tinggi badan 153 cm dan berat badan 50 kg dan hasil TD 140/90 mmHg, nadi 82 x/i, pernapasan 23x/i, serta suhu 36,2. Bentuk kepala simetris, tidak terdapat benjolan, rambut bewarna putih dengan distribusi merata,. Pada mata tidak ada kelainan, pendengaran tidak ada masalah dan penciuman Ny. M tidak ada. Mukosa bibir tampak lembab, mulut tampak bersih, gigi atas dan bawah tidak lengkap, turgor kulit baik, keadaan leher Ny. M baik tidak ada pembesaran kelenjar Getah Bening dan Tiroid. Keadaan dada baik, bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu bernafas, retraksi dinding dada tidak ada, dan tidak teraba benjolan. Abdomen tidak tampak membuncit tidak nyeri dan tidak teraba massa, dan bisung usus terdengar normal. Ny. M melakukan aktivitas secara mandiri

### **C. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan**

Data subjektif yang didapatkan adalah Ny. M mengatakan sejak ±4 tahun yang lalu memiliki keluhan sering buang air kecil dan kadang air kencing keluar sebelum mencapai toilet, pada malam harinya Ny. M mengatakan sering terbangun untuk buang air kecil. Selain data subjektif juga ditemukan data objektif terkait masalah Ny.M yaitu Ny. M sering minum dan ke toilet saat berinteraksi dengan mahasiswa. Dari hasil pengkajian di dapatkan klien dengan Inkontinensia urinarius Fungsional.

Berdasarkan dari NANDA (2015-2017) menjelaskan tentang diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual maupun potensial sebagai dasar intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Berdasarkan data di atas dapat di angkat Diagnosa keperawatan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif.



#### D. Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan dari diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah peningkatan keterlibatan keluarga, pengajaran proses penyakit, pengajaran proses perawatan dan pengajaran peresapan latihan. Adapun aktivitas dari intervensi antara lain:

1. Membangun hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga yang akan terlibat dengan perawatan, identifikasi harapan anggota keluarga terhadap klien, monitor struktur dan peran keluarga.
2. Informasikan kepada klien dan keluarga mengenai kapan dan dimana tindakan akan di lakukan, informasikan kepada klien dan keluarga mengenai lama tindakan akan berlangsung, kaji pengalaman klien dan tingkat pengetahuan klien terkait tindakan yang akan di lakukan, luruskan jika ada harapan yang tidak realistis terkait tindakan dan berikan kesempatan untuk klien untuk bertanya dan mendiskusikan perasaanya.
3. Nilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan latihan yang akan di resepkan, monitor keterbatasan fisik dan psikologi klien serta latar belakang dan budaya, informasikan kepada klien tujuan, manfaat dan latihan yang di resepkan. Adapun cara latihan yang akan di resepkan adalah sebagai berikut:  
Latihan senam keegel, aktifitas yang direncanakan antara lain: 1) Kaji kemampuan urgensi berkemih klien. 2) Instruksikan klien untuk mengawali latihan dengan pemanasan yakni relaksasi nafas dalam 3 kali. 3) Ambil posisi duduk atau berbaring. 4) Anjurkan klien untuk mengkontraksikan otot panggul dengan cara yang sama ketika menahan kencing, bila otot perut atau pantat juga



mengeras maka pasien tidak berlatih dengan otot yang benar. 5) jika klien sudah menemukan cara tepat untuk kontraksikan dalam hitungan (1-10) atau selama 10 detik. 6) lakukan latihan ini berulang-ulang sampai 10-15 persesi. 7) latihan ini di lakukan 3 kali sehari. 8) latihan keegel hanya efektif bila di lakukan secara teratur kepada klien.

4. Perawatan Inkontinensia Urin, aktifitas yang direncanakan antara lain :
- Identifikasi faktor apa saja penyebab inkontinensia pada klien (misalnya, urin output, pola berkemih, fungsi kognitif, masalah perkemih, residu paska berkemih, dan obat-obatan), Jelaskan penyebab terjadinya inkontinensia urine dan rasionalisasi setiap tindakan yang dilakukan, Diskusikan bersama klien mengenai prosedur tindakan dan target yang diharapkan.

### **E. Implementasi Keperawatan**

Kasus inkontinensia urin dilakukan implementasi selama 4 minggu. Mahasiswa dan Ny. M melakukan kontrak selama 30 menit setiap kali melakukan implementasi, dan melaksanakan terapi selama 10-15 menit. Bina hubungan percaya dengan Ny. M dan keluarga dilakukan pada minggu pertama. Dalam mengatasi inkontinensia urin telah dilakukan implementasi berupa pemberian edukasi inkontinensia urin mulai dari pengertian, klasifikasi, penyebab dan tanda gejala dari inkontinensia urin serta penatalaksanaannya dengan penerapan intervensi latihan senam keegel. Edukasi latihan senam keegel diberikan dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Pemberian terapi latihan senam keegel dilakukan selama 4 minggu, latihan senam keegel merupakan salah satu

bentuk Terapi non farmakologi untuk mengatasi masalah inkontinensia urin dengan teknik mengkontraksikan dan merelaksasikan otot-otot dasar panggul.

Tujuan latihan senam keegel untuk meningkatkan kekuatan kontraksi otot-otot dasar panggul, meningkatkan ketegangan dan kemampuan regangan pada otot dasar panggul. Adapun dalam melakukan latihan senam keegel penulis menyiapkan media yaitu berupa lembar balik mengenai bagaimana langkah-langkah teknik latihan senam keegel dan klien diminta untuk melakukan langkah-langkah latihan senam keegel dengan benar dan semampunya. Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan.

Setelah disusun rencana tindakan, maka dipilihlah rencana tindakan yang bisa dilaksanakan yang disesuaikan dengan keadaan Ny. M, implementasi yang telah dilakukan sebagai berikut :

Pada pertemuan pertama dilakukan pada hari Senin, 10 Februari 2020. Pada pertemuan pertama ini perawat bersama Ny M dan keluarga meluangkan waktu untuk mengenal seluruh anggota keluarga dan membina hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga serta mengidentifikasi kekuatan dan sumber daya keluarga. Terjalannya hubungan saling percaya sangat penting karena tidak akan tercapainya tujuan yang diinginkan jika klien tidak percaya dengan perawat, serta mengingat klien yang sudah lanjut usia dukungan dalam keluarga sangat membantu untuk kesembuhan klien., Ny. M bersedia untuk berkenalan dan menerima kedatangan perawat memberikan informasi tentang masalah kesehatan

yang ada didalam keluarga, data umum keluarga, riwayat keluarga, kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik serta tahap perkembangan keluarga serta lingkungan.

Pertemuan yang kedua pada hari Selasa, 11 Februari 2020 setelah terbinanya hubungan saling percaya antara perawat dengan Ny. M maka dilanjutkan dengan implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi kemampuan dan keinginan keluarga dalam merawat klien, mengidentifikasi harapan anggota keluarga terhadap klien serta mendorong klien dan anggota keluarga untuk bersikap asertif. Sebelumnya mahasiswa mengidentifikasi mekanisme coping dan stressor Ny. M yaitu dengan mengkaji struktur fungsi keluarga, stres dan coping keluarga, serta harapan keluarga.

Dari implementasi ini didapatkan data mengenai struktur dan fungsi keluarga, stress dan coping keluarga serta apa saja yang dirasakan oleh Ny. M serta harapan kedepannya, sehingga dapat memberikan arahan mengenai apa yang akan perawat berikan selanjutnya. Mahasiswa juga melakukan pemeriksaan fisik pada Ny. M dan melakukan anamneses yang didapatkan hasil bahwa Ny. M mengalami masalah/gangguan pada sistem perkemihan yaitu inkontinensia urin. Ny. M mengatakan sering BAK hampir setiap jam berkemih, dan pada malam hari Ny. M juga sering terbangun untuk berkemih, Ny. M juga terkencing di waktu bersin dan kadang tidak mampu mencapai toilet dan Ny. M tidak tahu cara perawatan untuk mengobati inkontinensia urin yang ia hadapi klien dan besar harapan Ny. M untuk dapat sembuh dari penyakit yang dialaminya.

Pertemuan ketiga dilakukan pada jumat, 14 Februari 2020 implementasi yang dilakukan yaitu mendorong Ny. M dan keluarga untuk terlibat dalam rencana

perawatan, menentukan kesiapan dan kemampuan keluarga untuk belajar, mengkaji tingkatpengetahuan Ny. M dan memberikan pengajaran mengenai proses penyakit yang bertujuan untuk membantu Ny. M mengenal tentang proses penyakit yang sedang dihadapi, dimana mahasiswa memberikan pendidikan kesehatan mengenai pengertian penyakit inkontinensia urin dan penyebab penyakit inkontinensia urin. Didapatkan hasil bahwa Ny. M bersedia mengikuti penyuluhan yang diadakan oleh mahasiswa dengan baik, serta Ny. M mampu mengatakan dan menjelaskan pengertian dan penyebab dari inkontinensia urin.

Dilanjutkan dengan pertemuan ke empat pada hari Senin, 17 Februari 2020 implementasi yang diberikan masih mengajarkan Ny. M mengenai proses penyakit. Sebelumnya dilakukan evaluasi pengetahuan Ny. M mengenai pendidikan kesehatan yang telah diberikan dan didapatkan hasil bahwa Ny. M mampu mengatakan dan menjelaskan pengertian dan penyebab dari inkontinensia urin. Kemudian dilanjutkan dengan memberikan informasi pada klien mengenai kondisinya, yaitu menjelaskan tentang jenis inkontinensia, tanda dan gejala dari inkontinensia urin. Tujuannya adalah agar Ny. M mampu mengetahui apa saja jenis, tanda/gejala dari inkontinensia urin. Dari implementasi yang telah dilaksanakan didapatkan data bahwa Ny. M mampu menjelaskan jenis, tanda dan gejala inkontinensia urin.

Pertemuan kelima dilanjutkan pada hari Rabu, 19 Februari 2020, pada pertemuan kelima ini implementasi yang diberikan masih tentang mengajarkan klien mengenai proses penyakit (penatalaksanaan) inkontinensia urin, namun sebelumnya dilakukan evaluasi mengenai pendidikan kesehatan yang telah

diberikan pada Ny. M tentang jenis, tanda dan gejala inkontinensia urin, dan didapatkan hasil bahwa Ny. M mampu menjelaskan tentang jenis, tanda dan gejala dari inkontinensia urin. Setelah itu memberikan penjelasan kepada Ny. M tentang penatalaksanaan inkontinensia urin. Tujuannya adalah agar Ny. M mampu mengetahui bagaimana penatalaksanaan inkontinensia urin. Setelah Ny. M memahami tentang proses penyakit.

Pertemuan keenam selanjutnya pada hari Jum'at, 21 Februari 2020 implementasi yang dilakukan yaitu menjelaskan tentang penerapan latihan senam keegel dan menjelaskan tujuan terapi senam keegel yang diberikan. Pada pertemuan ini implementasi masih sama yaitu memberikan penyuluhan mengenai apa itu latihan senam keegel dan tujuan/manfaat serta menjelaskan prosedur/tahapan latihan senam keegel yang akan dilakukan. Dari implementasi yang dilakukan didapatkan hasil Ny. M memahami tentang prosedur latihan senam keegel.

Selanjutnya dilakukan pertemuan ke tujuh senin 24 Februari 2020 implementasi yang dilakukan yaitu mempraktekan latihan senam keegel dan mendiskusikan jadwal latihan latihan senam keegel yang akan dilakukan bersama Ny. M. Namun, sebelumnya mahasiswa mereview kembali pengetahuan Ny. N dan keluarga mengenai pengertian, tujuan/manfaat serta prosedur/ tahapan dari latihan senam keegel dan Ny. M mampu menjelaskan tentang pengertian, tujuan/manfaat serta prosedur/ tahapan dari latihan senam keegel, setelah itu baru dilanjutkan mempraktekan prosedur, langkah-langkah latihan senam keegel dan Ny. M mengikuti prosedur dengan baik.



Pertemuan ke delapan dilakukan pada hari Rabu 26 Februari 2020 perawat melakukan review dan evaluasi atas intervensi yang telah dilakukan sebelumnya dan mengevaluasi prosedur dan jadwal latihan senam keegel. Dan didapatkan hasil bahwa Ny. M mengatakan melakukan dan mengikuti aturan serta tahapan latihan senam keegel.

Selanjutnya pada pertemuan ke Sembilan Jum'at, 28 Februari 2020, perawat mengevaluasi respon Ny. M dengan intervensi yang telah dilakukan yaitu latihan senam keegel untuk mengatasi inkontinensia urin. Didapatkan hasil bahwa Ny. M mengatakan ia melakukan latihan setiap hari dan diingatkan oleh keluarga apabila ia lupa melakukan latihan, Ny. M mengatakan frekuensi buang air kecil dan terbangun pada malam hari sudah mulai berkurang, akan tetapi terkadang Ny. M masih mengompol saat menuju toilet.

Pada pertemuan ke sepuluh, hari Senin 02 Maret 2020, mahasiswa mengevaluasi respon Ny. M dengan penerapan latihan senam keegel, Ny. M mengatakan sudah merasakan perubahan berkurangnya frekuensi buang air kecil dan terbangun pada malam hari untuk berkemih serta mengompol saat menuju toilet berkurang, Ny. M melakukan latihan latihan senam keegel setiap hari ketika ia ingat atau terkadang diingatkan keluarga.

Pada pertemuan ke sebelas hari Selasa 03 Maret 2020, mahasiswa mengevaluasi pengetahuan Ny. M mengenai manfaat, tahapan, serta respon Ny. M dengan latihan senam keegel serta mengevaluasi jadwal kegiatan yang telah dibuat. Ny. M mengatakan perubahan yang dirasakan masih sama seperti



sebelumnya Ny. M mengatakan terbangun pada malam harinya kembali banyak yaitu 3 kali hal ini disebabkan Ny. M banyak minum air sebelum tidur.

Pertemuan ke dua belas tanggal 06 Maret 2020, mengevaluasi pelaksanaan latihan senam keegel hari ke-12 minggu ke-4 mengevaluasi respon Ny. M terhadap pelaksanaan latihan senam keegel, Ny. M merasa nyaman dan tidak memiliki masalah yang berarti dengan latihan ini dan Ny. M mematuhi jadwal kegiatan yang sudah disepakati.

Pertemuan ke tiga belas hari Minggu tanggal 08 Maret 2020 mahasiswa mengevaluasi akhir respon klien terhadap latihan senam keegel, Ny. M mengatakan masih melakukan latihan senam keegel walaupun sudah 4 minggu, ini dikarenakan Ny. M merasakan adanya perubahan yang sangat baik ditandai dengan tidak keluarnya air kencing saat hendak menuju toilet untuk berkemih dan terbangun pada malam hari juga berkurang, hal ini memotivasi Ny. M untuk tetap melakukan latihan senam keegel.

#### **F. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi merupakan hasil respon dari klien terhadap implementasi yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan untuk melihat tingkat keberhasilan dari evaluasi yang dilakukan, pada awal pertemuan setelah membina hubungan saling percaya dengan cara melakukan interaksi dengan konsisten dan memberikan perhatian pada klien dan pada akhirnya klien mau menerima kehadiran dari mahasiswa dan mampu melakukan interaksi dengan konsisten dan memberikan

perhatian pada klien sehingga klien mampu mengungkapkan masalah yang di alaminya.

Pada saat di lakukan implementasi penulis tidak ada mengalami kesulitan yang berarti karena klien dan keluarga mau bekerja sama untuk melakukan terapi, setelah di lakukan implementasi selama 4 minggu di dapatkan hasil pengetahuan klien dan keluarga tentang inkontinensia urine dan setelah di berikan pendidikan kesehatan dan latihan terapi maka inkontinensia urin mengalami perubahan yang cukup signifikan.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Penerapan latihan senam kegel Pada Lansia dengan Inkontinensia Urin**

##### **1. Pengkajian**

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. M, data yang didapatkan yaitu klien memiliki masalah inkontinensia urin. Pada saat pengkajian diperoleh hasil pemeriksaan tekanan darah klien 140/90 mmHg, Nadi :82x/i, Pernafasan : 23x/i, Suhu : 36,20C. Selain pemeriksaan fisik. Keluhan yang dialami oleh Ny. M adalah frekuensi BAK yang sering 12-13 kali sehari apalagi di waktu malam hari sehingga mengganggu istirahat atau tidur Ny. M, rasa BAK yang tak tertahankan hingga mengeluarkan air kencing sebelum mencapai toilet. Ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Carpenito (2013) inkontinensia urin adalah suatu kondisi dimana seseorang kesulitan atau ketidakmampuan mencapai toilet.

Inkontinensia urin yang dialami Ny. M disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi, antara lain ; faktor usia dimana Ny. M berusia 75 tahun, Ny. M memiliki riwayat kehamilan, persalinan melalui vaginal sebanyak 5 kali. Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh De Maggd dalam Touhy& Jett 51 (2010) faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya inkontinensia yaitu Usia, Imobilitas, Gangguan Kognitif, Pemakaian obat-obatan, merokok, konsumsi kafein yang tinggi, obesitas, konstipasi, kehamilan, persalinan pervaginal, efisiotomi, konsumsi cairan yang tidak ade kuat, penghalang lingkungan,

diabetes, stroke, penyakit perkinson, lemahnya otot dasar panggul, kekurangan esterogen, operasi prostat, histerektomi, arthritis, dan gangguan penglihatan.

Tanda dan gejala inkontinensia urin pada Ny. M yang ditemukan yaitu frekuensi BAK yang sering 12-13 kali sehari apalagi di waktu malam hari dan kencing yang tidak tertahankan dan kadang tidak dapat mencapai toilet. Hal ini sesuai dengan teori NANDA (2015) gejala Inkontinensia urin fungsional adalah berkemih sebelum mencapai toilet, inkontinensia urin sangat dini, sensasi ingin berkemih, waktu untuk mencapai toilet memanjang setelah ada sensasi dorongan. Dalam pengkajian kasus lansia Ny. M dengan inkontinensia urin fungsional semua data yang didapatkan terlihat bahwa penyebab dan tanda gejala pada kasus yang didapatkan sesuai dengan dengan teori, dalam pengkajian ini penulis berkerjasama dengan Ny. M dan keluarga yang terbuka dengan kedatangan mahasiswa sehingga pengkajian dapat berjalan lancar.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial yang berdasarkan pengalaman dan pendidikannya (Carpenito, 2000 ), secara akuntabilitas perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi dan merubah status kesehatan klien.

Dari hasil pengkajian dan analisa data yang dibuat, diagnose keperawatan yang ditegakkan adalah menejemen kesehatan keluarga tidak

efektif. Penegakkan diagnosa manajemen kesehatan keluarga tidak efektif ini di dapatkan dari data saat pengkajian dimana didapatkan batasan karakteristik yang sesuai seperti adanya ungkapan dari klien Ny. M yang mengatakan frekuensi buang air kecil yang sering 12-13 kali sehari apalagi di waktu malam hari dimana Ny. M sering terbangun untuk berkemih dan rasa BAK yang tak tertahankan hingga mengeluarkan air kencing sebelum mencapai toilet, Ny. M mengompol pada pagi hari, akan tetapi klien dapat mengosongkan kandung kemih dengan tuntas, hal ini sesuai dengan pengertian manajemen kesehatan keluarga tidak efektif adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Menurut Potter & Perry (2010) intervensi keperawatan adalah suatu tindakan dalam mencapai kriteria hasil yang diinginkan dari sebuah diagnosa yang ditegakkan perawat untuk klien. Dari diagnosa yang telah ditegakkan, maka dapat disusun beberapa rencana tindakan yaitu:

- Peningkatan keterlibatan keluarga dimana aktivitasnya antara lain Membangun hubungan pribadi dengan klien dan keluarga yang akan terlibat dengan perawatan, identifikasi harapan anggota keluarga terhadap klien, monitor struktur dan peran keluarga.

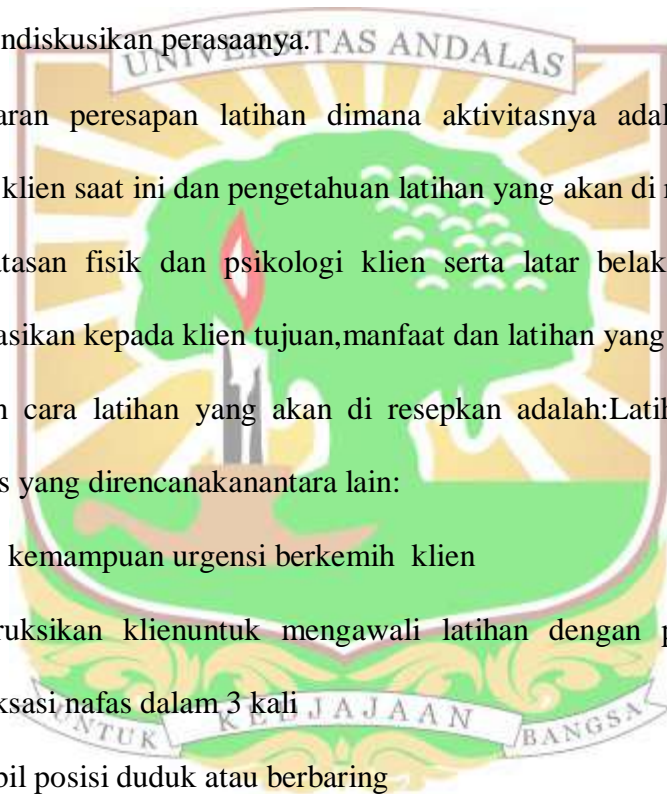


- Pengajaran prosedur perawatan dimana aktivitasnya adalah Informasikan kepada klien dan keluarga mengenai kapan dan dimana tindakan akan di lakukan, informasikan kepada klien dan keluarga mengenai lama tindakan akan berlangsung, kaji pengalaman klien dan tingkat pengetahuan klien terkait tindakan yang akan di lakukan, luruskan jika ada harapan yang tidak realistis terkait tindakan dan berikan kesempatan untuk klien untuk bertanya dan mendiskusikan perasaanya.

- Pengajaran peresapan latihan dimana aktivitasnya adalah Nilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan latihan yang akan di resepkan, monitor keterbatasan fisik dan psikologi klien serta latar belakang dan budaya, informasikan kepada klien tujuan, manfaat dan latihan yang di resepkan.

Adapun cara latihan yang akan di resepkan adalah:Latihansenam keegel, aktifitas yang direncanakanantara lain:

- 1) Kaji kemampuan urgensi berkemih klien
- 2) Instruksikan klien untuk mengawali latihan dengan pemanasan yakni relaksasi nafas dalam 3 kali
- 3) Ambil posisi duduk atau berbaring
- 4) Anjurkan klien untuk mengkontraksikan otot panggul dengan cara yang sama ketika menahan kencing, bila otot perut atau pantat juga mengeras maka pasien tidak berlatih dengan otot yang benar





- 5) Jika klien sudah menemukan cara tepat untuk kontraksikan dalam hitungan (1-10) atau selama 10 detik
- 6) Lakukan latihan ini berulang-ulang sampai 10-15 persesi
- 6) Latihan ini di lakukan 3 kali sehari
- 7) Latihan keegel hanya efektif bila di lakukan secara teratur kepada klien.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Menurut potter & perry (2010) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu mengatasi masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang lebih baik serta mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan di lakukan selama 13 kali pertemuan yang telah mencakup kegiatan pengkajian dan intervensi. Pada pertemuan pertama dan kedua di lakukan pengkajian mengenai data umum, keluarga, riwayat tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress, koping keluarga serta lingkungan. Selama pertemuan tersebut klien dan keluarga menerima kehadiran mahasiswa dengan ramah dan mau terbuka dan memberikan informasi yang di butuhkan.

Pada pertemuan ke empat sampai dua belas di berikan implementasi berupa pengajaran proses penyakit inkontinensia urin meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab serta komplikasi dan juga di berikan pelaksanaan implementasi berupa pengajaran prosedur perawatan dan pengajaran peresapan latihan senam keegel yang bertujuan untuk mengatasi inkontinensia urin.

Pada pertemuan ke tiga belas mahasiswa melakukan evaluasi ulang kembali materi dan latihan yang telah di ajarkan pada pertemuan-pertemuan

sebelumnya dan melakukan terminasi pada klien dan keluarga. Dalam hal memberikan pendidikan kesehatan mahasiswa tidak menemukan hambatan karena klien dan keluarga memiliki rasa ingin tahu dan mampu bersikap terbuka dalam menerima informasi. Mahasiswa berupaya melibatkan keluarga untuk berkerjasama dalam melakukan perawatan pada klien. Klien dan keluarga mampu berkerjasama dengan sangat baik. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Julianti (2017) yang melakukan penelitian mengenai perbaikan pada inkontinensia urin dengan latihan senam keegel selama 4 minggu

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan 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 merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry, 2009). Dalam asuhan keperawatan keluarga, evaluasi dilakukan dengan mengacu pada kriteria hasil yang ada. Selama dilakukan asuhan keperawatan sudah ada perbaikan dan perubahan kesehatan pada klien.

Setelah di berikan latihan senam keegel selama 4 minggu klien mengatakan mengalami perubahan yang sangat baik dimana frekuensi buang air kecil klien menurun menjadi 1-2 kali tiap malam dan klien mengatakan sudah bisa menahan buang air kecilnya hingga sampai ke kamar mandi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Julianti (2017) di puskesmas Tumpaan Minahasa Selatan terdapat pengaruh senam keegel terhadap frekuensi Inkontinensia Urin terhadap lansia. Menurut Widiastuti, 2011 Latihan keegel sangat bermanfaat untuk menguatkan otot rangka pada dasar panggul, sehingga memperkuat fungsi spinter eksternal pada kandung kemih.

Berdasarkan hal di atas maka dapat di simpulkan bahwa asuhan keperawatan yang di berikan kepada klien sudah berhasil yang di tandai dengan sebelum di lakukan nya senam keegel frekuensi buang air kecil yang di alami oleh klien sering dan hasil setelah di lakukan senam keegel mengalami perubahan dengan menurunnya frekuensi inkontinensia urin menjadi jarang.

#### **B. Implikasi Penerapan Latihan Senam Keegel**

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4 minggu adanya perbaikan dan perubahan pada masalah yang dialami klien. Pada hari ke-13 Mahasiswa mengevaluasi implementasi latihan senam keegel dan melakukan evaluasi akhir masalah inkontinensia, walaupun masih dalam kategori inkontinensia urin sedang terdapat perubahan/penurunan masalah inkontinensia urin pada klien setelah klien melakukan latihan senam keegel selama  $\pm 4$  minggu. Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan latihan senam keegel ini sudah maksimal, karenasudah sesuai dengan jurnal yang di rekomendasikan oleh Julianti dewi karjoyo (2017) bahwa pencapaian latihan senam keegel ini dapat berhasil secara maksimal bila dilakukukan selama 4 minggu dengan teratur dan rutin. Dari hasil evaluasi dapat disimpulkan bahwa setelah dilakukan intervensi latihan senam keegel selama 4minggu terdapat adanya

perubahan pada klien dengan inkontinensia urin menjadi lebih baik. Penerapan latihan senam keegel terhadap lansia adalah agar lansia dapat menerapkan terapi latihan senam keegel dan melakukan latihan secara rutin, melakukan apa saja yang harus dilakukan dan tidak dilakukan dalam mencapai hasil yang optimal pada latihan senam keegel. Mahasiswa berharap dapat teratasinya masalah inkontinensia urin pada lansia dan derajat kesehatan serta kualitas hidup lansia dapat ditingkatkan.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. M dengan masalah inkontinensia urin di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. M dengan inkontinensia urin.

Didapatkan kondisi Ny. M dengan keluhan frekuensi buang air kecil yang sering 12-13 kali sehari apalagi di waktu malam hari sehingga mengganggu waktu istirahat atau tidur dan kadang Ny. M tidak dapat mencapai toilet untuk berkemih.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu Manejemen Kesehatan keluarga Tidak Efektif.

3. Rumusan intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai rumusan intervensi keperawatan teoritis yaitu perawatan Inkontinensia Urin dan latihan senam keegel.

4. Implementasi keperawatan yang diberikan sesuai dengan intervensi yang sudah disusun secara teori, akan tetapi pada pelaksanaannya disesuaikan situasi dan keadaan klien. Pada klien diberikan edukasi dan penerapan teknik latihan senam keegel yang akan membantu mengatasi inkontinensia urin pada klien.

5. Evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. M menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan telah memberikan dampak positif bagi kondisi Ny. M yaitu Ny. M tidak lagi memiliki keluhan buang air kecil sebelum mencapai toilet,



frekuensi terbangun pada malam hari untuk berkemih berkurang, serta bertambahnya pengetahuan klien tentang perawatan inkontinensia urin.

6. Penerapan manajemen layanan pada sistem pelayanan lansia di komunitas sudah berhasil dilakukan yang ditandai dengan ikut sertanya kader dan adanya partisipasi dari lansia serta tokoh masyarakat di RW. 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.

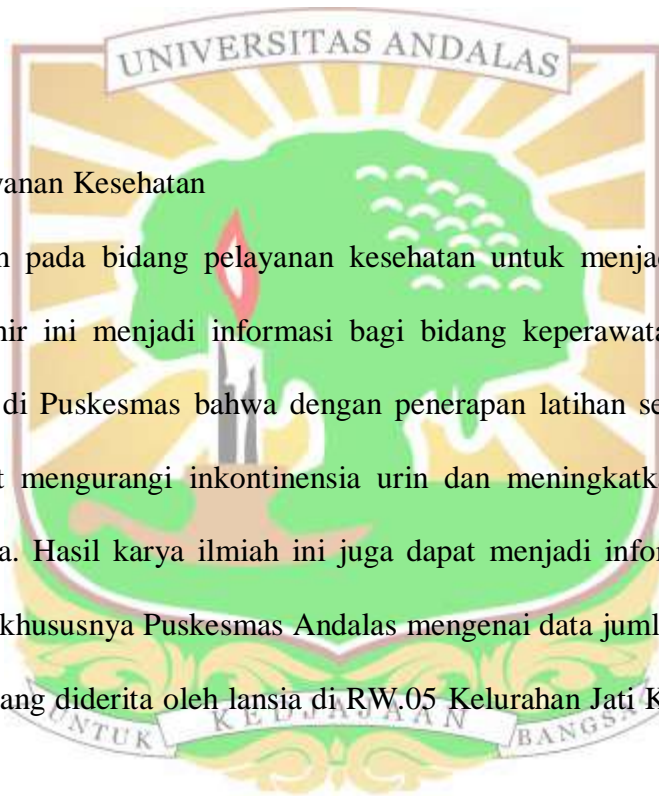
## **B. Saran**

### **1. Bagi Pelayanan Kesehatan**

Disarankan pada bidang pelayanan kesehatan untuk menjadikan hasil karya ilmiah akhir ini menjadi informasi bagi bidang keperawatan dan pelayanan kesehatan di Puskesmas bahwa dengan penerapan latihan senam keegel yang baik dapat mengurangi inkontinensia urin dan meningkatkan kualitas hidup pada lansia. Hasil karya ilmiah ini juga dapat menjadi informasi bagi tenaga kesehatan khususnya Puskesmas Andalas mengenai data jumlah lansia dan data penyakit yang diderita oleh lansia di RW.05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur.

### **2. Bagi Penelitian**

Kepada para peneliti selanjutnya yang tertarik untuk melakukan penelitian pada lansia dengan masalah inkontinensia urin disarankan agar dapat meneliti lebih lanjut tentang tindakan keperawatan yang dapat mengatasi inkontinensia urin pada lansia.



### 3. Bagi Pendidikan

Disarankan kepada institusi pendidikan keperawatan agar hasil laporan ilmiah ini dapat bermanfaat bagi bidang pendidikan keperawatan khususnya keperawatan komprehensif pada lansia yang membahas kasus inkontinensia urin dengan implementasi latihan senam keegel dan menjadi salah satu evidence based practice.



#### DAFTAR PUSTAKA

- Agoes, H.A, 2011. Penyakit Diusia Tua. Jakarta: EGC. Aplikasi Metodologi penelitian Kesehatan. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Artinawati, S. 2014. Asuhan Keperawatan Gerontik. IN MEDIA. Bogor. Aspiani, R Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Aplikasi.
- Aspirani, 2014. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik. Jakarta: Trans. Info Media.
- Darmojo, R. (2011). Buku Ajar Geriatric (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia).
- Dinas Kesehatan Kota Padang, 2017. Profil Kesehatan Kota Padang tahun 2017.
- Fatimah. (2010). Merawat Manusia Lanjut Usia. Jakarta : CV. Trans Info. Media. Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan. Praktik.
- Julianti Dewi. (2017). Pengaruh Senam Kegrel Terhadap Frekuensi Urine Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Tumpaan Minahasa Selatan ...
- Kemenkes RI, 2017. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017. Jakarta : Kemenkes.

Kesrepro, 2008. Kesehatan Reproduksi. <http://www.kespro.info>. Diakses tanggal 26

Maret 2018

Lilik Ma, Rifatil Azizah, 2011. Keperawatan Lanjut Usia Edisi 1, Graha Ilmu

Nugroho, 2012. Keperawatan Gerontik dan Geriatrik edisi 3. Jakarta : EGC

Siti Maryam, 2011. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya : Salemba Medika

Pujiastuti, 2014. Fisioterapi Pada Lansia. Jakarta: EGC.

Padila, 2013. Asuhan Keperawatan gerontologi Yogyakarta: Nuha Medika

Sarafino, 2006. Health Psychology : Biopsychosocial Interactions. Fifth Edition.

USA: John Wiley & Sons

Suardiman, 2011. Psikologi Usia Lanjut. Yogyakarta : Gadjah Mada University

Press.

Stanley, 2007. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Edisi 2. Jakarta : EGC

Taylor, 2009. Psikologi Sosial Edisi Kedua Belas, Jakarta: Kencana

Wahyu, 2010. Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan.

Jakarta : Salemba Medika

Yuliana (2011) Pengaruh Senam Kegel Terhadap Perubahan Tipe Inkontinensia

Urine Pada Lansia

Yulianti, 2013. Psikologi Perkembangan Sepanjang Rentang Kehidupan. Pekanbaru :

Al-Mujtahadah Press.

Lampiran 1



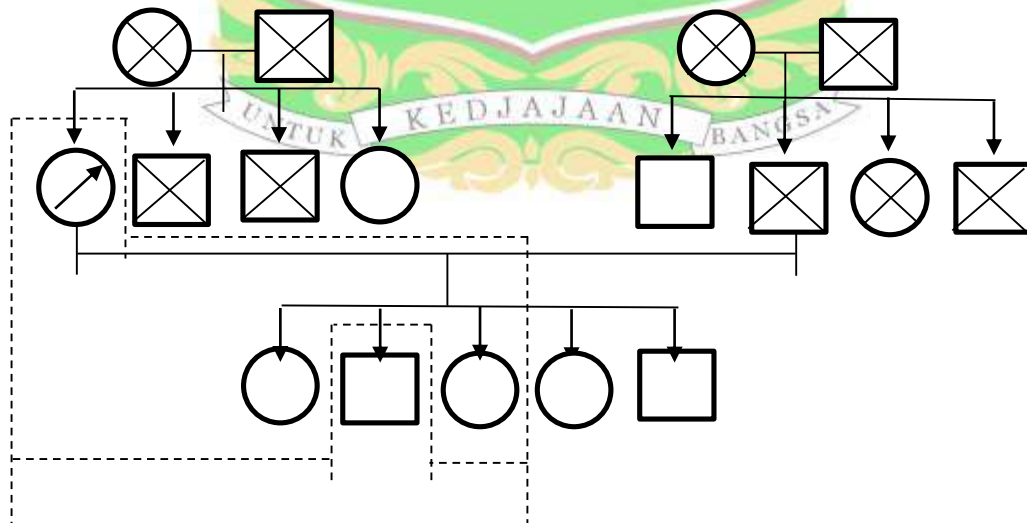
### **I. Data Umum**

1. Nama Kepala Keluarga (KK) : NY M. (75 tahun)
2. Alamat : RT 03 RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan  
Padang Timur
3. Pekerjaan : Pedagang
4. Pendidikan : SLTA

### 5. Komposisi Keluarga

No	Nama	Gender	Hub dgn KK	Umur	Pendidikan terakhir
1.	Ny. N	Perempuan	Anak	55 tahun	SMP
2.	NY. D	perempuan	anak	44 tahun	SMP
3.	TN.A	laki-laki	Menantu	45 tahun	SLTA
4.	An. M	Laki-laki	Cucu	19 tahun	SMK
5.	An. I	Laki-laki	Cucu	16 tahun	SMK
6.	An. R	Laki-laki	Cucu	5 tahun	Belum sekolah

### Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

○➔ : identifikasi klien



□ : laki-laki

----- : Tinggal serumah

⊗ : Perempuan meninggal

⊠ : Laki-laki meninggal

## 6. Tipe Keluarga

Tipe keluarga ini yaitu *Extended Family*. *Extended Family* adalah keluarga besar dimana di dalam nya tinggal klien sebagai kepala keluarga dan ada anak, menantu serta cucu klien. Klien memiliki 5 orang anak namun yang tinggal dengan klien hanya 2 orang yang satu bersama suami serta anaknya dan yang satu lagi seorang janda sementara anak klien yang lain tinggal terpisah.

## 7. Suku

Keluarga Ny. M merupakan penduduk asli minang. Ny. M sendiri bersuku melayu (minang) Di minangkabau menganut sistem matrilineer dimana kesukuan anak mengikuti suku ibu sehingga anak-anak Ny.M bersuku melayu. Bahasa yang digunakan adalah bahasa Minang. Keluarga menggunakan bahasa Minang sebagai alat komunikasi keluarga dan tetangga. Lingkungan tempat tinggal keluarga bersifat homogen, dimana tetangga yang berada disekitar rumah Ny. M bersuku bangsa minang. Sebagai suku minang Ny. M lebih menyukai makanan pedas, berminyak dan bersantan. Keluarga Ny. M tidak memiliki pantangan makanan. Dalam kehidupan sehari-hari tidak ada pola adat yang mempengaruhi dalam konsumsi makanan.

## 8. Agama

Keluarga Ny. M beragama islam. Kelurga Ny. M menjalankan ibadah shalat lima waktu sehari semalam. Ny.M melaksanakan shalahnya shalat lima waktu di rumah dan kadang di mushala dekat rumah. Sedangkan anak dan menantu beserta cucunya hanya melaksanakan ibadah di rumah saja. Terkait dengan penyakit inkontinensia urin yang di deritanya klien menganggap di sebabkan oleh umur yang sudah tua dan hanya pasrah serta berdoa kepada tuhan untuk kesembuhann, karena menurut Ny.M semua itu datang karena kehendak Allah dan dapat hilang juga atas kehendak-Nya.

## 9. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Klien adalah seorang ibu rumah tangga yang bekerja berjualan gorengan Pendapatan klien berasal dari hasil jualan dan juga dari menantu klien yang bekerja sebagai buruh harian sementara anak-anak klien hanya seorang ibu rumah tangga. Ny. M mengatakan pendapatan yang diperoleh selama sebulan sekitar Rp. 1 000.000.. Ny. M mengatakan tidak memiliki tabungan keluarga dan tidak memiliki kartu BPJS yang bisa digunakan untuk berobat ke pelayanan kesehatan.

## 10. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Klien mengatakan tidak memiliki waktu rekreasi khusus hanya aktivitas rekreasi keluarga Ny. M sehari-hari adalah menonton TV bersama. Ny. M mengatakan ketika lebaran berkumpul dan pergi jalan-jalan bersama dengan keluarga besar. Ny.M juga menghabiskan waktu

dengan berjalan-jalan di sekitar tempat tinggalnya dan terkadang berkunjung ke rumah tetangga atau saudaranya bahkan sesekali ke tempat rekreasi.



## II. Riwayat & Tahap Perkembangan Keluarga :

### 1. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Tahap perkembangan keluarga Ny. M adalah tahap perkembangan keluarga dengan usia lanjut. Keluarga dengan lansia dengan tugas perkembangan menurut Havighurst sebagai berikut :

- a. Penyesuaian terhadap kekuatan fisik yang menurun
- b. Menyesuaikan diri dengan kematian teman hidup , menemukan relasi dengan teman sekelompok sebaya
- c. Kewajiban-kewajiban sosial dan warga negara
- d. Penyesuaian dengan gaji yang berkurang dan keadaan pensiun
- e. Merealisasikan keadaan hidup fisik yang sesuai

### 2. Tahap Perkembangan Keluarga Yang Belum Terpenuhi

- a. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, karena mengeluh terhadap penyakit yang dideritanya yaitu inkontinensia urin, mengalami buang air kecil yang susah di kontrol dan frekuensinya sering, serta mengalami gangguan tidur karena frekuensi buang air kecil yang sering..
- b. Menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, karena suami dari Ny. M sudah meninggal.

### 3. Riwayat Keluarga Inti

- a. Ny. M

Ny. M mengatakan tidak memiliki keluhan yang berat di fisiknya hanya saja klien mengeluhkan tentang pola eliminasinya dimana

frekuensi bak nya yang sering di waktu malam hari sehingga klien mengalami gangguan tidurnya dan sering terbangun karena rasa ingin bak serta bak nya yang tidak bisa di kontrol atau di tahan.. Klien mengatakan kalau. Klien jarang memeriksakan diri ke puskesmas karena klien tidak memiliki bpjs kesehatan. Klien beranggapan apa yang di keluhkan nya disebabkan karena faktor umur dan tidak perlu pengobatan yang serius.

b. Ny N

Ny N merupakan anak pertama dari Ny M yang merupakan seorang janda yang saat ini mengalami stoke dan lemah anggota gerak atas sebelah kanan.

c. Ny D

Ny D merupakan anak ketiga dari Ny M mengatakan bahwa dirinya mengalami sakit hipertensi dan sudah mengkonsumsi obat hipertensi.

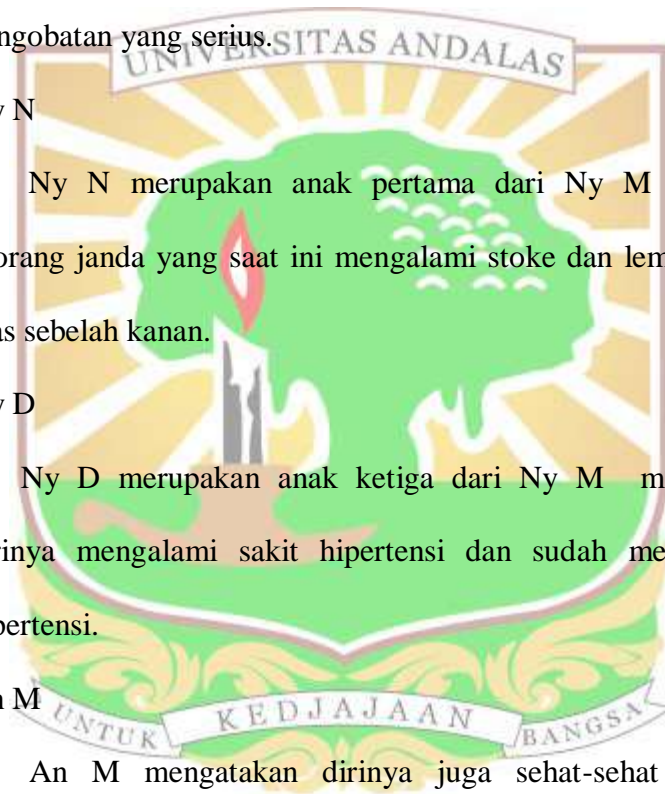
d. An M

An M mengatakan dirinya juga sehat-sehat saja, tidak ada menderita penyakit yang serius.

e. An. I

Ny. D mengatakan anaknya sehat-sehat saja dan jarang mengalami sakit.

f. An. A





Ny. D mengatakan anaknya sehat-sehat saja dan juga mendapatkan imunisasi yang lengkap.

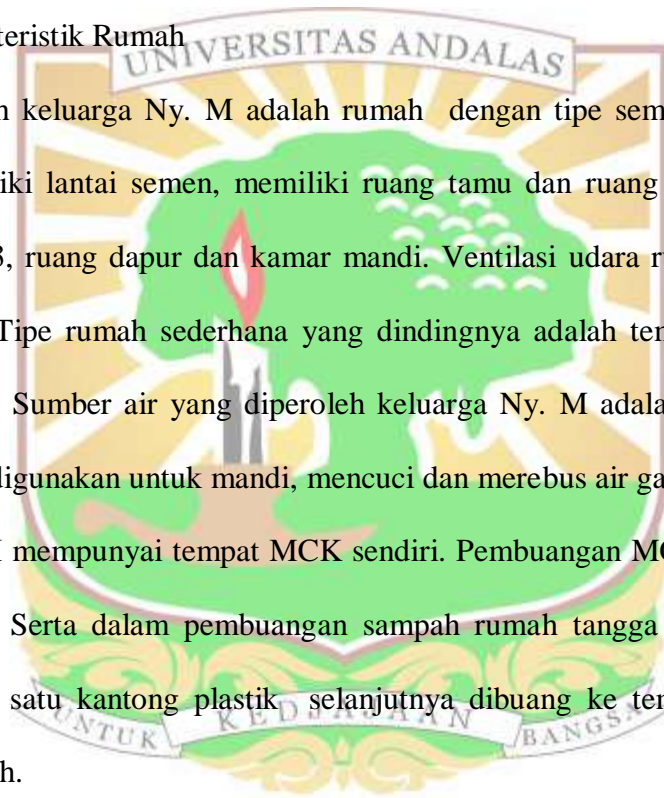
#### 4. Riwayat Keluarga Sebelumnya

Ny. M mengatakan kedua orang tuanya tidak ada yang menderita penyakit yang sama.

### III. Lingkungan

#### 1. Karakteristik Rumah

Rumah keluarga Ny. M adalah rumah dengan tipe semi permanen, yang memiliki lantai semen, memiliki ruang tamu dan ruang keluarga, kamar tidur 3, ruang dapur dan kamar mandi. Ventilasi udara rumah yang cukup baik. Tipe rumah sederhana yang dindingnya adalah tembok. Sanitasi air bagus. Sumber air yang diperoleh keluarga Ny. M adalah dari air PDAM yang digunakan untuk mandi, mencuci dan merebus air galon untuk minum. Ny. M mempunyai tempat MCK sendiri. Pembuangan MCK melalui septik tank. Serta dalam pembuangan sampah rumah tangga dikumpulkan di dalam satu kantong plastik selanjutnya dibuang ke tempat pembuangan sampah.



## 2. Karakteristik Tetangga & Komunitas RW

Keluarga Ny. M tinggal di RT 03 RW 05 Kelurahan Jati Kecamatan Padang Timur dimana Interaksi dan komunikasi berjalan dengan baik yaitu bersifat terbuka. Ny. M mengatakan tidak ada masalah terkait dengan tetangga di sekitar rumahnya. Biasanya Ny. M berkomunikasi dengan tetangga di saat pagi hari karena di siang dan sore hari klien berjalan di luar rumah .

Mayoritas penduduk di lingkungan rumah adalah warga pendatang yang bersuku minang dan jawa Sebagian besar penduduk bekerja sebagai wiraswasta, pedagang dan pensiunan. Rumah penduduk beraneka ragam, ada yang berukuran besar dan kecil, dan permanen. Rumah antara yang satu dengan yang lainnya saling berdekatan. Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih 5 kilo meter.

## 3. Mobilitas Geografis Keluarga

Ny. M mengatakan penduduk asli wilayah tempat tinggal dan keluarga telah tinggal di lingkungan tersebut sejak lama. Keluarga sudah beradaptasi dengan baik dengan lingkungan setempat.

## 4. Perkumpulan Keluarga & Interaksi Dengan Masyarakat

Keluarga Ny. M setiap hari berkumpul bersama keluarga, anak, menantu, dan cucunya. Sese kali disaat hari libur sekolah anak-anaknya yang tidak tinggal di rumahnya datang ke rumah Ny. M dan pergi ke tempat wisata bersama-sama. Ny. M mengatakan hubungan dengan masyarakat

sekitar terjalin dengan baik. Ny. M mengatakan jarang mengikuti kegiatan lansia ataupun kegiatan sosial lainnya karena Ny M sibuk bekerja berjualan dan hanya libur di hari minggu .

#### 5. Sistem Pendukung Keluarga

Informal : Ny. M tidak pernah melibatkan keluarga lain / tetangga untuk ikut menyelesaikan masalah jika terdapat masalah dalam keluarga tersebut.

Formal : Ny. M mengatakan untuk dirinya tidak memiliki bpjs kesehatan dan anak-anaknya serta cucunya ada yang memiliki dan ada yang tidak memiliki asuransi jaminan kesehatan,. Jika ada anggota keluarga yang sakit maka akan segera dibawa ke puskesmas atau pelayanan kesehatan terdekat.

### IV. Struktur Keluarga

#### 1. Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi antara anggota keluarga berjalan dengan baik. Ny. M mengatakan bahwa komunikasi antar keluarga terbuka. Komunikasi pun dilakukan secara efektif dan berlangsung dua arah. Bahasa komunikasi sehari-hari adalah bahasa minang. Keluarga mengatakan bahwa selama ini tidak terdapat hambatan dan kesulitan dalam berkomunikasi. Ny. M mengatakan jika ada masalah yang dialami, beliau akan mendiskusikan bersama anggota keluarga lain untuk menyelesaikannya. Setiap anggota keluarga dapat mengeluarkan pendapat dan dapat menerima pendapat orang lain.

## 2. Struktur Kekuatan Keluarga

Ny. M mengatakan bahwa yang merupakan pemegang kendali untuk keluarganya adalah menantunya sebagai pemimpin rumah tangga. Pengambilan keputusan di dalam keluarga diperoleh melalui diskusi dan musyawarah dengan anggota keluarga. Jika ada masalah dalam keluarganya Tn. A dan Ny M berdiskusi dalam mengambil keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah yang terjadi

## 3. Struktur Peran

### a. Struktur Peran Formal

Ny. M berperan sebagai ibu dari Ny N dan Ny D serta nenek dari cucunya. Ny. M mengatakan sudah menjalankan perannya dengan baik dalam keluarga dan ikut membantu keluarga dalam mencukupi nafkahnya.

### b. Struktur Peran Informal

Ny. M mengatakan bahwa tidak terjadi konflik peran di tengah-tengah keluarga. Ny. M mengatakan tidak pernah membeda-bedakan anak-anak lainnya. Agama dan budaya minang dengan nilai-nilai dan norma yang berlaku memberikan pengaruh kepada keluarga Ny. M untuk tetap saling menjaga, menghargai dan memberikan perhatian satu sama lainnya.

## 4. Nilai dan Norma Budaya

Keluarga Ny. m memiliki nilai dan norma dalam membina keluarga seperti norma-norma yang berlaku dalam masyarakat. Keluarga

Ny. M dalam kehidupan sehari-hari berpegang teguh dengan nilai dan norma adat minangkabau dan agama Islam. Seperti dalam pola komunikasi disesuaikan dengan usia dan ketika ada keluarga yang sakit biasanya keluarga saling membantu untuk membawa pergi berobat ke pelayanan kesehatan.

## V. Fungsi Keluarga

### 1. Fungsi Afektif

Ny. M mengatakan hubungannya dengan anak dan menantunya berjalan dengan baik. Ny. M sangat menyayangi keluarganya. Keluarga saling mendukung, menghormati, menghargai satu sama lainnya.

Ny N mengatakan hubungannya dengan ibu, adik, ipar dan anak, juga baik-baik saja. Ny N juga sangat menyayangi keluarganya.

Tn. A selaku minantu di keluarga Ny. I juga saling menghormati mertuanya. Tn. J juga sangat menyayangi keluarganya.

Ny. D mengatakan sangat menyayangi ibunya dan sangat menghormatinya. Ny. D juga mengatakan sangat menghormati suami dan anak-anaknya.

Cucu Ny. M yaitu An.M, An.I dan An.R mereka saling menghormati di dalam rumah tersebut. Mereka saling menyayangi, jarang terjadi pretengkar antara mereka.

### 2. Fungsi Sosialisasi

Ny. M mengatakan dalam membesarkan dan mendidik anak dilakukan berdasarkan pada nilai, agama, adat dan budaya yang berlaku di



Minangkabau serta mendidik dengan metode tradisional tetapi disesuaikan dengan lingkungan sekitar dan perkembangan zaman. Keluarga juga mengajarkan kepada anak-anaknya untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

### 3. Fungsi Perawatan Keluarga

Menurut keluarga Ny. M sehat adalah apabila keluarga dapat melaksanakan kegiatan aktivitas sehari-hari dengan baik. Sedangkan sakit adalah keadaan apabila kegiatan sehari-hari tidak dapat dijalankan karena perubahan kondisi fisik atau kesehatan.

#### a. Keyakinan, nilai dan perilaku kesehatan

Ny. M mengatakan jika dalam keluarga ada yang sakit pertama kali diobati dengan membeli obat di toko obat atau di warung. Jika tidak ada perbaikan baru dibawa ke pelayanan kesehatan (klinik atau puskesmas). Untuk saat ini Ny. M mengatakan jarang melakukan pemeriksaan kesehatan rutin ke pelayanan kesehatan.

#### b. Defenisi dan tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat dan sakit.

Ny. M mengatakan bahwa sehat adalah kondisi bebas dari penyakit dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Sedangkan sakit adalah suatu keadaan dimana seluruh kegiatan tidak dapat dilaksanakan dengan baik. Ny. M mengatakan bahwa sumber informasi dan saran kesehatan didapat dari keluarga dan orang terdekat.

#### c. Status kesehatan keluarga dan kerentanan terhadap sakit yang dirasakan.

Ny. M mengatakan masalah yang dirasakan saat ini tidak perlunya penanganan kesehatan yang tepat karena sakitnya merupakan pengaruh dari umur yang sudah tua .

d. Praktik diet keluarga

Ny. M mengatakan biasanya keluarga mengkonsumsi karbohidrat yang berasal dari nasi, protein dari ikan, daging, ayam, telur dll. Dan juga sayuran tergantung dengan bahan makanan yang ada. Ny. M mengatakan yang bertanggung jawab dalam mengelola makanan di keluarga adalah anaknya.

e. Kebiasaan tidur dan istirahat

Ny. M mengatakan biasanya tidur dari jam 8 atau 9 malam. Sering terbangun 5--6 kali dalam semalam untuk BAK, jika terbangun Ny. M susah untuk bisa tidur kembali, terbangun sebelum sholat subuh. Waktu tidur Ny. M sekitar 7-8 jam.

f. Terapi komplementer dan alternative

Ny. M mengatakan jarang berobat tradisional ketika ada anggota keluarga yang sakit. Apabila ada anggota keluarga yang sakit diobati dengan membeli obat di toko obat, jika tidak ada perbaikan baru dibawa ke pelayanan kesehatan

g. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga sebelumnya yaitu Ny. M mengatakan almarhum ayah dan ibunya tidak ada yang menderita inkontinensia seperti dirinya.

h. Layanan perawatan kesehatan yang diterima

Ny. M mengatakan tidak mempunyai kartu BPJS dan apabila sakit klien berobat secara umum.

i. Perasaan dan persepsi mengenai pelayanan kesehatan

Ny. M mengatakan pelayan kesehatan yang tersedia sangat bermanfaat untuk kesehatan karena sangat membantu keluarga Ny. M dalam mengetahui masalah kesehatan yang terjadi.

Dalam pengkajian keluarga terdapat 5 fungsi perawatan keluarga, yaitu mengenal masalah keluarga, memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan pada keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan menggunakan pelayanan kesehatan.

a. Menegal masalah keluarga

Ny. M dan keluarga mengatakan belum mengetahui apa itu inkoninensia urint, penyebab dari inkontinensia urin, tanda dan gejala dari inkontinensia urin, serta bagaimana penanganan dari inkontinensia urin tersebut.

b. Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Ny. M menderita penyakit inkontinensia urin lebih kurang sejak 4 tahun yang lalu, keluarga selalu memberikan dukungan kepada Ny. M dalam memberikan pengobatan jika sakit.

c. Memberikaan perawatan bagi keluarga yang sakit

Ny. M mengatakan anaknya selalu membantunya selama ia sakit, anaknya selalu mendukung perawatan yang di sarankan oleh pihak kesehatan,

d. Memodifikasi lingkungan

Ny. M mengatakan lingkungan rumahnya kurang tertata rapi karena tidak adanya waktu khusus untuk merawatnya.

e. Menggunakan peyalanan kesehatan

Dalam perawatan inkontinensia urinnya Ny. M tidak pernah mengontr ke puskesmas karena klien menganggap sakitnya tidak terlalu serius dan tidak perlu penanganan yang khusus. Ny. M juga tidak mempunyai kartu BPJS dalam system pendukung pengobatannya

## VI. Stres dan Koping Keluarga

### 1. Stressor Jangka Pendek

Ny. M mengatakan saat ini yang dipikirkan adalah bagaimana ia bisa berobat ke pusat pelayanan kesehatan jika mengalami sakit sementara Ny M tidak memiliki kartu BPJS dan tidak memiliki cukup biaya apabila berobat secara umum.

### 2. Stressor Jangka Panjang

Ny. M mengatakan saat ini merasa khawatir jika penyakitnya bertambah parah dan dapat menimbulkan komplikasi ke penyakit yang lain.

Keluarga Ny. M juga mengatakan mereka juga khawatir jika penyakit Ny.M bertambah parah sementara NY M tidak memiliki kartu BPJS kesehatan untuk berobat.

### 3. Kemampuan Keluarga Berespon Terhadap Masalah

Ny. M mengajak anak-anak untuk membahas dan menyelesaikan masalah tersebut secara bersama-sama.

### 4. Strategi Koping Yang Digunakan

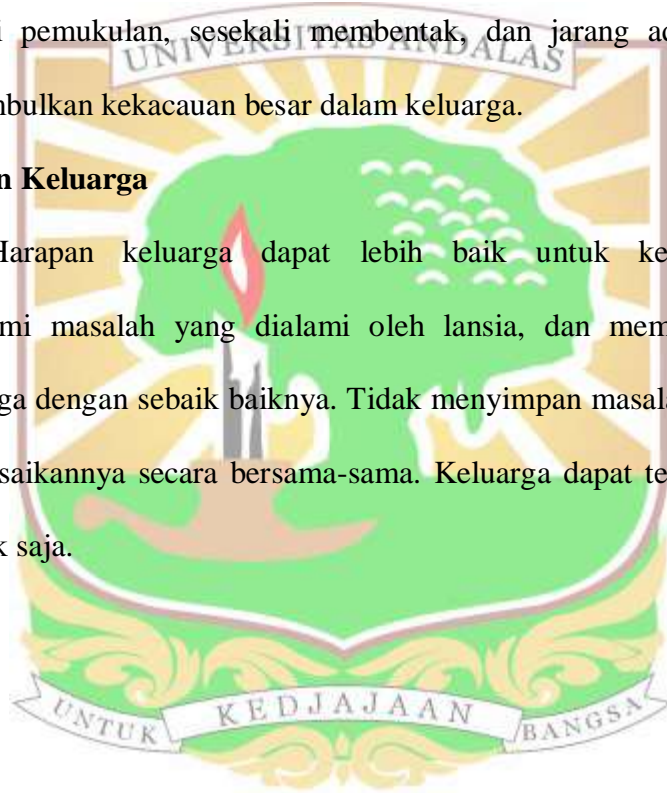
Ny. M mengatakan dapat menerima keadaan apa adanya dan sampai saat ini keluarga baik-baik saja, cukup harmonis dan mampu memenuhi kebutuhan keluarga dengan penghasilan yang ada.

#### 5. Strategi Adaptasi Disfungsional

Ny. M mengatakan tidak memiliki koping disfungsional. Jika ada masalah, keluarga jarang bahkan hampir tidak pernah melakukan kekerasan seperti pemukulan, sesekali membentak, dan jarang ada masalah yang menimbulkan kekacauan besar dalam keluarga.

### VII. Harapan Keluarga

Harapan keluarga dapat lebih baik untuk kedepannya, dapat memahami masalah yang dialami oleh lansia, dan memenuhi kebutuhan sekeluarga dengan sebaik baiknya. Tidak menyimpan masalah sendiri, namun menyelesaikannya secara bersama-sama. Keluarga dapat tetap harmonis dan baik baik saja.







		<p>hitam dan beruban</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah</li> </ul>	<p>hitam dan beruban</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah</li> </ul>	<p>hitam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah merah</li> </ul>	<p>hitam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah merah</li> </ul>	<p>hitam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah merah</li> </ul>	<p>hitam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah merah</li> </ul>	<p>hitam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata konjungtiva tidak anemis</li> <li>• Hidung tidak ada sumbatan</li> <li>• Telinga bersih, pendengaran baik</li> <li>• Bibir lembab</li> <li>• Mulut tidak ada kelainan</li> <li>• Lidah merah</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--	--	--



		nafas vesikuler	vesikuler	vesikuler	• Suara nafas vesikuler	• Suara nafas vesikuler	• Suara nafas vesikuler	• Suara nafas vesikuler
6	Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak tampak membuncit</li> <li>• Tidak teraba ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> <li>• Nyeri tekan lepas (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak membuncit</li> <li>• Tidak ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> <li>• Nyeri tekan lepas (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak membuncit</li> <li>• Tidak ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> <li>• Nyeri tekan lepas (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak membuncit</li> <li>• Tidak ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak membuncit</li> <li>• Tidak ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak membuncit</li> <li>• Tidak ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut tidak membuncit</li> <li>• Tidak ada benjolan</li> <li>• Bising usus (+)</li> </ul>
7	Genitalia	Klien mengatakan	Klien mengatakan	Klien mengatakan	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan

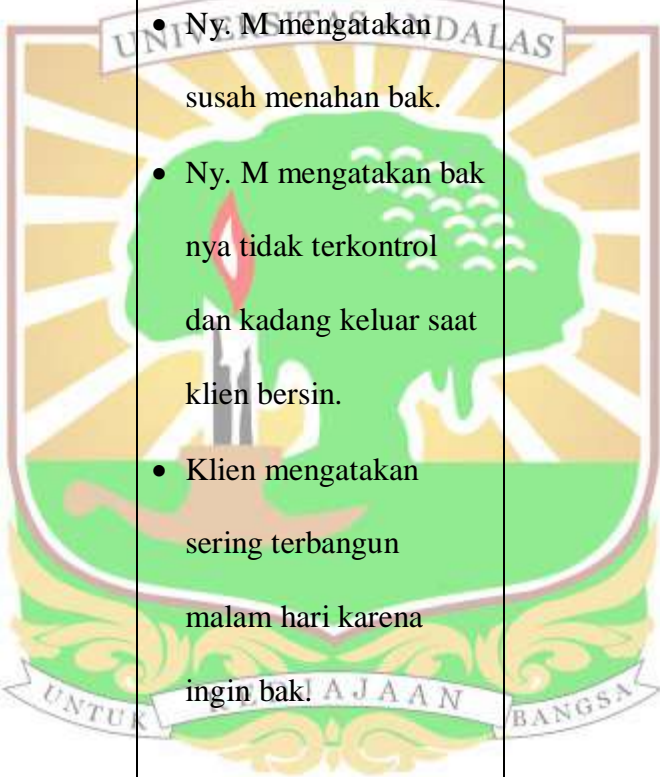




## ANALISA DATA KEPERAWATAN GERONTIK

Batasan Karakteristik	Data	Masalah
Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita	<ul style="list-style-type: none"><li>Ny. M mengatakan tidak mengetahui tentang inkontinensia urin dan penyebabnya</li><li>Ny. M mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan inkontinensia urin</li></ul>	<b>Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif</b>



<p>Gejala penyakit semakin berat</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ny. M mengatakan frekuensi bak nya yang sering terutama pada malam hari 7-8 kali tiap malam</li><li>• Ny. M mengatakan susah menahan bak.</li><li>• Ny. M mengatakan bak nya tidak terkontrol dan kadang keluar saat klien bersin.</li><li>• Klien mengatakan sering terbangun malam hari karena ingin bak!</li></ul>	
--------------------------------------	---	---

**Diagnosa keperawatan :**

**1. Menejemen kesehatan keluarga tidak efektif**

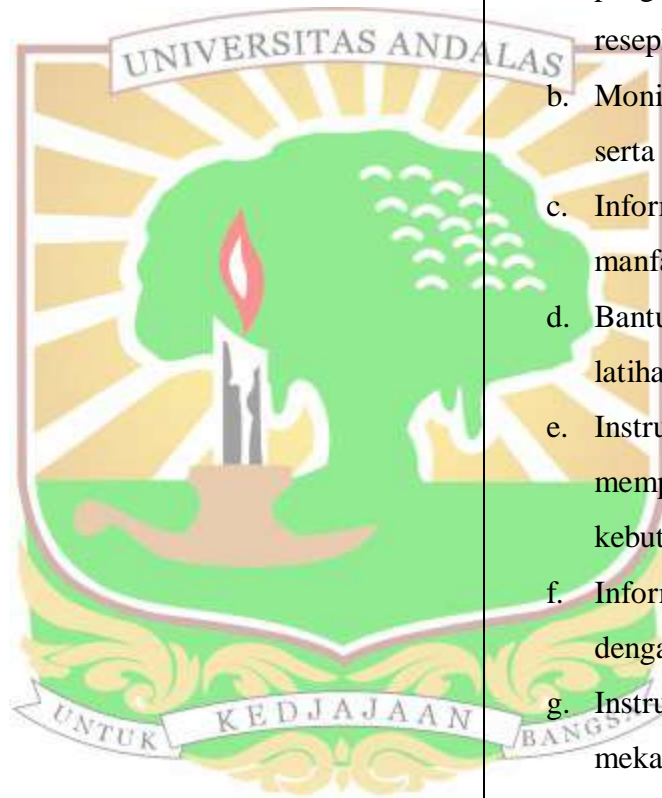


NANDA	NOC	NIC
<p><b>Manajemen Kesehatan Keluarga tidak efektif</b></p> <p>Definisi :</p> <p>Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu dari unit keluarga</p>	<p><b>1. Partisipasi keluarga dalam perawatan professional</b></p> <p><b>Pengertian :</b> kapasitas dari sebuah keluarga untuk terlibat dalam pengambilan keputusan, pemberian perawatan, dan evaluasi perawatan yang diberikan tenaga kesehatan</p> <p><b>Indikator :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan (5)</li> <li>b. Memperoleh informasi yang diperlukan (5)</li> <li>c. Mengidentifikasi faktor-faktor</li> </ul>	<p><b>1. Peningkatan keterlibatan keluarga</b></p> <p><b>Pengertian :</b> memfasilitasi partisipasi anggota keluarga dalam perawatan fisik dan emosional pasien.</p> <p><b>Aktivitas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bangun hubungan saling percaya dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan</li> <li>b. Identifikasi harapan anggota keluarga untuk pasien</li> <li>c. Monitor struktur dan peran keluarga</li> <li>d. Monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien</li> </ul>

	<p>yang mempengaruhi perawatan (4)</p> <p>d. Bekerja sama dalam menentukan perawatan (4)</p> <p><b>2. Pengetahuan : Manajemen inkontinensia urin</b></p> <p><b>Pengertian :</b> tingkat pemahaman yang disampaikan tentang inkontinensia urin, pengobatan, pencegahan perkembangan penyakit dan komplikasinya.</p> <p><b>Indicator :</b></p> <p>a. Faktor-faktor penyebab dan factor yang berkontribusi (4)</p> <p>b. Tanda dan awal penyakit (4)</p> <p>c. Tanda dan gejala memburuknya penyakit (4)</p>	<p>e. Identifikasi dan hormati mekanisme coping yang digunakan oleh anggota keluarga</p> <p>f. Dorong anggota keluarga dan pasien untuk bersikap asertif dalam berinteraksi dengan pemberi layanan kesehatan profesional</p> <p><b>2. Pengajaran : Proses Penyakit</b></p> <p><b>Pengertian :</b> membantu pasien untuk memahami informasi yang berhubungan dengan proses penyakit secara spesifik.</p> <p><b>Aktivitas :</b></p> <p>a. Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit</p> <p>b. Kenali pengetahuan pasien mengenai kondisinya</p> <p>c. Review pengetahuan pasien mengenai kondisinya</p> <p>d. Jelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit</p> <p>e. Jelaskan mengenai proses penyakit</p> <p>f. Identifikasi kemungkinan penyebab penyakit</p> <p>g. Identifikasi perubahan kondisi fisik pasien</p> <p>h. Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin</p>
--	---	--

	<p><b>3. Tingkat pengetahuan</b></p> <p><b>Pengertian :</b> kecukupan informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p><b>Indicator:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perilaku sesuai anjuran (4)</li> <li>Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik (4)</li> <li>Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik (4)</li> <li>Perilaku sesuai dengan pengetahuan (4)</li> <li>Keyakinan kesehatan yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan (4)</li> </ol>	<p>timbul akibat penyakit</p> <p><b>3. Pengajaran : prosedur perawatan</b></p> <p><b>Aktivitas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Informasikan kepada klien atau keluarga mengenai kapan dan dimana tindakan akan di lakukan</li> <li>Informasikan kepada klien dan keluarga mengenai lama tindakan akan berlangsung</li> <li>Tekankan kerahasiaan klien</li> <li>Kaji pengalaman klien sebelumnya dan tingkat pengetahuan terkait tindakan yang akan di lakukan</li> <li>Gambarkan aktivitas sebelum prosedur atau penanganan</li> <li>Kaji harapan klien mengenai tindakan yang di lakukan</li> <li>Luruskan jika ada harapan yang tidak realistik terkait tindakan</li> <li>Berikan kesempatan bagi klien untuk bertanya maupun mendiskusikan perasaanya</li> <li>Libatkan keluarga dan orang terdekat.</li> </ol> <p><b>4. Pengajaran : peresepan pelatihan</b></p>
--	--	---





**Aktivitas :**

- a. Nilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di resepkan
- b. Monitor keterbatasan fisik dan psikologi klien serta latar belakang dan budaya
- c. Informasikan kepada klien mengenai tujuan, manfaat dari latihan yang di resepkan
- d. Bantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti
- e. Instruksikan klien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan
- f. Informasikan klien tentang aktifitas sesuai dengan kondisi fisiknya
- g. Instruksikan klien mengenai postur dan body mekanik yang baik sesuai kebutuhan
- h. Observasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan.

--	--	--



## CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M

### Pertemuan 1

HARI / TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Senin/ 10 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p><b>Peningkatan Keterlibatan Keluarga</b></p> <p>1. Membangun hubungan saling percaya dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan</p> <p>Kegiatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengucapkan</li> <li>• Berkenalan dengan pasien dan anggota keluarga, memperkenalkan nama dan panggilan yang perawat sukai, serta menanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dan anggota keluarga</li> <li>• Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini</li> <li>• Membuat kontrak pertemuan</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dan keluarga mengatakan bersedia menjadi pasien kelolaan selama ± 4 minggu</li> <li>• Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan pertemuan selanjutnya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dan keluarga meluangkan waktu bersama mahasiswa</li> <li>• Klien dan keluarga menerima mahasiswa dengan sikap terbuka</li> <li>• Mahasiswa, klien dan keluarga saling memperkenalkan diri</li> <li>• Klien dan keluarga menjawab pertanyaan mahasiswa</li> </ul>	<b>Sri aria</b>

		<p>(topik, tujuan, waktu, tempat)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan sikap empati terhadap pasien setiap saat</li> <li>• Memberikan informed consent</li> <li>• Memberikan informasi dengan data-data yang terpercaya dan terbaru</li> </ul> <p>2. Mengkaji data umum keluarga, riwayat kesehatan dan tahap perkembangan keluarga serta data lingkungan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertemuan selanjutnya hari selasa tanggal 11 februari 2020 jam 10.00 wib di rumah klien.</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pengkajian berkelanjutan</li> </ul>	
--	--	--	--	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 2**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
---------------------------	---------------------------------	---------------------	-----------------	--------------

<p>selasa / 11 februari 2020</p>	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif</p>	<p><b>Peningkatan Keterlibatan Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji struktur dan peran keluarga (menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga)</li> <li>2. Melakukan pengkajian tentang nilai dan norma keluarga</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital.</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan buang air kecilnya tidak terkontrol</li> <li>• Klien mengatakan frekuensi buang air kecilnya sering 7-8 kali tiap malam</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien sering 7-8 kali tiap malam</li> <li>• Kandung kemih teraba penuh</li> <li>• Klien penuh harap dengan kesehatan klien</li> </ul> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melanjutkan pengkajian</li> </ul>	<p><b>Sri aria</b></p>
--	---	--	--	------------------------

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**



HARI / TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Jum'at / 14 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p><b>Peningkatan Keterlibatan Keluarga</b></p> <p>1. Memonitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien Kegiatan : Mengkaji fungsi keluarga (fungsi perawatan kesehatan) [menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga]</p> <p>2. Mengidentifikasi dan hormati mekanisme koping yang digunakan oleh anggota keluarga Kegiatan : Mengkaji dan menghormati mekanisme koping keluarga [menggunakan pengkajian keperawatan keluarga]</p> <p>3. Mendorong anggota keluarga dan pasien untuk membantu dalam mengembangkan rencana perawatan,</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga menyatakan memberikan dukungan dan menginginkan hal yang terbaik untuk anggota keluarganya</li> <li>• Keluarga berharap Ny. M bisa mengatasi masalah kesehatan yang di hadapinya.</li> <li>• Ny. M mengatakan buang air kecilnya susah di kontrol</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dan keluarga tampak koopreatif saat di kaji</li> <li>• Klien tampak penuh harap akan kesehatan klien</li> <li>• Pertemuan selanjutnya hari senin</li> </ul>	Sri aria

		<p>termasuk hasil yang diharapkan dan pelaksanaan rencana perawatan</p> <p>Kegiatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan kepada pasien dan anggota keluarga pentingnta untuk ikut serta dalam rencana perawatan dan pelaksanaan perawatan.</li> <li>• Dorong anggota keluarga dan pasien untuk bersikap asertif (terbuka) dalam berinteraksi dengan pemberi layanan kesehatan professional</li> </ul> <p><b>Pengajaran : peresepan latihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan pasien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di resepkan. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny M mengatakan sudah memahami latihan yang telah di</li> </ul> </li> </ol>	<p>tanggal 17 february 2020</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Lanjutkan pengkajian</p>	
--	--	--	--	--

		<p>berikan.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Membantu pasien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti.</li><li>3. Menginstruksikan pasien terkait penggunaan medikasi pengontrolan nyeri dan metode alternatif pengontrolan nyeri sebelum latihan sesuai kebutuhan.</li><li>4. Menginstruksikan pasien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan.<ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstrasi latihan senam kegel</li><li>- Diawali dengan pemanasan yakni relaksasi nafas dalam 3 kali</li><li>- Ambil posisi duduk atau berbaring</li><li>- Anjurkan klien untuk mengkontraksikan otot panggul dengan cara yang sama ketika</li></ul></li></ol>		
--	--	--	--	--

		<p>menahan kencing</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bila otot perut atau pantat juga mengeras maka pasien tidak berlatih dengan otot yang benar</li><li>- Jika klien sudah menemukan cara tepat untuk mengkontraksikan dalam hitungan (1-10) atau selama 10 detik, kemudian istirahat selama 10 detik.</li><li>- Lakukan latihan ini berulang-ulang sampai 10-15 persesi</li><li>- Latihan ini dilakukan 3 kali sehari</li><li>- Latihan kegel hanya efektif bila dilakukan secara teratur</li></ul> <p>Lakukan sebanyak 3 kali sehari ( pagi, siang dan malam)</p>	
--	--	--	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 4**

HARI / TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
senin / 17 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p><b>Pengajaran : proses penyakit</b></p> <p>1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit</p> <p>Kegiatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji sejauhmana pengetahuan klien tentang inkontinensia urin dan menjelaskan tentang pengertian penyakit inkontinensia urin pasien kepada pasien dan keluarga .</li> </ul> <p><b>Edukasi kesehatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan buang air kecilnya susah di kontrol</li> <li>• Klien mengatakan kadang bak nya keluar pas di waktu bersin</li> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit inkontinensia urin</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak belum mengetahui tentang inkontinensia urin</li> <li>• Klien tampak antusias saat akan diberikan pengetahuan tentang inkontinensia urin</li> </ul>	<b>Sri aria</b>



		<p>sesuai kesepakatan</p> <p><b>Pengajaran : peresepan latihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan pasien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di resepkan. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ny M mengatakan sudah memahami latihan yang telah di berikan.</li> </ul> </li> <li>2. Membantu pasien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti.</li> <li>3. Menginstruksikan pasien terkait penggunaan medikasi pengontrolan nyeri dan metode alternatif pengontrolan nyeri sebelum latihan sesuai kebutuhan.</li> <li>4. Menginstruksikan pasien</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak semangat melakukan latihan senam kegel yang telah di ajarkan</li> </ul> <p>A : masalah taratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--

		<p>bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstrasi latihan senam kegel</li><li>- Di awali dengan pemanasan yakni relaksasi nafas dalam 3 kali</li><li>- Ambil posisi duduk atau berbaring</li><li>- Anjurkan klien untuk mengkontraksikan otot panggul dengan cara yang sama ketika menahan kencing</li><li>- Bila otot perut atau pantat juga mengeras maka pasien tidak berlatih dengan otot yang benar</li><li>- Jika klien sudah menemukan cara tepat untuk mengkontraksikan dalam hitungan (1-10) atau selama 10 detik, kemudian istirahat selama 10 detik.</li></ul>		
--	--	--	--	--

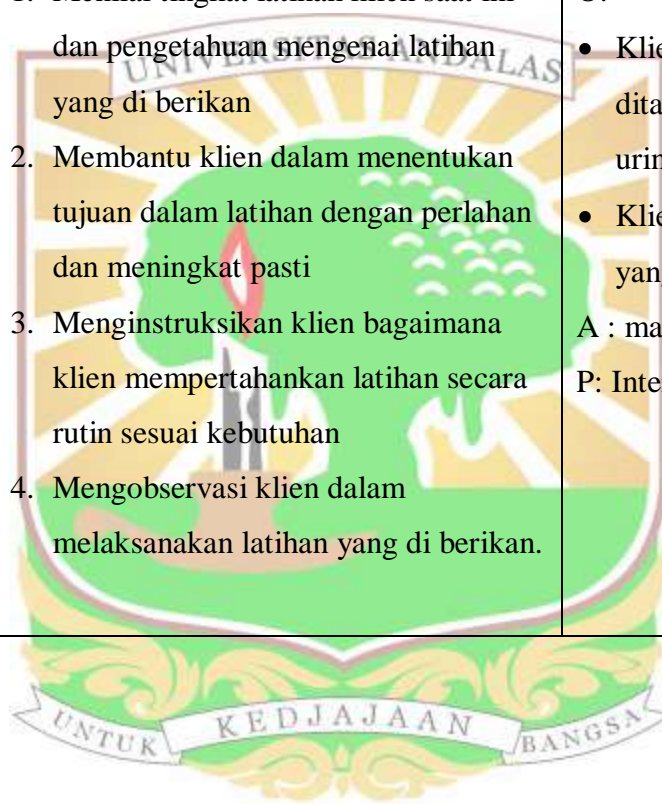
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan latihan ini berulang-ulang sampai 10-15 persesi</li> <li>- Latihan ini dilakukan 3 kali sehari</li> <li>- Latihan kegel hanya efektif bila dilakukan secara teratur</li> <li>- Lakukan sebanyak 3 kali sehari ( pagi, siang dan malam )</li> </ul>		
--	--	---	--	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 5**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
Rabu / 19 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<b>Pengajaran : proses penyakit</b> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab 2. Menjelaskan tanda dan gejala inkontinensia urin	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak mengetahui penyebab inkontinensia urin</li> <li>• Klien mengatakan semoga dengan</li> </ul>	<b>Sri aria</b>

		<p><b>Pengajaran : pereseapan latihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan</li> <li>2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti</li> <li>3. Menginstruksikan klien bagaimana klien mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan</li> <li>4. Mengobservasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan.</li> </ol>	<p>latihan senam kegel masalah klien bisa teratasi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak bingung saat ditanya penyebab inkontinensia urin</li> <li>• Klien tampak melakukan latihan yang telah di ajarkan</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--



UNIVERSITAS ANDALAS  
**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 6**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
Jum'at / 21 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p><b>Pengajaran : proses penyakit</b></p> <p>1. Menjelaskan komplikasi dari inkontinensia urin</p> <p><b>Pengajaran : peresepan latihan</b></p> <p>1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan</p> <p>2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti</p>	<p>S: Klien mengatakan tidak mengetahui komplikasi dari inkontinensia urin</p> <p>Klien mengatakan frekuensi bak nya sudah mulai berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien sudah mulai teratur</li> <li>• Klien tampak antusias semangat menjalankan latihan</li> </ul> <p>A: masalah teratasi sebagian</p>	<b>Sri aria</b>



		3. Menginstruksikan klien bagaimana klien mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan	P : Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	----------------------------	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 7**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
Senin / 24 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<b>Pengajaran : peresepan latihan</b> 1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan 2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti 3. Menginstruksikan klien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin	S: klien mengatakan sudah bisa menahan bak Klien mengatakan frekuensi bak sudah berkurang O :frekuensi bak klien sudah teratur A : masalah teratasi sebagian	

		sesuai kebutuhan 4. Mengobservasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan	P : Intervensi lanjut	
--	--	---	-----------------------	--


  
**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 8**

HARI / TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
rabu / 26 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<b>Pengajaran : peresapan latihan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan</li> <li>2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti</li> <li>3. Menginstruksikan klien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai</li> </ol>	S: klien mengatakan sudah bisa mengontrol bak Klien mengatakan frekuensi bak sudah normal O: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien 6-8 kali sehari</li> <li>• Klien tampak bisa melakukan latihan senam kegel</li> </ul> A : masalah teratasi sebagian P : intervensi lanjut	<b>Sri aria</b>

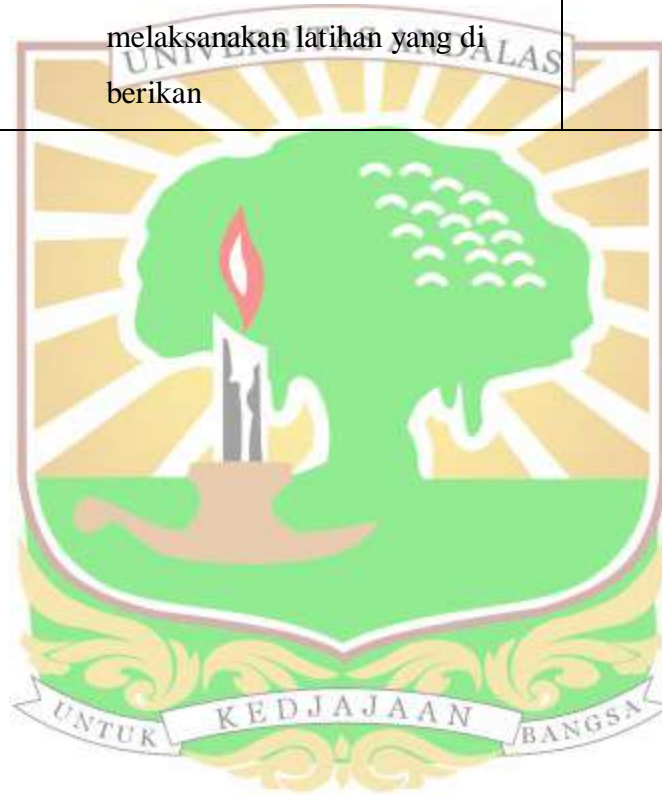
		kebutuhan 4. Mengobservasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan	
--	--	--	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 9**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
jumat / 28 februari 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<b>Pengajaran : pereseapan latihan</b> 1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan 2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti 3. Menginstruksikan klien bagaimana mempertahankan	S: klien mengatakan sudah bisa mengontrol bak Klien mengatakan frekuensi bak sudah normal O: • Frekuensi bak klien 6-8 kali sehari • Klien tampak bisa melakukan latihan senam kegel A : masalah teratasi sebagian	<b>Sri aria</b>

		latihan secara rutin sesuai kebutuhan 4. Mengobservasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan	P : intervensi lanjut	
--	--	--	-----------------------	--



**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 10**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
<p>Senin / 2 maret 2020</p>	<p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif</p>	<p><b>Pengajaran : peresapan latihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan</li> <li>2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti</li> <li>3. Menginstruksikan klien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan</li> <li>4. Mengobservasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan</li> </ol>	<p>S: klien mengatakan sudah bisa mengontrol bak Klien mengatakan frekuensi bak sudah normal</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien 6-8 kali sehari</li> <li>• Klien tampak bisa melakukan latihan senam kegel</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi lanjut</p>	<p><b>Sri aria</b></p>



--	--	--	--	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 11**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
Selasa / 3 maret 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p><b>Pengajaran : pereseapan latihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan.</li> <li>2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti.</li> <li>3. Menginstruksikan klien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan.</li> <li>4. Mengobservasi klien dalam</li> </ol>	<p>S: klien mengatakan sudah bisa mengontrol bak</p> <p>Klien mengatakan frekuensi bak sudah normal</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien 5-6 kali sehari</li> <li>• Klien tampak bisa melakukan latihan senam kegel</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi lanjut</p>	<b>Sri aria</b>

		melaksanakan latihan yang di berikan	
--	--	--------------------------------------	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 12**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
jumat / 6 maret 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p><b>Pengajaran : pereseapan latihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai tingkat latihan klien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di berikan.</li> <li>2. Membantu klien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti.</li> <li>3. Menginstruksikan klien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai</li> </ol>	<p>S: klien mengatakan sudah bisa mengontrol bak</p> <p>Klien mengatakan frekuensi bak sudah normal</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien 5-6 kali sehari</li> <li>• Klien tampak bisa melakukan latihan senam kegel</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi lanjut</p>	<b>Sri aria</b>

		kebutuhan. 4. Mengobservasi klien dalam melaksanakan latihan yang di berikan	
--	--	---	--

**CATATAN KEPERAWATAN KELUARGA Ny. M**

**Pertemuan 13**

<b>HARI / TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
minggu / 8 maret 2020	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	1. Mengevaluasi pengetahuan klien tentang semua materi yang telah di ajarkan. 2. terminasi	S: klien mengatakan sudah bisa mengontrol bak Klien mengatakan frekuensi bak sudah normal O: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi bak klien 5-6 kali sehari</li> <li>• Klien tampak bisa melakukan latihan senam kegel</li> </ul> A : masalah teratasi sebagian	<b>Sri aria</b>

			P : intervensi lanjut	
--	--	--	-----------------------	--







## Lampiran 2

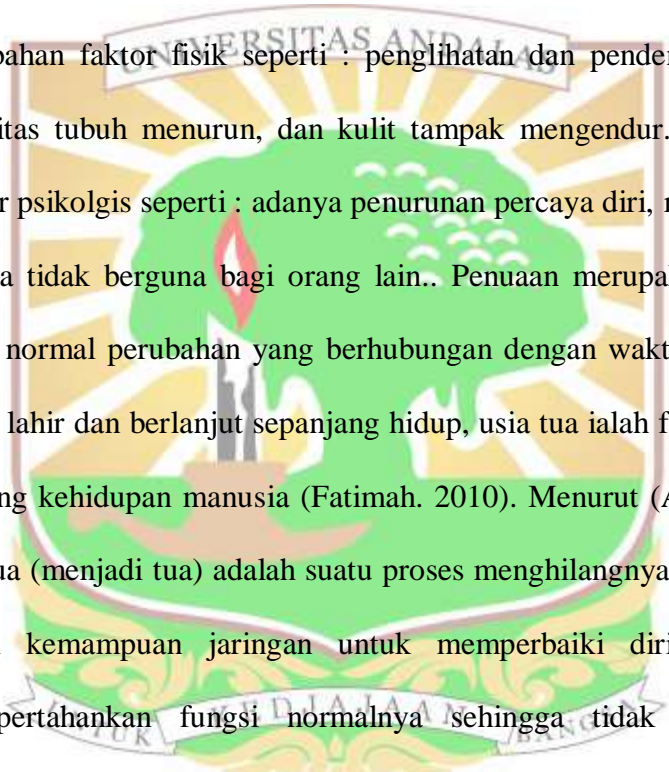
### LAPORAN PENDAHULUAN

Kunjungan ke 1

Hari / Tanggal : Senin, 10 februari 2020

#### I. Pendahuluan

##### a. Latar Belakang



Menua adalah seseorang yang mengalami perubahan karena usia, perubahan faktor fisik seperti : penglihatan dan pendengaran menurun, aktivitas tubuh menurun, dan kulit tampak mengendur. Sedangkan dari faktor psikologis seperti : adanya penurunan percaya diri, rasa kesepian dan merasa tidak berguna bagi orang lain.. Penuaan merupakan suatu proses yang normal perubahan yang berhubungan dengan waktu, sudah dimulai sejak lahir dan berlanjut sepanjang hidup, usia tua ialah fase terakhir dalam rentang kehidupan manusia (Fatimah. 2010). Menurut (Artinawati, 2014) Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang di derita.

Pada lansia, terjadi penurunan kondisi fisik biologis, kondisi psikologis serta perubahan kondisi sosial. Para usia lanjut serta masyarakat menganggap seakan-akan tugasnya telah selesai, lansia berhenti bekerja dan mengundurkan diri dari pergaulan bermasyarakat (Tamher & Noorkasiani, 2009).

Masalah inkontinensia adalah salah satu masalah yang meluas dan merugikan, Penyakit ini merupakan salah satu faktor utama yang membuat banyak keluarga menempatkan manula tersebut di panti jompo untuk mendapatkan perawatan yang layak. Biaya untuk perawatan di panti atau rumah sakit merupakan implikasi ekonomis yang sangat bervariasi (Agoes, 2011). Kelainan inkontinensia urine tidak akan mengancam jiwa penderita, tetapi berpengaruh pada kualitas hidup yang disebabkan oleh faktor gangguan psikologis dan faktor sosial yang sulit diatasi, penderita merasa rendah diri karena selalu basah akibat urine yang keluar, mungkin pada saat batuk, bersin, mengangkat barang berat dan menahan urine dari kamar ke wc. Mengakibatkan terjadinya problematika kehidupan baik dari segi medis, sosial, ekonomi, maupun psikologi di lingkungan dan keluarga (Agoes, 2011).

Berdasarkan survey lapangan yang telah di lakukan pada tanggal 10-11 februari 2020 di temukan kasus pada Ny M umur 63 tahun dengan masalah inkontinensia urin. Pada kunjungan awal pada keluarga kelolaan di lakukan perkenalan dengan klien dan anggota keluarga, membina hubungan saling percayadengan setiap anggota keluarga dan membantu mengidentifikasi sumber daya dengan yang ada di anggota keluarga, kemudian di lakukan pemberian informed consent sebagai bukti persetujuan klien dan keluarga untuk di lakukan pembinaan selama 4 minggu. Kemudian melakukan pengkajian status kesehatan yang meliputi riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan ttv dan pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk menegakkan diagnosa keperawatan dalam mengatasi masalah klien dan keluarga.

b. Data yang perlu dikaji lebih lanjut

Data yang perlu dikaji lebih lanjut adalah identitas keluarga dan komposisi keluarga, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik terfokus, riwayat dan tahap perkembangan keluarga serta lingkungan.

c. Masalah keperawatan

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

a. Diagnosa keperawatan keluarga

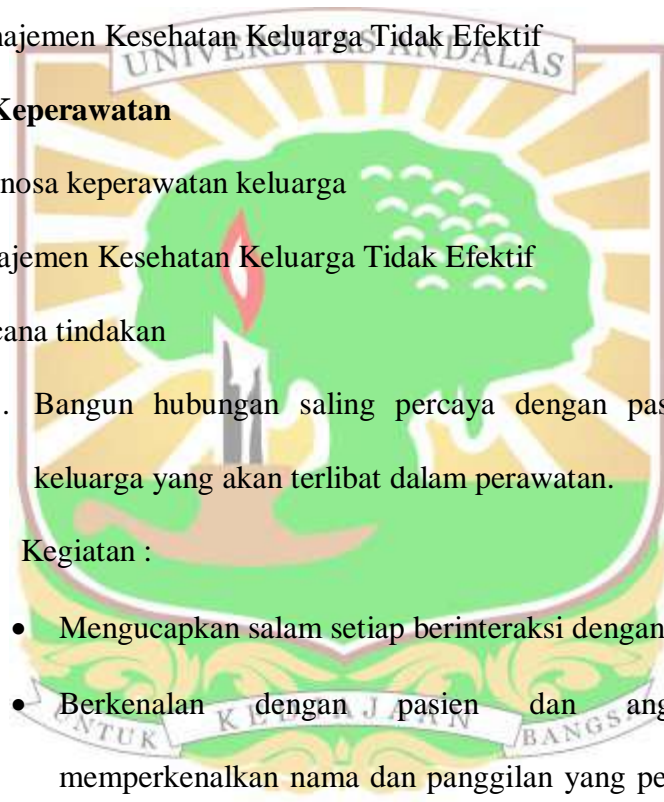
Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

b. Rencana tindakan

1. Bangun hubungan saling percaya dengan pasien dan anggota keluarga yang akan terlibat dalam perawatan.

Kegiatan :

- Mengucapkan salam setiap berinteraksi dengan pasien
- Berkenalan dengan pasien dan anggota keluarga, memperkenalkan nama dan panggilan yang perawat sukai, serta menanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien dan anggota keluarga
- Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
- Membuat kontrak pertemuan (topik, tujuan, waktu, tempat)



- Menjelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
- Menunjukkan sikap empati terhadap pasien setiap saat
- Menepati janji
- Memberikan informed consent
- Memberikan informasi dengan data-data yang terpercaya dan terbaru

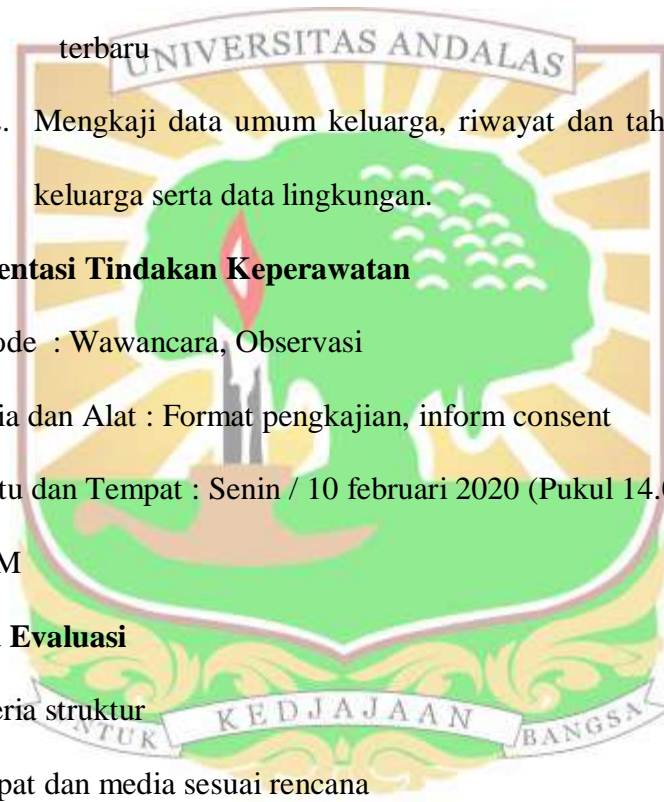
2. Mengkaji data umum keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga serta data lingkungan.

### III. Implementasi Tindakan Keperawatan

- a. Metode : Wawancara, Observasi
- b. Media dan Alat : Format pengkajian, inform consent
- c. Waktu dan Tempat : Senin / 10 februari 2020 (Pukul 14.00 WIB) di rumah Ny. M

### IV. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur
  1. Tempat dan media sesuai rencana
- b. Kriteria proses
  1. Waktu yang direncanakan sesuai pelaksanaan
  2. Keluarga menerima kedatangan perawat
  3. Keluarga menyetujui menjadi keluarga binaan
  4. Selama wawancara keluarga kooperatif



c. Kriteria hasil

Partisipasi keluarga dalam perawatan professional

Indikator :

1. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan (5)
2. Memperoleh informasi yang di perlukan (5)
3. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan (4)
4. Bekerja sama dalam menentukan perawatan (4)



**LAPORAN PENDAHULUAN**



**I. Pendahuluan**

a. Latar Belakang

Asuhan keperawatan pada lansia Menurut Depkes (2011) adalah suatu rangkaian kegiatan dari proses keperawatan yang ditujukan pada lansia. Kegiatan tersebut meliputi pengkajian kepada lansia dengan memerhatikan kebutuhan biologis, psikologis, kultural dan spritual. Peran perawat gerontik adalah untuk mengurangi faktor resiko yang berfokus pada tindakan yang dapat meningkatkan kesehatan pada semua anggota keluarga pada tingkat perkembangannya. Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan yang terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan komunitas, salah satu fungsi keluarga adalah sebagai pelaksana perawatan kesehatan.

Berdasarkan kunjungan pertama, didapatkan data bahwa tipe bentuk keluarga Ny. M adalah Tipe bentuk Keluarga extended family yaitu keluarga inti di tambah dengan orang lain yang memiliki hubungan darah. Telah didapatkan data mengenai data umum keluarga, tahap perkembangan dan riwayat keluarga, serta data lingkungan. Dari pengkajian didapatkan bahwa Ny. M menderita inkontinensia urin.

Berdasarkan kontrak waktu yang disepakati sebelumnya dengan keluarga Ny. M bahwa akan dilaksanakan pertemuan kedua dengan topik melakukan pengkajian tentang struktur keluarga, struktur peran, nilai keluarga, norma keluarga dan pemeriksaan fisik.

- b. Data yang perlu dikaji lebih lanjut

Data yang perlu dikaji lebih lanjut adalah struktur keluarga, struktur peran, nilai keluarga, norma keluarga dan pemeriksaan fisik.

- c. Masalah Keperawatan

- 1) Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

- a. Diagnosa keperawatan keluarga

- 1) Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

- b. Rencana tindakan

- 1) Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

NIC : Peningkatan Keterlibatan Keluarga

- 1. Monitor stuktur dan peran keluarga

Kegiatan :

Mengkaji struktur dan peran keluarga (menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga)

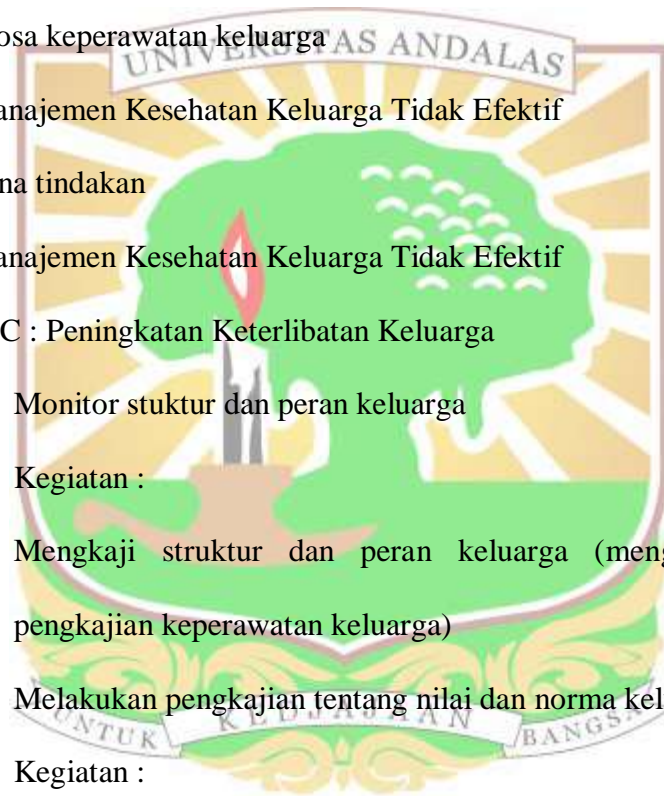
- 2. Melakukan pengkajian tentang nilai dan norma keluarga

Kegiatan :

Mengkaji nilai dan norma keluarga (menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga)

- 3. Melakukan pemeriksaan fisik anggota keluarga Ny. M

Kegiatan: Mengkaji TTV dan pemeriksaan fisik pada Ny.M dan anggota keluarga dengan menggunakan *nursing kit*.

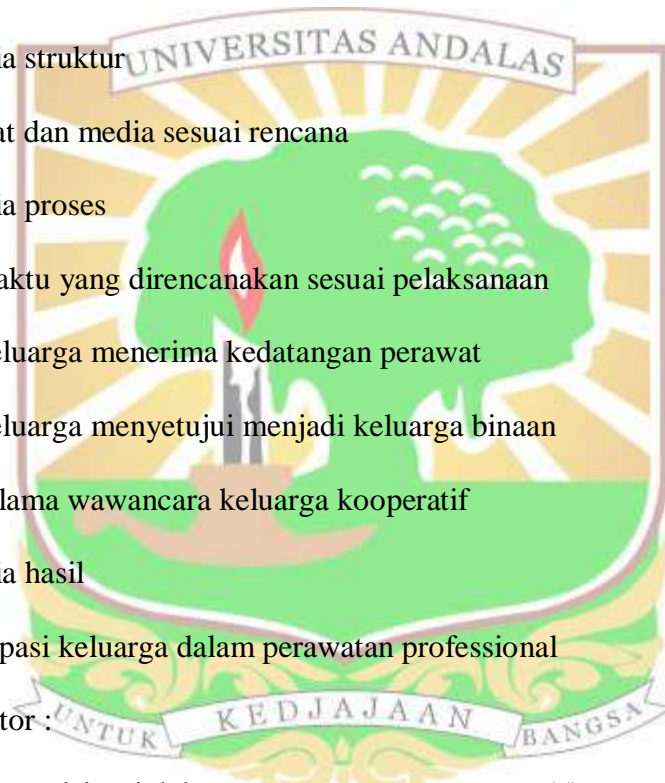


### III. Implementasi Tindakan Keperawatan

- a. Metode : Wawancara, Observasi
- b. Media dan Alat : Format pengkajian, *nursing kit*
- c. Waktu dan Tempat : selasa/ 11 februari 2020 (Pukul 10.00 WIB) di  
rumah Ny M.

### IV. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur  
Tempat dan media sesuai rencana
- b. Kriteria proses
  1. Waktu yang direncanakan sesuai pelaksanaan
  2. Keluarga menerima kedatangan perawat
  3. Keluarga menyetujui menjadi keluarga binaan
  4. Selama wawancara keluarga kooperatif
- c. Kriteria hasil  
Partisipasi keluarga dalam perawatan professional  
Indikator :
  1. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan (5)
  2. Memperoleh informasi yang di perlukan (5)
  3. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan (4)
  4. Bekerja sama dalam menentukan perawatan (4)





## **LAPORAN PENDAHULUAN**

**Kunjungan ke 3**

**Hari / Tanggal : Jum'at, 14 februari 2020**

### **I. Pendahuluan**

a. Latar Belakang

Berdasarkan kunjungan pertama dan kedua didapatkan data tentang struktur keluarga, struktur peran, nilai keluarga, norma keluarga dan pemeriksaan fisik pada keluarga Ny.M. Didapatkan juga data mengenai masalah eliminasi pada klien yang di rasakan sejak beberapa tahun yang lalu. Berdasarkan kontrak waktu yang disepakati sebelumnya dengan keluarga Ny. M bahwa akan dilaksanakan pertemuan ketiga dengan topik melakukan pengkajian tentang fungsi keluarga, stress dan koping keluarga, harapan keluarga terhadap pasien

b. Data yang perlu dikaji lebih lanjut

Data yang perlu dikaji lebih lanjut adalah fungsi keluarga, stress dan koping keluarga, harapan keluarga terhadap pasien.

c. Masalah keperawatan keluarga

1) Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

a. Diagnosa Keperawatan Keluarga

1) Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

b. Rencana tindakan

1) Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

NIC: Peningkatan Keterlibatan Keluarga

1. Memonitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien

Kegiatan : Mengkaji fungsi keluarga (fungsi perawatan kesehatan)

2. Mengidentifikasi dan hormati mekanisme koping yang digunakan

oleh anggota keluarga



Kegiatan : Mengkaji dan menghormati mekanisme koping keluarga

3. Mendorong anggota keluarga dan pasien untuk membantu dalam mengembangkan rencana perawatan, termasuk hasil yang diharapkan dan pelaksanaan rencana perawatan

Kegiatan :

- Menjelaskan kepada pasien dan anggota keluarga pentingnya untuk ikut serta dalam rencana perawatan dan pelaksanaan perawatan.
- Mendorong anggota keluarga dan pasien untuk bersikap asertif (terbuka) dalam berinteraksi dengan pemberi layanan kesehatan profesional

### III. Implementasi Tindakan Keperawatan

- a. Metode : Wawancara, Observasi
- b. Media dan Alat : Format pengkajian, nursing kit
- c. Waktu dan Tempat : Jum'at, 14 februari 2020 (Pukul 10.00 WIB) di rumah Ny. M

### IV. Kriteria Evaluasi

- a. Kriteria struktur  
Tempat dan media sesuai rencana
- b. Kriteria proses

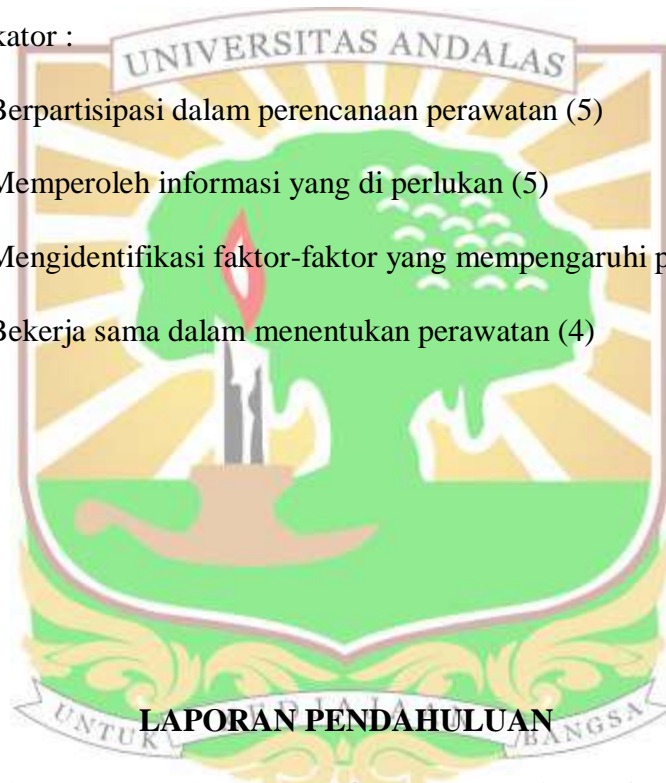
1. Waktu yang direncanakan sesuai pelaksanaan
2. Keluarga menerima kedatangan perawat
3. Keluarga menyetujui menjadi keluarga binaan
4. Selama wawancara keluarga kooperatif

c. Kriteria hasil

Partisipasi keluarga dalam perawatan professional

Indikator :

1. Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan (5)
2. Memperoleh informasi yang di perlukan (5)
3. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan (4)
4. Bekerja sama dalam menentukan perawatan (4)



**Kunjungan ke 4**

**Hari / Tanggal: senin, 17 februari 2020**

**I. Pendahuluan**

a. Latar Belakang

Pada pertemuan sebelumnya telah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada lansia Ny. M, didapatkan data bahwa Ny. M mengalami masalah kesehatan yaitu bung air kecil yang tidak

terkontrol dan frekuensi yang sering apalagi di waktu malam hari. Klien mengatakan frekuensi buang air kecilnya di malam hari 7-8 kali tiap malam sehingga mengganggu waktu tidur. Klien juga mengatakan tidak mengetahui apa itu inkontinensia urin dan penyebabnya. Klien juga mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan inkontinensia urin. Berdasarkan data yang didapatkan untuk mengatasi masalah inkontinensia urin klien tersebut maka membutuhkan perawatan yang komprehensif, mahasiswa berencana melakukan intervensi dan implementasi pada Ny. M tentang pengertian penyakit inkontinensia urin dan latihan senam kegel.

- b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut  
Pengetahuan Ny. M tentang inkontinensia urin
- c. Masalah keperawatan keluarga  
Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

## **II. Proses Keperawatan**

- a. Diagnosa Keperawatan Keluarga  
Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga
- b. Rencana tindakan

1) Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga

NIC: Pengajaran: Proses Penyakit

1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit

Kegiatan :

Mengkaji sejauh mana pengetahuan klien tentang inkontinensia urin dan menjelaskan tentang pengertian penyakit inkontinensia urin kepada pasien dan keluarga .

### **Pengajaran : peresepan latihan**

1. Menilai tingkat latihan pasien saat ini dan pengetahuan mengenai latihan yang di resepan.
  - Ny M mengatakan sudah memahami latihan yang telah di berikan.
2. Membantu pasien dalam menentukan tujuan dalam latihan dengan perlahan dan meningkat pasti.
3. Menginstruksikan pasien terkait penggunaan medikasi pengontrolan nyeri dan metode alternatif pengontrolan nyeri sebelum latihan sesuai kebutuhan.
4. Menginstruksikan pasien bagaimana mempertahankan latihan secara rutin sesuai kebutuhan.
  - Demonstrasi latihan senam kegel
  - Di awali dengan pemanasan yakni relaksasi nafas dalam 3 kali
  - Ambil posisi duduk atau berbaring
  - Anjurkan klien untuk mengkontraksikan otot panggul dengan cara yang sama ketika menahan kencing
  - Bila otot perut atau pantat juga mengeras maka pasien tidak berlatih dengan otot yang benar
  - Jika klien sudah menemukan cara tepat untuk mengkontraksikan dalam hitungan (1-10) atau selama 10 detik, kemudian istirahat selama 10 detik.
  - Lakukan latihan ini berulang-ulang sampai 10-15 persesi
  - Latihan ini dilakukan 3 kali sehari
  - Latihan kegel hanya efektif bila di lakukan secara teratur. Lakukan sebanyak 3 kali sehari ( pagi, siang dan malam )

### **III. Implementasi Tindakan Keperawatan**

- a. Metode : Ceramah, tanya jawab dan demonstrasi

- b. Media dan Alat : Lembar balik
- c. Waktu dan Tempat : senin / 17 februari 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny M

#### IV. KRITERIA HASIL

##### a. Kriteria struktur

Penyuluhan berlangsung dirumah ny. M sesuai dengan rencana, media dan alat tersedia saat penyuluhan

##### b. Kriteria proses

Waktu penyuluhan sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam penyuluhan, suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman, penyuluhan yang disampaikan sesuai topik yang direncanakan

##### c. Kriteria hasil

Tingkat pengetahuan

Indikator :

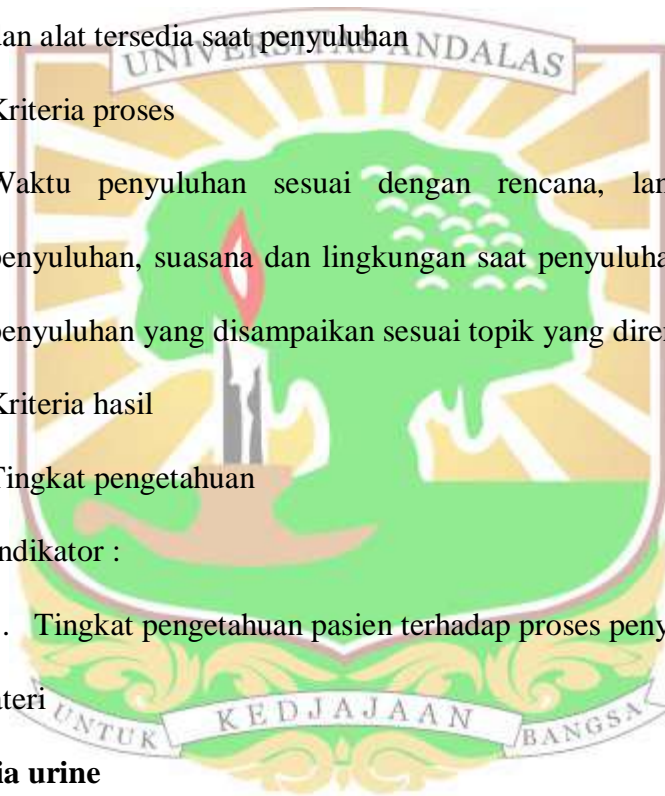
1. Tingkat pengetahuan pasien terhadap proses penyaki

#### E. Lampiran materi

##### **Inkontinensia urine**

##### **8. Defenisi**

Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine secara spontan pada sembarang waktu di luar kehendak yang secara tiba-tiba tanpa mampu untuk menahannya (Agoes, 2010). Inkontinensia urine ialah Pengeluaran urin tanpa disadari, dalam jumlah dan frekuensi yang lebih sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan dan sosial (Darmojo, 2011).





Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine secara tidak sadar, yang menyebabkan meningkatnya risiko infeksi saluran kemih yang akan mengakibatkan terjadinya masalah psikologi dan isolasi sosial (Fatimah, 2010). Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine involunter (tidak disadari/ mengompol) yang cukup menjadi masalah pada waktu dan tempat yang tidak serta juga menyebabkan kebersihan atau sosial (Artinawati, 2014).



Kunjungan ke 5 Hari/ Tanggal : Rabu , 19 februari 2020

## **I. Pendahuluan**

### **a. Latar Belakang**

Pada pertemuan pertama dan kedua telah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada lansia Ny. M, didapatkan data bahwa Ny. M mengalami masalah kesehatan yaitu buang air kecil yang tidak terkontrol dan frekuensi yang sering apalagi di waktu malam hari. Klien mengatakan frekuensi buang air kecilnya

sehari 12-13 kali sehari apalagi di malam hari 7-8 kali tiap malam sehingga mengganggu waktu tidur. nyeri pada sendi. Klien mengatakan sudah menderita inkontinensia urin sejak empat tahun yang lalu. Klien juga mengatakan tidak mengetahui apa itu inkontinensia urin dan penyebabnya. Klien juga mengatakan tidak tahu bagaimana cara perawatan inkontinensia urin. Berdasarkan data yang didapatkan untuk mengatasi inkontinensia urin pasien tersebut maka membutuhkan perawatan yang komprehensif, mahasiswa berencana melakukan intervensi dan implementasi pada Ny.M tentang inkontinensia urine dan senam keegel.

b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut

Pengetahuan Ny.M tentang inkontinensia urin

c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

a. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

b. Rencana tindakan

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

NIC: Pengajaran: Proses Penyakit

1. Mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit

Kegiatan :

Mengkaji sejauh mana pengetahuan klien tentang inkontinensia urine dan menjelaskan tentang faktor penyebab inkontinensia urine kepada pasien dan keluarga .

### III. Implementasi Tindakan Keperawatan

- a. Metode : Ceramah dan Tanya jawab
- b. Media dan Alat : Lembar balik
- c. Waktu dan Tempat : Rabu / 19 februari 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny. M

### IV. KRITERIA HASIL

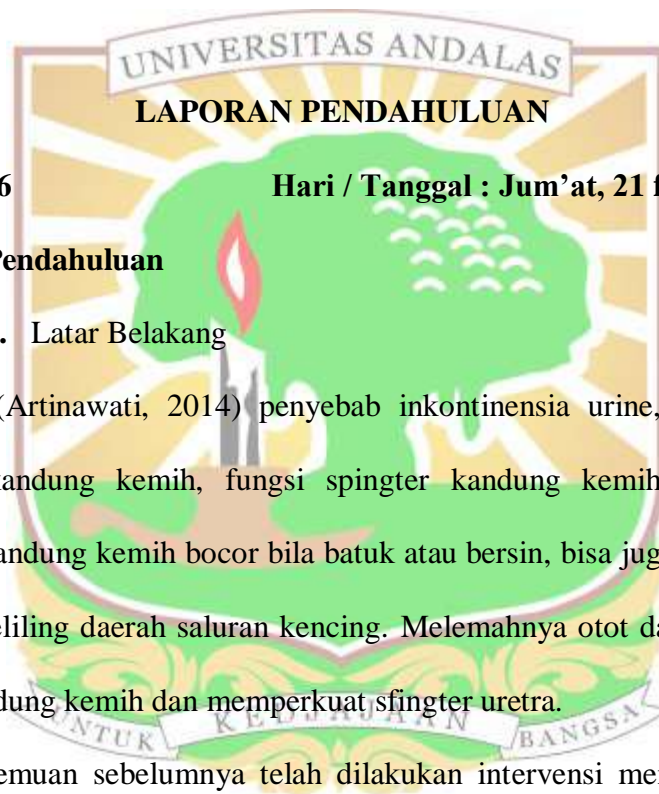
- a. Kriteria struktur  
Penyuluhan berlangsung di rumah ny. M sesuai dengan rencana, media dan alat tersedia saat penyuluhan
- b. Kriteria proses  
Waktu penyuluhan sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam penyuluhan, suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman, penyuluhan yang disampaikan sesuai topik yang direncanakan
- c. Kriteria hasil  
Tingkat pengetahuan  
Indikator :
  1. Tingkat pengetahuan pasien terhadap proses penyakit
  2. Tingkat pengetahuan pasien terhadap factor penyebab penyakit

Lampiran Materi

Tanda dan gejala inkontinensia urine

- f. Adanya keinginan buang air kecil terus-menerus dan tidak mampu menahan terlalu lama.
- g. Perasaan kandung kemih penuh.
- h. Buang air kecil saat batuk, bersin, dan tertawa.
- i. Dan ketidakmampuan untuk mencapai toilet saat ingin buang air kecil
- j. Ketika batuk, bersin, dan mengangkat barang berat keluaranya air kecil tiba-tiba.





**Kunjungan ke 6**

**Hari / Tanggal : Jum'at, 21 februari 2020**

**I. Pendahuluan**

**a. Latar Belakang**

Menurut (Artinawati, 2014) penyebab inkontinensia urine, ialah : kelainan kontrol pada kandung kemih, fungsi spinger kandung kemih yang terganggu menyebabkan kandung kemih bocor bila batuk atau bersin, bisa juga disebabkan oleh kelainan di sekeliling daerah saluran kencing. Melemahnya otot dasar panggul yang menyangga kandung kemih dan memperkuat sfingter uretra.

Pada pertemuan sebelumnya telah dilakukan intervensi mengenai penjelasan tentang penyebab inkontinensia urine. Dari hasil diskusi yang sudah dilakukan sebelumnya didapatkan hasil bahwa Ny. M dan keluarga sudah mengerti mengenai penyebab inkontinensia urine. Berdasarkan data yang didapatkan, mahasiswa berencana melakukan pertemuan keenam, yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala inkontinensia urine serta senam keegel.

**b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut**



pengetahuan klien tentang gejala dan tanda inkontinensia urine

c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

**II. Proses Keperawatan**

a. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

b. Rencana tindakan

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

NIC: Pengajaran proses penyakit

Menjelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit

Kegiatan :

Menjelaskan tentang tanda dan gejala inkontinensia urine kepada pasien dan keluarga .

**III. Implementasi Tindakan Keperawatan**

a. Metode : Ceramah dan Tanya jawab

b. Media dan Alat : Lembar balik, booklet

c. Waktu dan Tempat : Jum'at / 21 februari 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny.M

**IV. KRITERIA HASIL**

a. Kriteria struktur

Penyuluhan berlangsung dirumah Ny.M sesuai dengan rencana, media dan alat tersedia saat penyuluhan

b. Kriteria proses

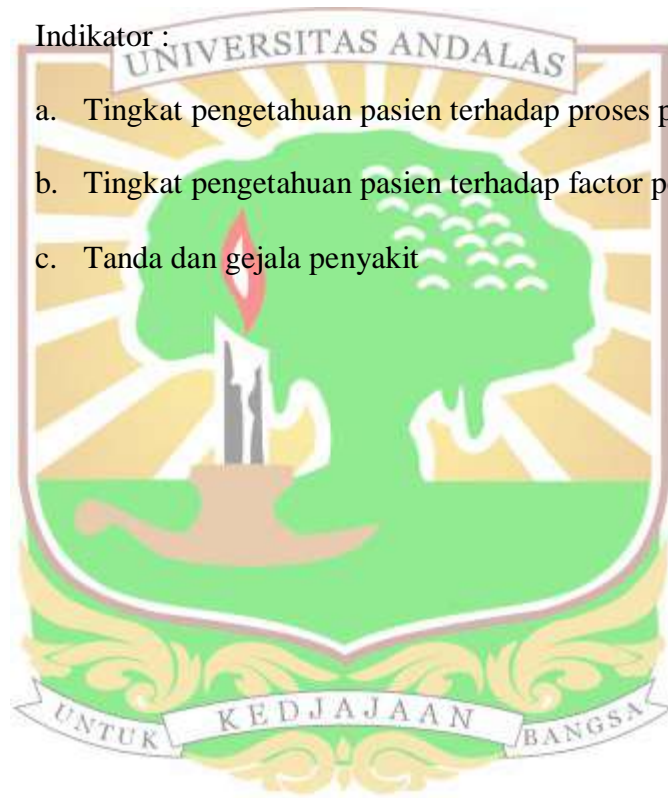
Waktu penyuluhan sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam penyuluhan, suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman, penyuluhan yang disampaikan sesuai topik yang direncanakan

c. Kriteria hasil

Tingkat pengetahuan

Indikator :

- a. Tingkat pengetahuan pasien terhadap proses penyakit
- b. Tingkat pengetahuan pasien terhadap factor penyebab penyakit
- c. Tanda dan gejala penyakit



## Lampiran Materi

### Tanda dan Gejala inkontinensia urine

1. Adanya keinginan buang air kecil terus-menerus dan tidak mampu menahan terlalu lama.
2. Perasaan kandung kemih penuh.
3. Buang air kecil saat batuk, bersin, dan tertawa.
4. Dan ketidakmampuan untuk mencapai toilet saat ingin buang air kecil.
5. Ketika batuk, bersin, dan mengangkat barang berat keluaranya air kecil tiba-tiba.



## LAPORAN PENDAHULUAN

Kunjungan ke 7

Hari / Tanggal : Senin, 24 februari 2020

## **I. Pendahuluan**

### **a. Latar Belakang**

Menurut Darmojo ( 2011) tanda dan gejala inkontinensia urine

1. Adanya keinginan buang air kecil terus-menerus dan tidak mampu menahan terlalu lama.
2. Perasaan kandung kemih penuh.
3. Buang air kecil saat batuk, bersin, dan tertawa.
4. Dan ketidakmampuan untuk mencapai toilet saat ingin buang air kecil.
5. Ketika batuk, bersin, dan mengangkat barang berat keluaranya air kecil tiba-tiba.

. Pada pertemuan sebelumnya telah dilakukan intervensi mengenai penjelasan tentang tanda dan gejala inkontinensia urine. Dari hasil diskusi yang sudah dilakukan sebelumnya didapatkan hasil bahwa Ny. M dan keluarga sudah mengerti mengenai tanda dan gejala inkontinensia urine. Berdasarkan data yang didapatkan, mahasiswa berencana melakukan pertemuan ketujuh, yaitu memberikan latihan senam keegel.

### **b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut**

-pengetahuan klien tentang senam keegel

### **c. Masalah keperawatan keluarga**

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## **II. Proses Keperawatan**

### **a. Diagnosa Keperawatan Keluarga**

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

**b. Rencana tindakan**

Edukasi program pengobatan

NIC:

1. Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar
2. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama pengobatan
3. Anjurkan mengkonsumsi obat sesuai indikasi

**III. Implementasi Tindakan Keperawatan**

- a. Metode : Demonstrasi
- b. Media dan Alat : Lembar balik, booklet
- c. Waktu dan Tempat : Senin / 24 februari 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny.M

**IV. KRITERIA HASIL**

- a. Kriteria struktur  
Petemuan berlangsung dirumah Ny.M sesuai dengan rencana, dan terapi non farmakologi.
- b. Kriteria proses  
Waktu sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam latihan senam keegel. suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman.
- c. Edukasi program latihan
  1. Pasien mau diberikan latihan senam keegel
  2. Pasien latihan dengan teratur dan rutin

**LAPORAN PENDAHULUAN**

**Kunjungan ke 8**

**Hari / Tanggal : Rabu , 26 februari 2020**

**I. Pendahuluan**



### a. Latar Belakang

Menurut Darmojo ( 2011) tanda dan gejala inkontinensia urine adalah:

1. Adanya keinginan buang air kecil terus-menerus dan tidak mampu menahan terlalu lama.
2. Perasaan kandung kemih penuh.
3. Buang air kecil saat batuk, bersin, dan tertawa.
4. Dan ketidakmampuan untuk mencapai toilet saat ingin buang air kecil.
5. Ketika batuk, bersin, dan mengangkat barang berat keluaranya air kecil tiba-tiba.

Pada pertemuan sebelumnya telah dilakukan intervensi mengenai penjelasan tentang tanda dan gejala inkontinensia urine. Dari hasil diskusi yang sudah dilakukan sebelumnya didapatkan hasil bahwa Ny. M dan keluarga sudah mengerti mengenai tanda dan gejala inkontinensia urine. Berdasarkan data yang didapatkan, mahasiswa berencana melakukan pertemuan ketujuh, yaitu memberikan pendidikan kesehatan komplikasi inkontinensia urine dan latihan senam keegel.

### b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut

### c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

### a. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

**b. Rencana tindakan**

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

NIC: Pengajaran proses penyakit

Jelaskan komplikasi kronis yang mungkin ada

Kegiatan :

Menjelaskan tentang komplikasi inkontinensia urine kepada pasien dan keluarga.

**III. Implementasi Tindakan Keperawatan**

**a. Metode :** Ceramah dan Tanya jawab

**b. Media dan Alat :** Lembar balik, booklet

**c. Waktu dan Tempat :** Rabu / 26 februari 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny M

**IV. KRITERIA HASIL**

**a. Kriteria struktur**

Penyuluhan berlangsung dirumah ny. M sesuai dengan rencana, media dan alat tersedia saat penyuluhan

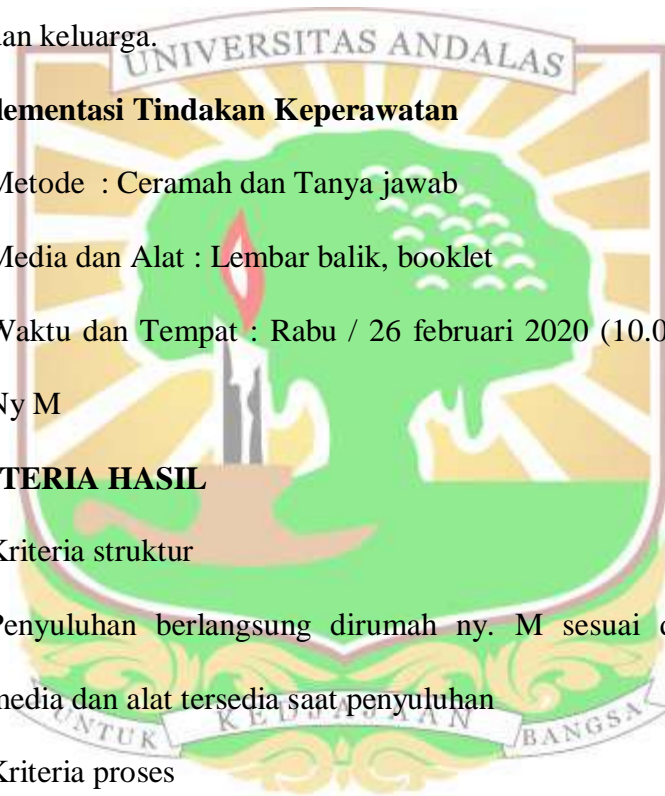
**b. Kriteria proses**

Waktu penyuluhan sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam penyuluhan, suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman, penyuluhan yang disampaikan sesuai topik yang direncanakan

**c. Kriteria hasil**

Pengetahuan :Manajemen penyakit kronik

Indikator :



- a. Tingkat pengetahuan pasien terhadap proses penyakit
- b. Tingkat pengetahuan pasien terhadap factor penyebab penyakit
- c. Tanda dan gejala penyakit



## LAPORAN PENDAHULUAN

**Kunjungan ke 9**

**Hari / Tanggal : jumat / 28 februari 2020**

### **I. Pendahuluan**

#### **a. Latar Belakang**

Menurut Darmojo (2011), tanda dan gejala inkontinensia urine yaitu Adanya keinginan buang air kecil terus-menerus dan tidak mampu menahan

terlalu lam, Perasaan kandung kemih penuh. Buang air kecil saat batuk, bersin, dan tertawa. Dan ketidakmampuan untuk mencapai toilet saat ingin buang air kecil. Ketika batuk, bersin, dan mengangkat barang berat keluarnya air kecil tiba-tiba.

Pada pertemuan sebelumnya telah dilakukan intervensi mengenai penjelasan tentang tanda dan gejala inkontinensia urine. Dari hasil diskusi yang sudah dilakukan sebelumnya didapatkan hasil bahwa Ny. M dan keluarga sudah mengerti mengenai tanda dan inkontinensia urine. Berdasarkan data yang didapatkan, mahasiswa berencana melakukan pertemuan kesembilan, yaitu memberikan latihan senam keegel.

b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut

c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

a. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

b. Rencana tindakan

Edukasi program latihan

NIC:

1. Berikan dukungan untuk menjalani program latihan dengan baik dan benar
2. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama latihan

### III. Implementasi Tindakan keperawatan

- a. Metode :-
- b. Media dan Alat : Lembar balik, booklet
- c. Waktu dan Tempat : jumat / 28 februari 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny.M

### IV. KRITERIA HASIL

#### a. Kriteria struktur

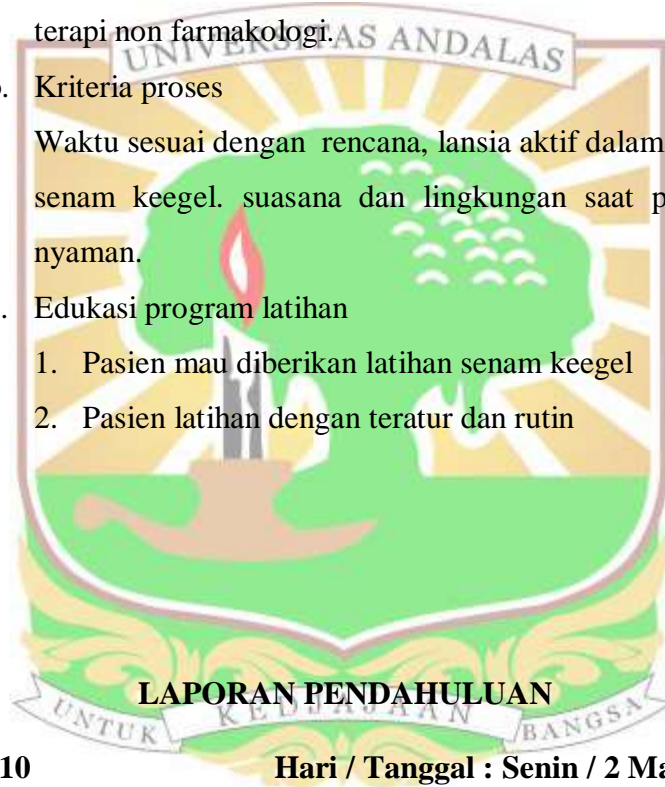
Petemuan berlangsung dirumah Ny. M sesuai dengan rencana, dan terapi non farmakologi.

#### b. Kriteria proses

Waktu sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam di berikan latihan senam keegel. suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman.

#### c. Edukasi program latihan

1. Pasien mau diberikan latihan senam keegel
2. Pasien latihan dengan teratur dan rutin



**Kunjungan ke 10**

**Hari / Tanggal : Senin / 2 Maret 2020**

### I. Pendahuluan

#### a. Latar Belakang

Menurut (Artinawati, 2014) penyebab inkontinensia urine, ialah : kelainan kontrol pada kandung kemih, fungsi spingter kandung kemih yang terganggu menyebabkan kandung kemih bocor bila batuk atau bersin, bisa juga disebabkan oleh kelainan di sekeliling daerah saluran

kencing. Melemahnya otot dasar panggul yang menyangga kandung kemih dan memperkuat sfingter uretra.

Pada pertemuan sebelumnya telah dilakukan intervensi mengenai penjelasan tentang penyebab inkontinensia urine. Dari hasil diskusi yang sudah dilakukan sebelumnya didapatkan hasil bahwa Ny. M dan keluarga sudah mengerti mengenai penyebab inkontinensia urine. Berdasarkan data yang didapatkan, mahasiswa berencana melakukan pertemuan kesepuluh, yaitu memberikan pendidikan kesehatan serta latihan senam keegel.

b. Data Yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut

c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

## II. Proses Keperawatan

a. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

b. Rencana tindakan

1. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Kegiatan :

Mengajaran latihan senam keegel kepada pasien dan keluarga .

## III. Implementasi Tindakan Keperawatan

a. Metode : Demonstrasi



- b. Media dan Alat : Lembar balik, booklet
- c. Waktu dan Tempat : Senin / 2 maret 2020 (10.00 WIB) di rumah Ny.M

#### IV. KRITERIA HASIL

##### a. Kriteria struktur

Penyuluhan berlangsung dirumah Ny. M sesuai dengan rencana, media dan alat tersedia saat penyuluhan

##### b. Kriteria proses

Waktu penyuluhan sesuai dengan rencana, lansia aktif dalam penyuluhan, suasana dan lingkungan saat penyuluhan cukup nyaman, penyuluhan yang disampaikan sesuai topik yang direncanakan

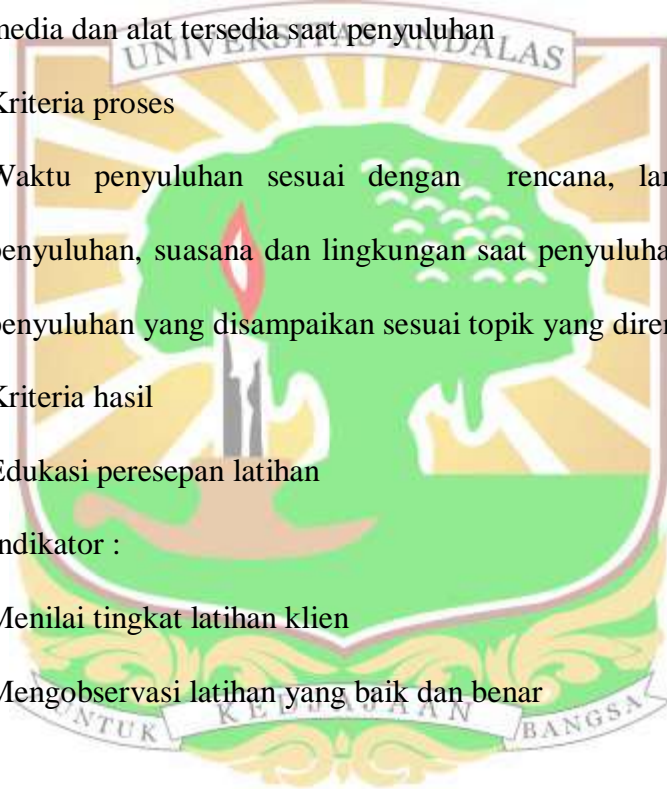
##### c. Kriteria hasil

Edukasi persepan latihan

Indikator :

Menilai tingkat latihan klien

Mengobservasi latihan yang baik dan benar



Lampiran Materi

### **Penatalaksanaan inkontinensia urine**

Penatalaksanaan inkontinensia urine menurut *Muller* adalah mengurangi faktor resiko, mempertahankan homeostatis, mengontrol inkontinensia urine, modifikasi lingkungan dan latihan otot pelvis.

Metode pengobatan inkontinensia urine ada tiga :

#### *d.* Terapi non Farmakologi

##### 4) Teknik latihan perilaku (*Behavioral Training*)

Yaitu merupakan latihan untuk melatih seseorang mengembalikan kontrol miksi dalam rentang 2-4 jam, agar klien menahan kencing dalam waktu yang lama, dan mempertahankan klien dalam kondisi kering.

##### 5) Latihan menahan dorongan untuk berkemih

Untuk mendapatkan kontrol atas kandung kemih, cara berikut dapat dipakai saat datang dorongan berkemih.



6) Latihan otot dasar panggul ( *Keagle exercise*)

Yaitu merupakan upaya untuk mencegah timbulnya inkontinensia urine.

Arnold Kegel melaporkan perbaikan/kesembuhan sampai 84% dengan latihan otot dasar panggul untuk wanita dengan macam-macam tipe inkontinensia. Otot pelvis, seperti otot-otot lain dapat menjadi lemah, latihan otot-otot pelvis memperkuat otot-otot yang lemah sekitar kandung kemih. Untuk indentifikasi otot yang tepat, bayangkan sedang menahan untuk flatus.

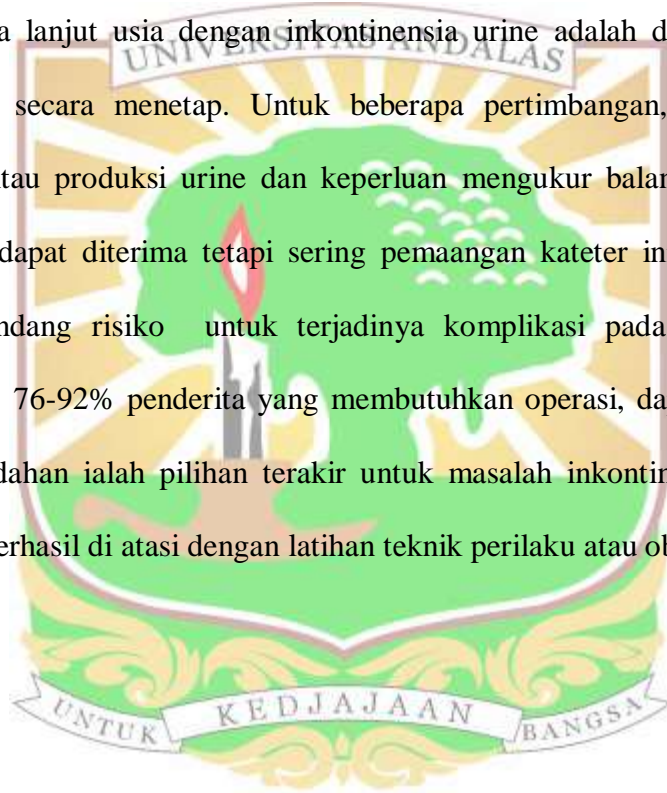
e. Obat-obatan

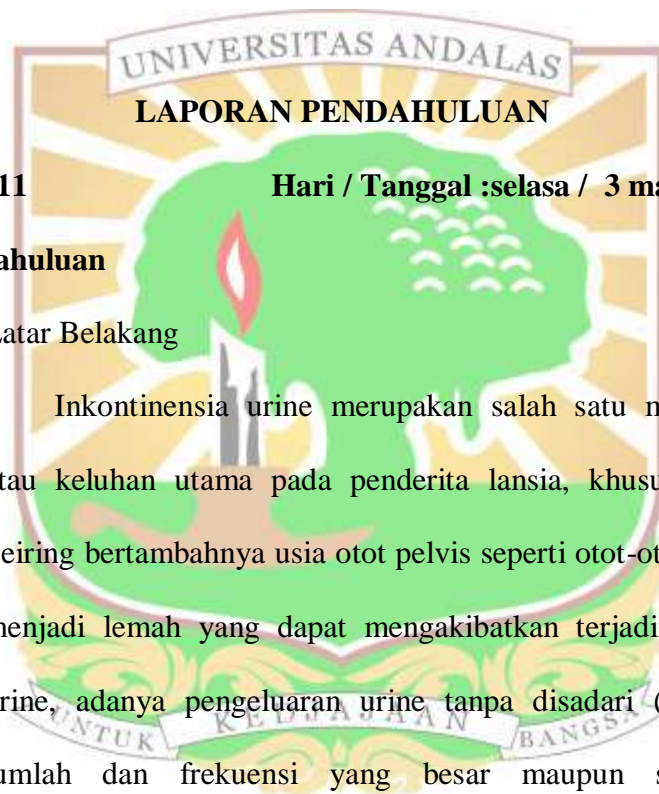
Terapi dengan menggunakan obat-obatan diberikan apabila masalah akut sebagai timbulnya inkontinensia urine telah diatasi dengan berbagai upaya bersifat nonfarmakologis telah dilakukan tetapi tetap tidak berhasil mengatasi masalah inkontinensia tersebut. Obat-obatan yang dapat diberikan sesuai dengan tipe inkontinensia :

- 5) Tipe inkontinensia urgensi atau stres dengan instabilitas detrusor dapat diberikan obat antigolirgenik dan antispasmodic.
- 6) Tipe inkontinensia stres dengan kelemahan spihineter dapat diberikan obat a- adrenergik agonis.
- 7) Tipe stres, tipe urgensi yang berhubungan dengan vaginitis atrofi dapat diberikan obat estrogen agonis.
- 8) Tipe luapan dan atau overflow dengan vesikula urinaria atonik dapat diberikan obat kolinergik agonis.

f. Pembedahan

Pembedahan merupakan pilihan terakhir untuk masalah inkontinensia urine yang tidak berhasil diatasi dengan teknik latihan perilaku, obat-obatan atau pun dengan memanfaatkan alat-alat bantu untuk meminimalkan problem inkontinensia. Beberapa tindakan pembedahan Spinctercrcctomi, dan Operasi prostat atau operasi pada prolaps rahim. Yang lebih sering dikerjakan ada penderita lanjut usia dengan inkontinensia urine adalah dengan memasang kateter secara menetap. Untuk beberapa pertimbangan, misalnya untuk memantau produksi urine dan keperluan mengukur balans cairan. Hal ini masih dapat diterima tetapi sering pemaangan kateter ini tidak jelas, dan mengundang risiko untuk terjadinya komplikasi pada umumnya ialah infeksi. 76-92% penderita yang membutuhkan operasi, dapat disembuhkan, pembedahan ialah pilihan terakhir untuk masalah inkontinensia urine yang tidak berhasil di atasi dengan latihan teknik perilaku atau obat-obatan.





**Kunjungan ke 11**

**Hari / Tanggal :selasa / 3 maret 2020**

**I. Pendahuluan**

a. Latar Belakang

Inkontinensia urine merupakan salah satu masalah kesehatan atau keluhan utama pada penderita lansia, khususnya perempuan. Seiring bertambahnya usia otot pelvis seperti otot-otot lain yang dapat menjadi lemah yang dapat mengakibatkan terjadinya inkontinensia urine, adanya pengeluaran urine tanpa disadari (ngompol), dalam jumlah dan frekuensi yang besar maupun sedikit, sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial (Darmojo, 2011).

Upaya pencegahan terjadinya inkontinensia urine adalah melakukan terapi latihan otot dasar panggul (senam kegel) bertujuan untuk memperkuat sfingter kandung kemih dan otot dasar panggul, terapi stimulasi listrik yaitu elektroda dimasukkan kedalam rektum

atau vagina untuk memacu yang memperkuat otot dasar panggul, terapi medikamentosa yaitu obat yang digunakan untuk menenangkan kandung kemih yang terlalu aktif (Agoes, 2010).

Senam kegel atau latihan otot dasar panggul ialah senam yang dilakukan untuk menguatkan otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal* yang dapat mencegah seorang Lansia tidak “ngompol”, dan dapat memperkuat otot-otot saluran kemih (Junita, 2013). Senam kegel adalah senam untuk menguatkan otot panggul atau senam yang bertujuan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal* sehingga seorang wanita dapat memperkuat otot-otot saluran kemih. Senam kegel juga dapat menyembuhkan ketidakmampuan menahan kencing (inkontinensia urine) dan dapat mengencangkan dan memulihkan otot di daerah alat genital dan anus (Yuliana, 2011).

- b. Data yang perlu dikaji lebih lanjut

- c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

## II. Proses Keperawatan

- a. Masalah Keperawatan Keluarga

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

- b. Rencana Tindakan

Edukasi program latihan



NIC:

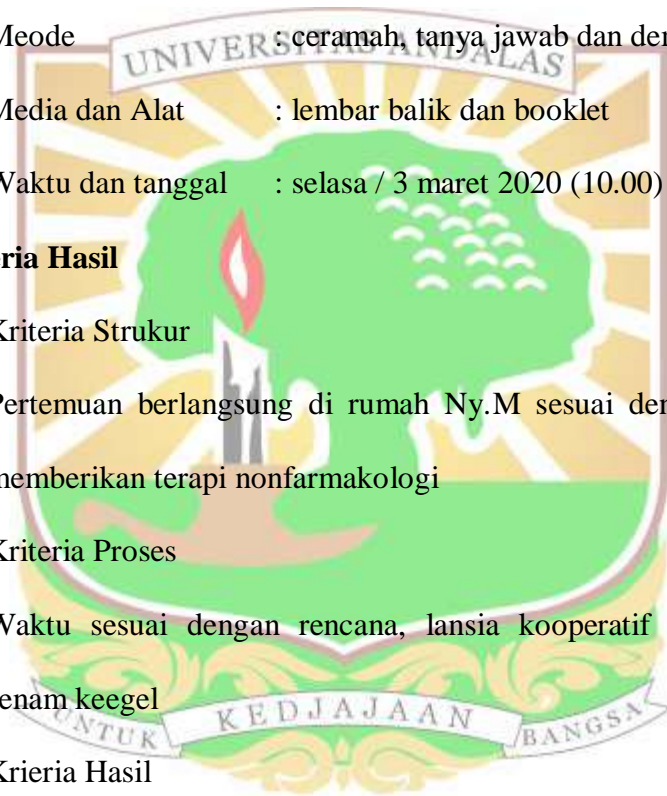
1. Berikan latihan untuk senam keegel dengan baik dan benar
2. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama latihan
3. Anjurkan mengkonsumsi obat sesuai indikasi

### III. Implementasi Tindakan Keperawatan

- a. Meode : ceramah, tanya jawab dan demonstrasi
- b. Media dan Alat : lembar balik dan booklet
- c. Waktu dan tanggal : selasa / 3 maret 2020 (10.00) di rumah Ny. M

### IV. Kriteria Hasil

- a. Kriteria Strukur  
Pertemuan berlangsung di rumah Ny.M sesuai dengan rencana dan memberikan terapi nonfarmakologi
- b. Kriteria Proses  
Waktu sesuai dengan rencana, lansia kooperatif dan mau latihan senam keegel
- c. Kriteria Hasil
  1. Keluarga mau memberikan dukungan pada pasien selama latihan
  2. Pasien bersedia latihan dengan teratur dan rutin



## LAPORAN PENDAHULUAN

Kunjungan ke 12

Hari/ Tanggal : jumat/ 6 maret 2020

### I. Pendahuluan

#### a. Latar Belakang

Inkontinensia urine merupakan salah satu masalah kesehatan atau keluhan utama pada penderita lansia, khususnya perempuan. Seiring bertambahnya usia otot pelvis seperti otot-otot lain yang dapat menjadi lemah yang dapat mengakibatkan terjadinya inkontinensia urine, adanya pengeluaran urine tanpa disadari (ngompol), dalam jumlah dan frekuensi yang besar maupun sedikit, sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial (Darmojo, 2011).

Upaya pencegahan terjadinya inkontinensia urine adalah melakukan terapi latihan otot dasar panggul (senam kegel) bertujuan untuk memperkuat sfingter kandung kemih dan otot dasar panggul, terapi stimulasi listrik yaitu elektroda dimasukkan kedalam rektum atau vagina untuk memacu yang memperkuat otot dasar panggul, terapi medikomentosa yaitu obat yang digunakan untuk menenangkan kandung kemih yang terlalu aktif (Agoes, 2010).

Senam kegel ialah senam yang dilakukan untuk menguatkan otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal* yang dapat mencegah seorang Lansia tidak “ngompol”, dan dapat memperkuat otot-otot saluran kemih (Junita, 2013).

b. Data yang perlu dikaji lebih lanjut

-

c. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

## II. Proses Keperawatan

a. Masalah Keperawatan Keluarga

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

b. Rencana Tindakan

Edukasi program latihan

NIC:

1. Berikan latihan untuk senam keegel dengan baik dan benar
2. Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien selama latihan

### 111.Implementasi Tindakan Keperawatan

- a. Metode :
- b. Media dan Alat : lembar balik dan booklet
- c. Waktu dan tanggal : jumat / 6 maret 2020 (10.00) di rumah Ny. M

### 112.Kriteria Hasil

a. Kriteria Strukur

Pertemuan berlangsung di rumah Ny. M sesuai dengan rencana dan alat yang disediakan

b. Kriteria Proses

Waktu pelaksanaan sesuai rencana, lansia kooperatif dalam pemberian intervensi

c. Kriteria Hasil

1. Keluarga mau memberikan dukungan pada pasien selama latihan
2. Pasien bersedia latihan dengan teratur dan rutin



## LAPORAN PENDAHULUAN

## 1. Pendahuluan

### 1. Latar Belakang

Inkontinensia urine merupakan salah satu masalah kesehatan atau keluhan utama pada penderita lansia, khususnya perempuan. Seiring bertambahnya usia otot pelvis seperti otot-otot lain yang dapat menjadi lemah yang dapat mengakibatkan terjadinya inkontinensia urine, adanya pengeluaran urine tanpa disadari (ngompol), dalam jumlah dan frekuensi yang besar maupun sedikit, sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial (Darmojo, 2011).

Upaya pencegahan terjadinya inkontinensia urine adalah melakukan terapi latihan otot dasar panggul (senam kegel) bertujuan untuk memperkuat sfingter kandung kemih dan otot dasar panggul, terapi stimulasi listrik yaitu elektroda dimasukkan kedalam rektum atau vagina untuk memacu yang memperkuat otot dasar panggul, terapi medikamentosa yaitu obat yang digunakan untuk menenangkan kandung kemih yang terlalu aktif (Agoes, 2010).

Senam kegel ialah senam yang dilakukan untuk menguatkan otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal* yang dapat mencegah seorang Lansia tidak “ngompol”, dan dapat memperkuat otot-otot saluran kemih (Junita, 2013). Senam kegel adalah senam untuk menguatkan otot panggul atau senam yang bertujuan untuk memperkuat otot-otot dasar panggul terutama otot *pubococcygeal*

sehingga seorang wanita dapat memperkuat otot-otot saluran kemih. Senam kegel juga dapat menyembuhkan ketidakmampuan menahan kencing (inkontinensia urine) dan dapat mengencangkan dan memulihkan otot di daerah alat genital dan anus (Yuliana, 2011).

2. Data yang perlu dikaji lebih lanjut

-

3. Masalah keperawatan keluarga

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

### 11. Proses Keperawatan

a. Masalah Keperawatan Keluarga

Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

b. Rencana Tindakan

1. Mengevaluasi pengetahuan klien tentang semua materi yang telah diajarkan

2. Terminasi

### 111. Implementasi Tindakan Keperawatan

a. Metode : ceramah, tanya jawab dan demonstrasi

b. Media dan Alat : lembar balik dan booklet

c. Waktu dan tanggal : Minggu / 8 maret 2020 (10.00) di rumah NyM

### 1V. Kriteria Hasil

a. Kriteria Strukur



Pertemuan berlangsung di rumah Ny. M sesuai dengan rencana dan alat yang disediakan

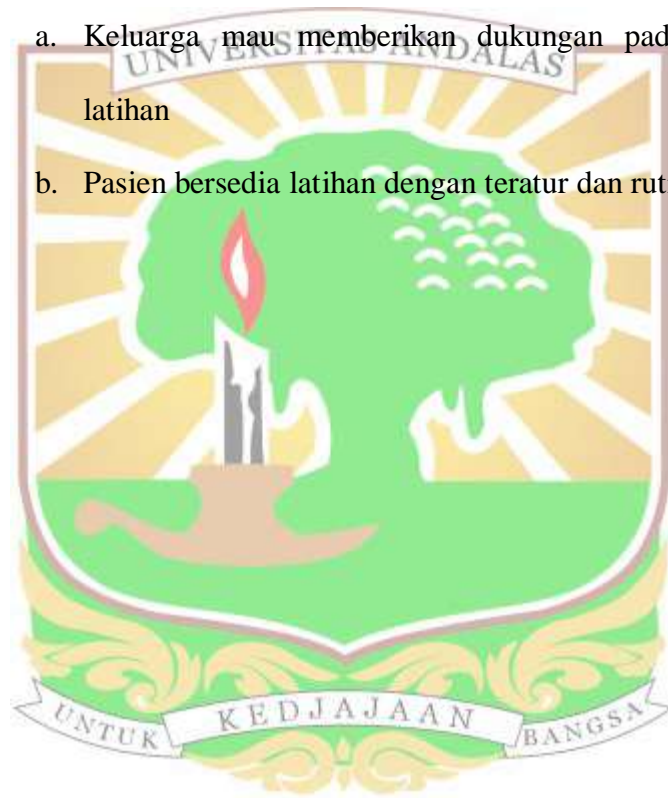
b. Kriteria Proses

Waktu pelaksanaan sesuai rencana, lansia kooperatif dalam pemberian intervensi

c. Kriteria Hasil

a. Keluarga mau memberikan dukungan pada pasien selama latihan

b. Pasien bersedia latihan dengan teratur dan rutin



Lampiran 4







## Lampiran 5

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sri Aria Indah Putri. S.Kep  
No BP : 1841313012  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 06 Juli 1979  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status : Menikah  
Alamat : Jln. Dr M.Hatta RT/RW 01/01 No. 9 Pasar Ambacang  
Kecamatan Kuranji Padang Sumatera Barat

#### IDENTITAS ORANG TUA

Nama Ayah : Azhar M.Doeh  
Umur : 65 Tahun  
Pekerjaan : Pensiunan  
Nama Ibu : Zaiyasmi  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jln. Dr M.Hatta RT/RW 01/01 No. 9 Pasar Ambacang  
Kecamatan Kuranji Padang Sumatera Barat

#### RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Sekolah Dasar Negeri 23 Pasar Ambacang Tamat Tahun 1991
2. Sekolah Menengah Pertama Negeri 10 Padang Tamat Tahun 1994
3. Sekolah Menengah Atas Negeri 9 Padang Tamat Tahun 1997
4. Akademi Keperawatan Setih Setio Muaro Bungo Jambi Tamat Tahun 2001
5. S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Tamat Tahun 2019
6. Profesi Ners, Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang

