BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Konsep Lansia

2. 1. 1 Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang usianya telah mencapai 60 tahun ke atas, definisi ini ada dalam UU RI No.13 Tahun 1998 yang menyatakan tentang lanjut Usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Kemenkes, 2023).

Lanjut usia atau yang sering disebut dengan lansia. Merupakan sebuah proses kehidupan seseorang, lansia merupakan suatu proses yang fisiologis dan semua orang akan mengalami siklus ini. Seseorang yang memasuki masa tua akan mengalami banyak perubahan baik dari fisik, sosial dan psikologis (Yoga, 2025).

2. 1. 2 Klasifikasi Lansia

Ada beberapa batasan pada usia lanjut menurut para ahli, yaitu:

a. Menurut WHO, (dalam adriani et al, 2022), membagi lansia menjadi beberapa kelompok, yaitu:
   1) Usia pertengahan (*middle age*), yaitu usia 45-59 tahun.
   2) Lanjut usia (*ederly*), yaitu usia 60-74 tahun.
   3) Lansia tua (*old*), yaitu usia 75-90 tahun.
   4) Lansia sangat tua (*very old*), yaitu yang usianya >90 tahun.
b. Menurut Kementerian kesehatan RI 2023, lansia di bagi menjadi tiga kategori, yaitu:
   1) Pra-Lanjut Usia (Pra-LU), yang usianya diantara 60-69 tahun.
   2) Lanjut Usia (LU), yang usianya diantara 70-79 tahun.
   3) Lanjut Usia Akhir (LUA), yang usianya diatas 80 tahun.

2. 1. 3 Proses Menua *(Aging Process)*

Penuaan merupakan proses fisiologis yang dinamis yang tidak dapat dihindari dan akan berlangsung dengan seiring berjalannya waktu. Penuaan biologis merupakan proses yang sangat kompleks, dan diasumsikan dapat mempengaruhi berbagai proses seluler dan biokimia yang tidak teratur.

Penuaan psikologis merupakan faktor penting yang perlu dipertimbangkan. Karena kesejahteraan psikologis seperti kehidupan, kesejahteraan hedonis dan kesejahteraan eudemosin telah dievaluasi sebelumnya, bahkan penyakit fisik erat di kaitkan dengan kesejahteraan psikologis yang terganggu.

Penuaan sosial juga dapat di anggap sebagai proses dan hasil penuaan yang terbentuk karena adanya faktor-faktor dari masyarakat dalam makna dan pengalamannya (Dinara, 2026).

2. 1. 4 Perubahan Pada Lansia

Proses penuaan tidak hanya berlangsung pada masa kehidupan saja melainkan mencakup berbagai aspek, lansia mengalami perubahan pada fisik, kognitif dan psikososialnya secara bersamaan.penuaan tidak hanya melibatkan perubahan pada fisiknya saja tetapi juga dapat merubah berbagai aspek kehidupan lainnya seperti, sosial, ekonomi, psikologis, emosional hingga spiritual, dalam hal ini dapat menjadikan pemahaman yang menyeluruh mengenai perubahan yang terjadi pada lansia, khususnya bagi perawat, keluarga, maupun *caregiver* dalam memberikan asuhan yang tepat bagi lansia (Cindy et al, 2023), berikut ini beberapa perubahan yang kerap dialami oleh lansia yang dapat mempengaruhi kesehatannya:

1. Perubahan Fisik

   Seiring bertambahnya usia lansia mengalami perubahan fisik seperti, penurunan mobilitas fisik, mudah lelah, muncul penyakit kronis, serta keterbatasan sensorik seperti penurunan kemampuan dalam melihat dan mendengar yang dapat membuat interaksi terganggu, selai itu perubahan fisi yang dialami lansia juga mencangkup

perubahan pada kulit, fungsi indera, perubahan pada sistem muskuloskeletas, kardiofaskular, pernapasan,pencernaan dan sistem urogenitalia yang berkaitan dengan kondisi inkontinensia urin pada lansia (Wahyuni & Retna, 2025)

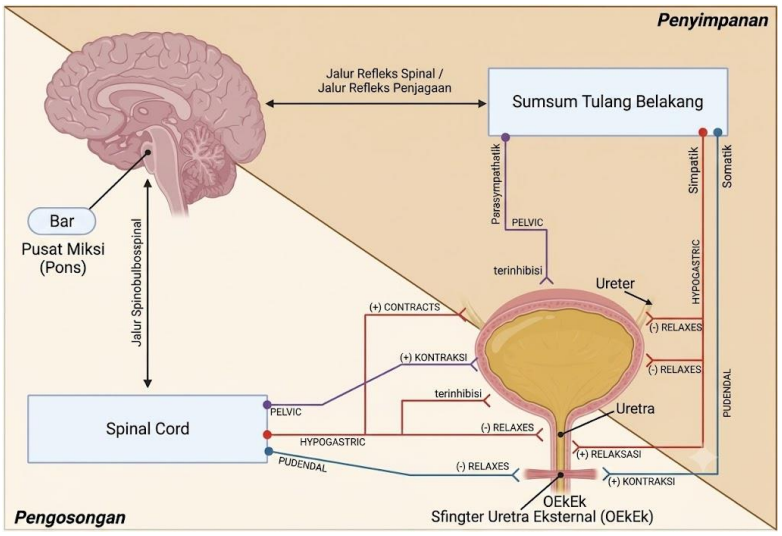
1) Sistem Perkemihan

   Penuaan menyebabkan penurunan progresif pada fungsi kandung kemih, yang mengakibatkan kandung kemih terlalu aktif, adanya penurunan tekanan pada uretra, dan peningkatan kadar urin sisa di kandung kemih (Nishii, 2021). Pada sistem perkemihan yang dialami oleh lansia apabila terdapat endapan pada urin sebanyak 50ml atau kurang dapat di anggap adekuat. Apabila jumlah endapan pada urine lebih dari 100 ml akan mengindikasi retensi urine. Pada sistem perkemihan kapasitas kandung kemih yang normal adalah sekitar 300-600 ml dengan keinginan berkemih diantara 150-350 ml. Berkemih dapat di tunda selama 1-2 jam sejak adanya rasa ingin berkemih (Hapipah et al, 2022).

2) Sistem muskuloskeletal

   Proses penuaan yang terjadi pada lansia dapat mengakibatkan penurunan kekuatan otot, salah satunya yaitu pada otot dasar panggul yang berdampak pada kontrol defekasi, yang akhirnya mengakibatkan terjadinya Inkontinensia Urin pada lansia tersebut (Daryaman, 2021). Keinginan berkemih terjadi pada otot destrusor yang berkontraksi dan sfingter internal serta sfinter eksternal relaksasi, dan membuka uretra (Aspiani, dalam Hapipah et al, 2022).

Gambar 1. 1 Fungsi Sistem Syaraf



3) Sistem syaraf

Sistem saraf sangat berperan penting dalam mengatur proses buang kecil dengan mengirimkan sinyal kapan kandung kemih harus menahan atau mengeluarkan urin, kondisi neurologis yang dapat menyebabkan gangguan pada sistem saraf diantaranya adalah stroke, multiple sklerosis, penyakit parkinson dan yang terakhir adalah cedera tulang belakang (Nadia, 2025). Perubahan usia terhadap kontrol kandung kemih mempengaruhi responsivitas jaringan, penurunan kontrol pada refleks berkemih, kegagalan di sepanjang sumbu otak-kandung kemih dan perubahan pada struktural di dalam dinding kandung kemih (C. Hardy, 2023) Proses micturitional (buang air kecil) dikendalikan oleh sistem syaraf pusat, yang mengoordinasikan aktivitas sistem saraf simpatik dan parasimpatik dengan sistem saraf somatik agar untuk memastikan proses buang air kecil normal dengan kontinensia urin (Stephen et al, 2023).

2. Psikologis

   Masalah kesehatan mental yang sering terjadi pada lansia seperti stres, cemas, depresi yang disebabkan oleh askep fisik, psikologis dan sosial. Faktor psikologis yang sering ditemui dan dialami oleh lansia berupa depresi dan kecemasan yang diakibatkan dari banyaknya perubahan yang terjadi dalam hidupnya seperti pensiun, kehilangan pasangan, atau penurunan fungsi tubuh yang dapat membatasi aktivitas lansia (Dhani et al, 2025).

3. Ekonomi

   Perubahan ekonomi pada lansia umumnya terjadi karena berhentinya aktivitas produktif akibat pensiun, yang berdampak pada penurunan pendapatan dan perubahan status sosial-ekonomi yang dialami lansia, keluarga maupun masyarakat, kondisi ini dapat menimbulkan ketergantung finansial pada anggota keluarga yang lain (Batmomolit et al, 2025)

4. Emosional

   Dukungan keluarga sangatlah penting bagi lansia dalam hal perawatan fisik, dukungan emosional, sumberdaya ekonomi dan sosial. Keterbatasan waktu anggota keluarga dalam membagi waktu antara bekerja dan berkunjung dapat memengaruhi hubungan emosional lansia, sehingga lansia jadi mudah sedih, marah dan beresiko mengalami kesepian dan merasa tidak dihargai bahkan dibutuhkan lagi (Nasution et al, 2025).

5. Spiritual

   Memasuki usia lanjut, lansia mengalami perubahan spiritual yang sangat signifikan, ditandai dengan meningkatnya pencarian makna hidup, kedekatan dengan tuhan, sebagai bentuk penyesuaian terhadap keterbatasan fisik dan sosial yang dialaminya. Kedekatan spiritual ini sangat penting dalam membentuk kekuatan psikologis lansia, sehingga lansia mampu menghadapi keterbatasan hidup dengan lebih tenang dan penuh makna (Kholifaqurrozi et al, 2025)

2. 1. 5 Masalah Kesehatan yang Umum pada Lansia

Proses penuaan merupakan suatu proses biologis yang terjadi secara alami yang di tandai oleh akumulasi kerusakan pada tingkat molekuler maupun seluler, kerusakan dapat berlangsung secara bertahap sehingga dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan tubuh dalam mempertahankan fungsinya dan dapat mengakibatkan lansia menjadi lebih rentan mengalami berbagai penyakit kronis, beberapa masalah yang paling sering dialami oleh lansia yaitu meliputi, gangguan pendengaran katarak dan kelainan refraksi, nyeri pada bagian punggung dan leher, osteoartritis, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), diabetes melitus, depresi, serta demensia. Seiring bertambahnya usia lansia cenderung mengalami lebih dari satu penyakit secara bersamaan (WHO, 2025), kondisi ini dapat menurunkan tingkat kemandirian dan kualitas hidup pada lansia itu sendiri (Iwakiri et al., 2024).

Selain penyakit kronis, lansia juga beresiko mengalami kondisi kompleks yang dikenal sebagai sindrom geriatri. Sindrom geriatri merupakan kondisi yang muncul akibat dari penurunan berbagai fungsi tubuh, seperti kerapuhan (*frailty*), inkontinensia urin, risiko jatuh, delirium, serta luka tekan atau ulkus dekubitus (WHO 2024). Pada lansia yang tinggal di komunitas maupun fasilitas perawata kondisi ini jarang muncul dengan sendirinya melainkan saling berkaitan satu sama lain (Liu et al., 2024)

2. 1. 6 Tipe-Tipe Lansia

Dalam ilmu keperawatan gerontik, lansia dapat diklasifikasikan berdasarkan kondisi psikologis, sosial, dan tingkat kemandiriannya, berikut adalah penjelasannya.

1. Lansia Mandiri (*Independent Elderly*)
   Lansia yang mandiri adalah lansia yang masih mampu melakukan aktivitas mandiri dalam kesehariannya dan tanpa di bantu oleh orang lain, seperti makan, mandi, berpakaian dan berjalan (Syam, 2023).
2. Lansia Ketergantungan sebagian (*Partially Dependent*)

Tipe ini biasanya masih dapat melakukan beberapa aktivitas sendiri, tetapi dibantu dalam beberapa aktivitas tertentu (Hidayati, 2024)

3. Lansia Ketergantungan Total (*Totally Dependent*)
   Ini adalah lansia yang tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri dan sepenuhnya hanya bergantung pada orang lain (Mauvizar, 2025)

2. 2 Konsep Inkontinensia Urin

2. 2. 1 Definisi Inkontinensia Urin

Inkontinensia urin dapat didefinisikan sebagai pengeluaran urine tanpa disengaja atau disadari (*Involuntary)* kondisi ini dapat menimbulkan masalah higienia maupun psiokososial bagi para penderitanya. Secara Fisiologis mekanisme kontrol berkemih yang normal melibatkan tiga komponen utama saluran kemih bagian bawah, yaitu aktivitas otot destrusor, sfingter uretra internal dan sfingter uretra eksternal. Gangguan, kelemahan atau hilangnya kontrol kandung kemih dapat berpengaruh pada tiga komponen tersebut sehingga dapat mengakibatkan terjadinya kebocoran urin yang tidak terduga(Kemenkes RI, 2024). Meskipun meningkat drastis pada populasi lansia akibat dari penurunan kekuatan otot dasar panggul, kondisi ini bukanlah suatu hal yang normal dari terjadinya proses penuaan, inkontinensia urin lebih sering terjadi pada wanita pascamenopause akibat dari penurunan kadar hormon estrogen yang mereduksi elastisitas jaringan uretra, akan tetapi kondisi ini juga dapat dialami oleh orang dewasa yang lebih muda, dan secara signifikan kondisi ini dapat menurunkan kualitas hidup serta tingkat kemandirian individu (W. Stephen et al., 2024).

Dan dalam tata laksana asuhan keperawatan di Indonesia, inkontinensia urin bukanlah sebuah diagnosis medis tunggal yang dapat berdiri sendiri. Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), kondisi ini dapat di klasifikasikan dalam beberapa diagnosis keperawatan sesuai

dengan masalah yang berhubungan dan karakteristik yang ditemukan pada pasien. Diagnosis tersebut dapat meliputi Inkontinensia Urin stres, Inkontinensia Urin urgensi, Inkontinensia Urin fungsional, Inkontinensia Urin refleks dan Inkontinensia Urin total. Penentuan diagnosis yang tepat dapat menjadi dasar (PPNI, 2017).

2. 2. 2 Etiologi

A. Komponen Dasar Penyebab Inkontinensia Urin

Seiring dengan meningkatnya jumlah lansia, berbagai masalah pun turut bertambah, salah satunya adalah masalah inkontinensia urin, Inkontinensia Urin adalah kebocoran urin yang tidak disengaja. Kondisi ini biasanya umum terjadi pada orang dewasa yang lebih tua, akibat dari melemahnya otot kandung kemih, faktor usia maupun penyakit yang dialami seperti diabetes dan juga stroke. Tetapi Inkontinensia Urin juga dapat terjadi pada orang dewasa yang lebih muda dan secara signifikan dapat berdampak pada kesehatan dan kualitas hidup (W. Stephen et al, 2024).

Inkontinensia urin dapat dibagi menjadi beberapa jenis, bahkan penyebabnya pun berbeda-beda tergantung pada masing-masing jenisnya, secara klinis inkontinensia urin dibagi menjadi dua yaitu inkontinensia akut (transien) dan inkontinensia kronis (persisten). Pada inkontinensia tipe akut gejala ini dapat sembuh dengan sendirinya dan ini bersifat sementara berbeda dengan inkontinensia tipe kronis biasanya telah terjadi kelainan pada organ tubuh penderitanya, sehingga gejalanya menetap (Ina, 2022).

B. Penyebab Bedasarkan Tipe Inkontiensia

1. Inkontinensia Stres/tekanan

Selama kehamilan dan persalinan, beban pada otot panggul dan sfingter uretra meningkat dan dapat menyebabkan penurunan kemampuan tubuh untuk menahan urin dengan baik. Dan hal ini juga dapat terjadi pada wanita yang sudah mengalami masa menopause, karena adanya perubahan hormon yang terjadi, dan dapat mempengaruhi elastisitas pada jaringan di

sekitar kandung kemih dan juga uretra (Kemenkes, 2024). Kemungkinan wanita yang mengalami inkontinensia urin yaitu 1 banding 3, dari 65% wanita diantaranya menyatakan bahwa kehamilan dan melahirkan merupakan awal dari terjadinya inkontinensia urin (Keskin et all, 2024).

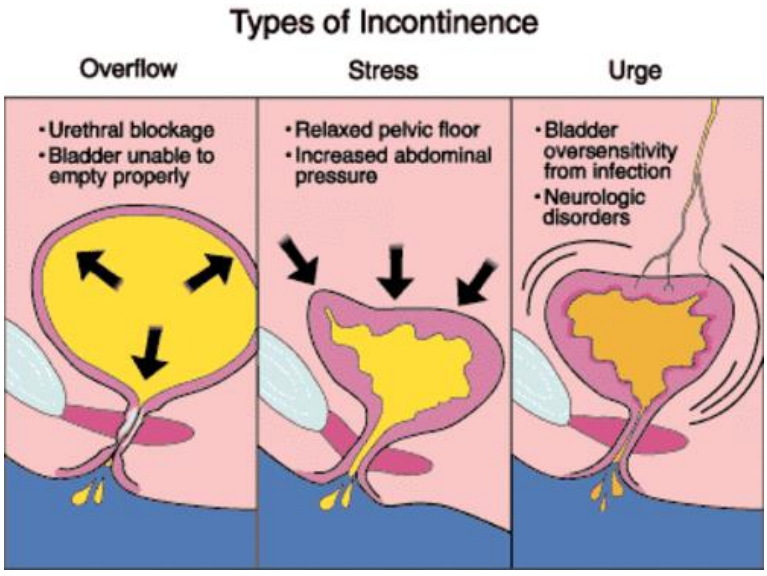
2. Inkontinensia urin urgensi/desakan

Inkontinensia ini dapat di tandai dengan keluarnya urin di luar kehendak yang di awali dari desakan berkemih. Penyebabnya adalah karena adanya batu, tumor dan infeksi kandung kemih). Gejala klinis yang biasa di kenal dengan overactive bladder (OAB), ini di tandai dengan desakan kuat untuk berkemih (urgensi) dan biasanya di sertai dengan sering berkemih disiang dan malam hari (Ina, 2022)

3. Inkontinensia urin overflow

Inkontinensia ini terjadi akibat kandung kemih yang terlalu penuh, penyebabnya adalah otot destrusor kandung kemih melemah atau adanya sumbatan pada kandung kemih bagian bawah yang menghambat pengosongan urin.

Gambar 2. 2 Tipe Inkontinensia Urin



4. Inkontinensia urin fungsional

Adalah pengeluaran urin adanya masalah dengan pikiran atau gangguan fisik yang tidak ada hubungannya dengan pengendalian buang air kecil. Misalnya pada lansia yang mengalami demensia akibat penyakit alzheimer mungkin tidak dapat menyadari akan pentingnya buang air kecil atau tidak mengetahui dimana toilet berada (J Petrick et al, 2023).

C. Penyebab Berdasarkan Faktor Spesifik

1. Proses Penuaan

Seiring dengan bertambahnya usia, risiko pada inkontinensia urin berpotensi akan semakin meningkat, terutama setelah usia 50 tahun ke atas, pada usia ini otot dasar panggul cenderung mulai melemah dan elastisitas pada kandung kemih mulai menurun, tetapi usia bukanlah salah satu yang memengaruhi terjadinya inkontinensia urin (Nadia, 2025).

2. Faktor Obsterti dan perubahan hormonal

Melemahnya otot dasar panggul dan defisiensi sphincter urethra dapat menyebabkan penekanan sehingga penutup urethra tidak mampu menahan peningkatan tekanan tekanan intra-abdomen. Faktor utama meliputi trauma pada persalinan, penurunan kadar esterogen pada wanita menopause dan kelemahan jaringan ikatan kongenital (Rozaqy et al, 2025).

3. Obesitas

Obesitas sangat bedampak besar pada inkontinensia urin tipe tekanan intra-abdomen dapat menekan intervasika lebih tinggi.

4. Pembesaran Prostat pada Pria.

Pembesaran prostat yang dialami pada pria umumnya terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Prostat adalah kelenjar kecil yang terletak pada bawah kandung kemih yang mengelilingi uretra. Saat prostat membesar maka tekanan yang terjadi di uretra akan mempersempit saluran keluarnya urine yang akhirnya memicu inkontinensia (Nadia, 2025).

2. 2. 3 Patofisiologi

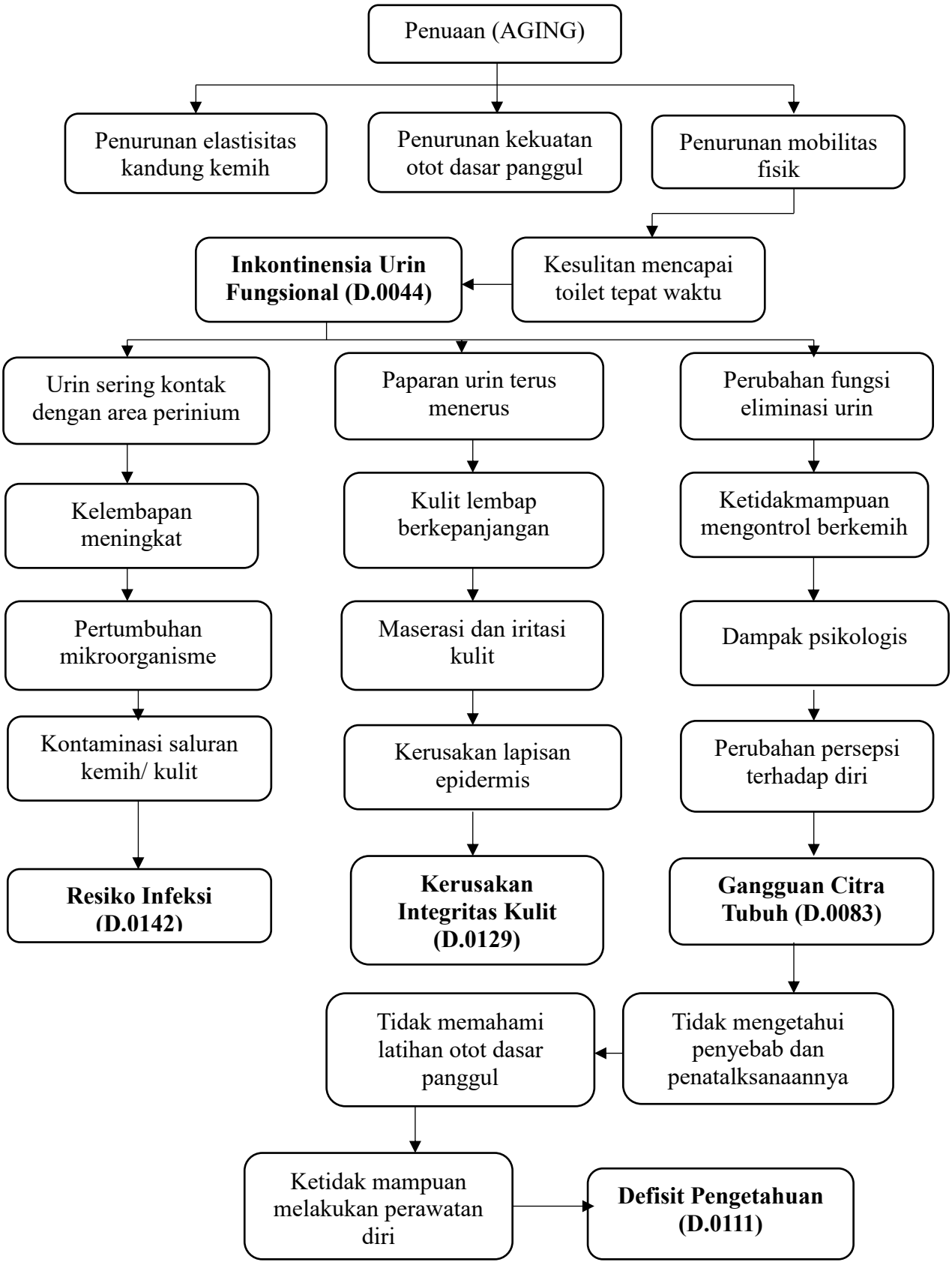
Pengendalian kandung kemih dan sfingter sangann diperlukan agad dapat terjadinya pengeluaran urin secara kontinen. Pengendalian ini memerlukan kegiatan otot normal diluar kesadaran dan dalam kesadaran yang dikoordinir oleh refleks urethrovesica urinaria. Apabila kandung kemih itu penuh maka tekanan di dalamnya akan meningkat. Otot detrusor (lapisan ketiga dari diding kandung kemih) akan memberikan respon dengan relaksasi agar memperbesar volume daya tampung. Bila titik daya tampung tercapai 150-200 ml urine daya rentang reseptor yang terletak pada dinding kandung kemih mendapat rangsangan stimulus yang ditransmisikan lewat serabut refleks eferan ke lengkungan pusat reflek untum mikturisis.

Inkontinensia urin dapat terjadi dengan berbagai manifestasi, di antaranya fungsi sfingter yang terganggu dapat menyebabkan kandung kemih bocor bila batuk atau bersin. Bisa juga disebabkan oleh kelainan di sekeliling daerah saluran kemih. Fungsi otak yang terganggu dapat mengakibatkan kontraksi kandung kemih. Inkontinensia urin terjadi akibat ketidakmampuan untuk menahan refleks vasica urinaria dengan sempurna oleh pusat yang lebih tinggi.

Gangguan refleks urethro vasicalis dapat terjadi karena lesi sumsum tulang belakang atau rusak saraf perifer dari kandung kemih. Bentuk dari kontinen ini dapat terlihat pada orang dengan malformasi sumsum belakang, cedera, tumor dan pada mereka dengan gangguan trauma sumsum akibat patah vertebal. Diskus yang herniasy tumor mastastase di sumsum belakang pasca bedah. Bentuk kesulitan ini dapat berakibat pada dua jenis respon yang dikenal sebagai neurogenetik vasicalis. Orang yang menderita neurogenik sesikalis tidak mempunyai cara untuk mengetahui kapan berkemih itu terjadi. Saat gangguan itu terjadi otot destrusor tidak dapat di kendalikan oleh syaraf sadar untuk mengompol dan dapat menyebabkan urin yang di keluarkan sedikit-sedikit maupun terus-menerus (Sutanto, 2008 dalam Lintang, 2024.

2. 2. 4 Pathway

Pathway gangguan inkontinensia urin



2. 2. 5 Komplikasi

Inkontinensia urin dapat menyebabkan komplikasi yang secara signifikan dapat memengaruhi kesehatan dan kualitas hidup pasien. Komplikasi ini bertumpu pada masalah fisik seperti infeksi kulit dan infeksi saluran kemih, hingga efek psikologis, termasuk kecemasan dan depresi selain itu kondisi ini juga dapat menyebabkan isolasi sosial dan penurunan mobilitas. Berikut ini adalah komplikasi yang berhubungan dengan inkontinensia urin: (Stephen et al, 2024).

- Selulitis
- Penurunan aktivitas fisik
- Depresi
- Peningkatan risiko jatuh dan patah tulang
- Efek samping obat seperti:
    - *Agonis alfa-adrenergik*: dapat menyebabkan mulut menjadi kering, gelisah, hipertensi dan insomnia.
    - *Antagonis alfa-adrenergik*: dapat menyebabkan hipotensi, pusing, kelelahan dan sedasi.
    - *Antimuskarinik*: dapat menyebabkan mulut menjadi kering, sembelit, penglihatan kabur, mata kering, kelelahan, kesulitan dalam buang air kecil dan palpitasi.
    - *Deloxetin*: dapat menyebabkan mulut menjadi kering, mual, kelelahan, sembelit dan hiperhidrosis.
    - *Mirabegon* dan *vibegron:* infeksi saluran kemih dan hipertensi.
    - *Injeksi onabotulinumtoxin A:* infeksi saluran kemih dan retensi urin.
- Luka tekan
- Disfungsi ginjal sekunder akibat uropati obstruktif
- Disfungsi seksual
- Isolasi sosial

- Trauma dan infeksi akibat kateterisasi
- Kegagalan dalam pengobatan
- Erosi uretra
- Infeksi saluran kemih
- Perburukan inkontinensia urin setelah intervensi bedah.

2. 2. 6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada inkontinensia urin dapat meliputi:

- Urinalisis: pemeriksaan laboratorium terhadap urin untuk menilai kesehatan ginjal, saluran kemih, dan mendeteksi berbagai penyakit sistemik.
- Pengukuran post-void residual urine: pemeriksaan untuk mengetahui jumlah urin yang masih tertinggal di dalam kandung kemih setelah seseorang berkemih.
- Studi urodinamik: pemeriksaan ini mampu menilai secara objektif bagaimana cara kerja kandung kemih dan uretra menyimpan dan mengeluarkan urin (Rozaqy et al, 2025).

2. 2. 7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada inkontinensia urin dapat bersifat individual dan tergantung pada tipe inkontinensia urin, tingkat keparahannya dan preferensi pada pasien (Rozaqy et al, 2025).

1. Penatalaksanaan farmakologis
    a. Antikolinergik (Oksibutinin, Tolterodin): Bekerja dengan cara merelaksasi otot detrusor kandung kemih yang terlalu aktif (*overactive bladder*). Obat ini membantu mengurangi sensasi urgensi atau rasa ingin pipis yang mendadak (Kemenkes RI, 2024).
    b. Agonis Adrenergik Beta-3 (Mirabegron): Alternatif terbaru yang lebih aman bagi lansia karena memiliki efek samping kekeringan mulut dan sembelit yang lebih rendah dibandingkan antikolinergik (Statista Health Review, 2023).

c. Terapi Estrogen Topikal: Pada lansia wanita pasca-menopause, penggunaan krim estrogen dapat membantu memperbaiki elastisitas jaringan di sekitar uretra (Wijaya Hijrayani et al., 2024).

2. Penatalaksanaan Nonfarmakologis
   a. Latihan Otot Dasar Panggul (Senam Kegel): Senam ini terbukti klinis mampu menguatkan otot *pubococcygeal* sehingga memperkuat katup saluran kemih dan menurunkan frekuensi kebocoran urin (Wijaya Hijrayani et al., 2024).
   b. Bladder Training (Latihan Kandung Kemih): Mengatur jadwal berkemih secara bertahap untuk melatih kandung kemih menampung urin lebih banyak (Maryam et al., 2023).
   c. Modifikasi Gaya Hidup: Mengurangi konsumsi kafein dan alkohol yang bersifat iritan bagi kandung kemih, serta mengatur pola minum agar tidak terlalu banyak di malam hari (Rosalinda et al., 2022).
   d. Toilet Scheduling (Prompted Voiding): Mengajak lansia ke toilet secara terjadwal (misalnya setiap 2-3 jam) untuk mencegah kandung kemih terlalu penuh (Dimas Ardiansyah/Bakti Nusantara, 2024).

2. 3 Konsep Senam Kegel

2. 3. 1 Definisi Senam Kegel

Senam kegel adalah suatu bentuk latihan perenggangan dan relaksasi otot-otot dasar panggul yang telah mengalami kelemahan pada otot perineal dan kandung kemih. Senam ini dapat dilakukan secara bertahap dan berulang (Subekti, 2022 dalam Girasang 2025).

Senam kegel merupakan terapi nonfarmakologis yang dapat menguatkan otot dasar panggul dengan teknik seperti menahan buang air kecil atau seperti sedang menahan buang angin, senam kegel juga bermanfaat untuk menjaga

kebugaran tubuh, senam kegel ini dapat dilakukan 2-3 kali dalam 1 hari yaitu dengan durasi 3 set per-sesi, dari setiap set terdiri dari 10 petisi atau 5 detik kontraksi otot dan 5 detik relaksasi, senam kegel ini ditemukan oleh dr. Arnold kegel pada tahun 1940. Dan pada awalnya senam kegel diciptakan untuk ibu hamil dan tidak heran mengapa senam kegel identik dengan senam kegel (Kemenkes, 2023).

2. 3. 2 Manfaat Senam Kegel

Manfaat dari senam kegel yaitu dapat memperbaiki fungsi kandung kemih yang mulai melemah, mencegah dan mengatasi gangguan pada buang air kecil yang dapat membuat penderitanya ingin terus berkemih, mencegah permasalahananan pada buang air besar, melancarkan proses dalam persalinan, mencegah rahim turun/ turun peranakan, mengatasi keluhan pada ibu hamil seperti nyeri pada punggung bagian bawah, sembelit, nyeri saat buang air besar-kecil (Adrian 2025).

2. 3. 3 Tujuan Senam Kegel

Menurut (Kemenkes RI, 2024) Tujuan utama dilakukan intervensi senam kegel, khususnya pada kelompok lansia dengan gangguan pekemihan adalah untuk:

a. Meningkatkan Tonus Otot Dasar Panggul: menguatkan kembali otot yang menyangga kandung kemih, uterus, dan usus besar yang mengalami penurunan massa akibat dari proses penuan yang terjadi.
b. Meningkatkan Kontrol Sfingter Uretra: melatih kembali sfingter uretra eksternal agar dapat menutup dengan kuat atau menahan saat terjadi peningkatan tekanan intra-abdomen secara mendadak seperti saat batuk, bersin maupun tertawa sehingga kebocoran urin dapat dicegah.
c. Mengurangi Frekuensi Episode Inkontinensia Urin: menurunkan frekuensi kelurnya urin yang tidak disengaja guna meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup pada lansia.

2. 3. 4 Indikasi dan Kontraindikasi Senam Kegel

a. Indikasi

1. Mengatasi ketidakmampuan menahan buang air kecil saat batuk, bersin, atau tertawa.
2. Memperkuat otot panggul yang meregang selama kehamilan dan melahirkan, serta dapat membantu mempercepat penyembuhan luka perenium
3. Membantu menopang organ pada panggul (rahim dan kandung kemih).
4. Membantu mengontrol buang air besar yang sulit di tahan.

b. Kontraindikasi

1. Hipertonik otot dasar panggul. Kondisi dimana otot panggul terlalu tegang atau kaku.
2. Penderita hipertensi berat, penyakit jantung, atau diabetes disarankan untuk konsultasi terlebih dahulu dengan dokter
3. Jangan menahan nafas atau meremas otot perut, bokong atau paha, dikarenakan dapat mengakibatkan nyeri pada punggung dan panggul.
4. Inkontinensia urin luapan (overflow). Tidak akan begitu efektif jika dilakukan, karena penyebab utamanya bukan dari melemahnya otot dasar panggul tetapi akibat kandung kemih yang terlalu penuh (Diah, 2023).

2. 3. 5 Kelebihan dan Kekurangan Senam Kegel

a. Kelebihan senam kegel

1. Kontrol kemih yang lebih baik

   Mampu meningkatkan kontrol pada kandung kemih, menguatkan otot dasar panggul dan dapat memberikan perubahan yang nyata.

2. Pemulihan pasca persalinan

Senam kegel dapat membatu memulihkan otot dasar panggul selama kehamilan dan persalinan.

3. Mencegah prolaps organ panggul

   Prolaps organ panggul terjadi ketika kandung kemih, rahim atau rektum tidak pada posisi normal/ turun dan menonfarmakologisjol ke dalam saluran vagina.

4. Mudah dilakukan

   Senam kegel ini dapat dilakukan kapan dan di mana saja tanpa memerlukan alat khusus (Adrian, 2025)

b. Kekurangan senam kegel

meskipun bermanfaat untuk melatih otot dasar panggul, terapi senam kegel memiliki kekurangan dan beresiko jika tidak dilakukan dengan tepat atau berlebihan.

1. Resiko hipertonik

   Latihan kegel berlebihan dapat mengakibatkan ketegangan pada otot panggul,otot yang tidak rileks akan memperburuk masalah inkontinensia bahkan dapat menyebabkan kesulitan buang air besar.

2. Nyeri panggul kronis

   Kontraksi yang terlalu kuat atau frekuensi yang terlalu sering dapat memicu kelelahan otot, nyeri pada area panggul, pinggul hingga punggung bagian bawah.

3. Kegagalan target otot

   Gerakan yang salah seperti menekan otot ke luar atau penggunaan otot paha, perut dan bokong sebagai pengganti otot panggul dapat membuat latihan menjadi tidak efektif serta dapat membebani bagian tubuh yang lain.

4. Resiko infeksi saluran kemih pada pria

Teknik yang salah yaitu melakukan latihan kegel dengan keadaan kandung kemih tidak kosong sepenuhnya dapat meningkatkan Resiko Infeksi Saluran kemih.

2. 3. 6 Mekanisme Kerja Senam Kegel

Menurut Rizal (2024) senam kegel merupakan latihan otot dasar panggul yang bertujuan untuk memperkuat otot dasar panggul sehingga dapat meningkatkan kemampuan kontrol berkemih dan mengurangi kejadian inkontinensia urin. Pelaksanaan senam kegel dapat dilakukan melalui beberapa tahap sebegai berikut:

a. Efek Penguatan dan Hipertrofi Otot Dasar Panggul

   Kontraksi berulang pada otot dasar panggul, khususnya otot *pubococcygeus* dan *levator ani*, memberikan efek *overload* atau beban latihan yang melebihi ambang kerja normal otot tersebut. Rangsangan ini memicu peningkatan luas penampang serat otot (hipertrofi) serta penguatan jaringan ikat penyokong organ panggul. Penelitian menunjukkan bahwa latihan otot dasar panggul yang dilakukan secara terstruktur dapat menyebabkan hipertrofi sfingter uretra dan mengurangi mobilitas leher kandung kemih saat terjadi peningkatan tekanan intra-abdomen seperti batuk, sehingga kemampuan menahan urin meningkat (McLean et al., 2013). Penguatan struktural ini juga membantu mengangkat posisi dasar panggul ke tempat yang lebih stabil di dalam rongga panggul (Bø, 2004).

b. Efek Neuromuskular (Peningkatan Kesadaran dan Ketepatan Waktu Kontraksi)

   Selain memperkuat otot secara struktural, senam kegel melatih kemampuan sistem saraf untuk mengenali dan mengaktifkan otot dasar panggul secara sadar pada saat yang tepat, terutama ketika muncul sensasi ingin berkemih mendadak (urgensi) atau saat tekanan perut meningkat. Proses pembelajaran motorik ini

meningkatkan kecepatan reaksi kontraksi otot serta pola aktivasi unit motorik secara otomatis (neural adaptation), sehingga pasien mampu "mengunci" otot dasar panggul lebih cepat untuk mencegah kebocoran urin sebelum sempat terjadi (Madill et al., 2022).

c. Efek terhadap Tekanan Penutupan Uretra dan Stabilitas Kandung Kemih

Kontraksi otot dasar panggul yang dilakukan secara rutin akan meningkatkan tekanan penutupan uretra (*urethral closure pressure*), baik pada kondisi istirahat maupun saat terjadi peningkatan tekanan intra-abdomen. Dengan meningkatnya tekanan penutupan ini, uretra mampu menutup lebih rapat sehingga risiko kebocoran urin menurun. Kontraksi otot dasar panggul secara reflektif juga dapat menekan aktivitas otot detrusor kandung kemih yang berkontraksi tidak terkendali, sehingga membantu menstabilkan pola berkemih dan mengurangi episode inkontinensia urgensi pada lansia (Madill et al., 2022; Aji & Arisdiani, 2021).

2. 3. 7 Pengukuran Kekuatan Otot Dasar Panggul dengan Skala Oxford

Skala Oxford merupakan salah satu metode yang digunakan untuk menilai kekuatan kontraksi otot dasar panggul secara manual. Penilaian dilakukan dengan mengamati kemampuan otot dasar panggul dalam melakukan kontraksi, yang kemudian dikategorikan ke dalam enam tingkatan, yaitu derajat 0 sampai dengan derajat 5. Skor yang lebih tinggi menunjukkan kekuatan kontraksi otot dasar panggul yang lebih baik. Skala Oxford banyak digunakan dalam penilaian fungsi otot dasar panggul dan dapat digunakan untuk melihat perubahan kekuatan otot setelah diberikan latihan otot dasar panggul. (International Urogynecology Consultation, 2023).

Klasifikasi Skala Oxford terdiri dari: derajat 0 menunjukkan tidak terdapat kontraksi otot dasar panggul; derajat 1 menunjukkan kontraksi sangat lemah; derajat 2 menunjukkan kontraksi lemah; derajat 3 menunjukkan kontraksi sedang; derajat 4 menunjukkan kontraksi baik; dan derajat 5 menunjukkan kontraksi kuat. Dalam penelitian ini, Skala Oxford digunakan untuk mengetahui perubahan kekuatan otot dasar panggul pada lansia sebelum dan setelah penerapan senam Kegel selama tujuh hari. (Michalik et al., 2024).

Dengan demikian, penggunaan Skala Oxford dalam penelitian ini berfungsi sebagai salah satu indikator pendukung untuk menggambarkan perubahan kekuatan otot dasar panggul setelah penerapan senam Kegel pada lansia dengan inkontinensia urin.

Tabel 2.1 Penilaian Kekuatan Otot Dasar Panggul (Skala Oxford)

Derajat	Kekuatan Kontraksi	Deskripsi
0	Tidak ada kontraksi	Tidak teraba/ tidak terlikah adanya kontraksi otod dasar panggul sama sekali
1	Kontraksi sangat lemah	Hanya terasa sedikit gedaran/ kedutan (*flicter*), tidak ada getaran yang jelas
2	Kontraksi lemah	Kontraksi lemah tanpa adanya elevasi/ pengangkatan yang jelas
3	Kontraksi sedang	Kontraksi cukup jelas disertai sedikit elevasi otot dasar panggul

4	Kontraksi baik	Kontraksi kuat dengan elevasi yang jelas, mampu menahan tahanan ringa
5	Kontraksi sangan kuat	Kontraksi sangat kuat, elevasi jelas, mampu melawan tahanan kuat berulang kali

2. 3. 8 Prosedur Pelaksanaan Senam Kegel

Tabel 2 .2 Standar Prosedur Operasional Senam Kegel

Standar Prosedur Operasional (SPO) Senam Kegel		
1	PENGERTIAN	Senam kegel merupakan terapi nonfarmakologis yang dapat menguatkan otot dasar panggul akibat dari proses penuaan sehingga akan meningkat kan miksi
2	TUJUAN	a. Lansia depat mengntrol berkemih b. Menghindari kelembapan dan iritasi pada kulit lansia c. Menghindari risko jatuh pada lansia akibat air urin yang tercecer d. Menghindari isolasi sosial bagi lansia.
3	INDIKASI	a. Lansia yang mengalami inkontinensia urin, yang dibuktikan dari hasil pengkajian keperawatan b. Lansia yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini c. Lansia yang mampu berkomunikasi secara verbal dan dapat memahami instruksi.

		d. Lansia dengan kondisi fisik yang memungkinkan untuk melakukan senam kegel
4	KONTRAINDIKASI	a. Lansia yang memiliki riwayat penyakit jantung, kelumpuhan, cedera patah tulang atau panggul b. Lansia yang mengalami infeksi saluran kemih (ISK) akut c. Lansia yang menggunakan kateter urin d. Lansia yang tidak bersedia atau tidak berkompeten. e. Lansia yang mengalami gangguan kognitif berat.
5	PERSIAPAN ALAT	a. Pakaian olahraga atau pakaian yang longgar b. Matras atau karpet senam. c. Segelas air putih
6	PERSIAPAN PASIEN	a. Lansia masih bisa mengontrol eliminasi b. Jelaskan Prosedur, durasi dan manfaat latihan pada pasien c. Lansia melakukan eliminasi terlebih dahulu.
7	CARA KERJA Latihan mengontrol berkemih (bladder training) 1) Cek kondisi awal lansia, meliputi tingkat kesadaran, kemampuan mengikuti instruksi, mobilitas, fungsi kognitif, pola eliminasi urin,serta adanya keluhan seperti inkontinnsia urgensi, frekuensi berkemih meningkat atau adanya nyeri saat berkemih 2) Pastikan lansia mampu mengendalikan otot dasar panggul 3) Evaluasi pola berkemih lansia. Apahila lansia memiliki kebiasaan berkemih dengan selang waktu setiap 2 jam di siang hari dan 4 jam di malam hari, maka perlu diperiksa kemampuanya dalam mengontrol berkemih	

4) 30 menit sebelum latihan dilakukan, lansia diminta minun segelas air terlebih dahulu
5) Tanyakan pada lansia, apakah masih mampu menahan berkemih
6) Lansia diminta menunggu/menahan berkemih dalamn rentang waktu yang telah ditentukan. Pada latihan awal maka rentang waktu 2 sampai dengan 4 jam
7) Lansia diminta berkemish sampai tuntas, instruksikan lansia agar menekan daerah kandung kemih
8) Berikan penguatan perilaku (reinforcement) yang positif kepada lansia
9) Apabila lansia sudah berhasil menahan berkemih secara terencana selanjutnya rentang waktu berkemih ditingkatkan

Latihan Kegel (Kegel's exercise)

1) Posisi duduk tegak pada kursi dengan panggul dan lutut tersokong dengan rilekss
2) Badan sedikit membungkuk dengan lengan menyangna pada paha
3) Konsentrasikan kontraksi pada daerah saluran kemih (ureira), dan dubur (rectum)
4) Kontraksikan otot dasar panggul seperyi menahan berkemih
5) Rasakan kontraksi otot dasar panggul
6) Pertahankan kontraksi sebatas kemampuan (kurang lebih 10 detik)
7) Rilekss rasalkan otot dasar panggul yang rilekss
8) Kontraksikant otot dasar panggul lagi, pastikan otot berkontraksi dengan benar tanpa ada kontraksi pertut
9) Rilekss, coba rasakan perbedaan saat berkontraksi dan rilekss
10) Sesekali kontraksi dipercepat. Npastikan tidak ada kontrakstotot yang lain
11) Lakukan kontraksi ytang cepatheberapa kali. Pada latihan awal lakukan tapakali pengutangank arena-otot yang lemahakan mudah lelah

		12) Latihan untuk mengontraksikan otot dasar panggul dan mempertahankannya sebelum dan selama aktivitas, tertawa, batuk, bersin, mengangkat benda, bangun dari kursur atau tempat tidur dan jogging 13) Target latike dalah 10 kali kontraksi lambat dan 10 kontraksi cepat. Tian kommlesi dipertahankan selama 10 hitungan. Lathan dilakukan selamat sanpendengan 8 kali sehari atau setiap saat dapat melakukannya namenul selama 6 minggu, sehingga akan didapatkan had yang primal dari program latihan.
8	EVALUASI	1. Cek kondisi akhir lansia apakah mengalami kelelahan, pusing atau ketegangan otot pada area paha atau perut akibat dari salah kontraksi otot 2. tanyakan apakah ada rasa nyeri pada bagian panggul atau bagian bawah setelah melakukan senam kegel. 3. Tanyakan perasaan pasien lansia setelah latihan, tanya tentang pemahaman lansia mengenai otot yang benar.
9	DOKUMENTASI	Catat seluruh rangkaian yang telah dilakukan, seperti: 1. Hari, tanggan dan waktu pelaksanaan 2. Kondisi pra-latihan (pola eliminasi awalah serta keluhan inkontinensia) 3. Kemampuan lansia dalam menahan kontraksi 4. Respon lansia selama dan sesudah latihan
10	HASIL AKHIR	a. Lansia mampu mengontrol berkemih b. Lansia terhindar dari iritasi kulit c. Lansia tidak berisiko jatuh

1. 2. 4 Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Inkontinensia Urin

2. 4. 1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang mendasari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data, memvalidasi dan mengorganisasi informasi yang didapat mengenai status kesehatan klien. Dan berfokuskan pada pola eliminasi dan dampaknya terhadap fungsi fisik serta psikososial lansia.

a. Identitas Klien

Berisi tentang nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat, status pernikahan, suku, serta dapat di tamabahkan mengenai tanggal masuk panti jiga klien tinggal di panti.

b. data keluarga yang dapat di hubungi

berisi tentang ada atau tidak keluarga yang dapat di hubungi, jika ada dapat di tuliskan nama, hubungan dengan klien, jenis kelamin, alamat, dan nomor telepon.

c. Riwayat Keluarga dan Genogram

berisi informasi mengenai kondisi keluarga yang tinggal serumah, maupun tidak. Genogram merupakan visual diagram pohon keluarga yang di dalamnnya berisi anggota keluarga minimal 3generasi.

d. Riwayat pekerjaan

Berisi tentang riwayat pekerjaan klien sebelumnya dan ada atau tidaknya sumber penghasilan dari pekerjaan sebelumnya.

d. Riwayat Rekreasii

Berisi tentang hobi yang diminati klien, keanggotaan atau organisasi yang di ikuti oleh klien, liburan atau perjalanan yang dilakukan klien.

e. Kegiatan Khusus

Berisi tentang kebiasaan ritual, dan yang lainnya.

f. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan yang di rasakan saat ini:

Tanyakan pada klien keluhan apa yang sedang dirasakan saat ini, apakah sering berkemih saat batuk atau tertawa, apakah sering tidak sampai saat ketoilet.

2) Keluhan yang paling dirasakan dalam tiga bulan terakhir:

Tanyakan pada klien. Apakah nyeri dada, pusing atau sakit kepala, batuk, demam, sesak napas, darah tinggi, gula darah, diare, gatal-gatal, jantung berdebar, nyeri sendi, penglihatan kabur atau perasaan yang lainnya. Seperti penyakit yang dapat memperberat inkontinensia urin seperti Diabetes Mellitus (poliuria), Stroke, BPH (pada pria), atau Infeksi Saluran Kemih (ISK).

3) Penyakit yang diderita dalam tiga tahun terakhir:

Tanyakan pada klien. Apakah penyakit jantung, hipertensi, penyakit paru, penyakit tulang, nyeri sendi atau rematik, katarak, glaukoma, penyakit kulit, diabetes melitus atau penyakit lainnya.

4) Riwayat Alergi

Tanyakan Pada klien ada atau tidak riwayat alergi pada makanan maupun obat-obatan.

5) Riwayat obat-obatan

Tanyakan pada klien ada atau tidak obat-obatan yang sedang dikonsumsi oleh klien. Identifikasi penggunaan obat Diuretik, obat tidur (sedatif) yang membuat lansia sulit terbangun untuk berkemih, atau obat hipertensi.

Tanda-tanda vital dan antropometri

Berisi tentang hasil pemeriksaan suhu, tekanan darah, nadi, respirasi, berat badan, tinggi badan.

2. 4. 2 Pemeriksaan Tanda-tanda Vital, Antropometri dan Fisik

a. Tuliskan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dan antropometri seperti suhu, tekanan darah, nadi, respirasi, tinggi badan dan berat badan
b. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (*head to toe*) yang dapat dilakukan secara tepat dan sistematis:

a. Kepala: kebersihan, kerontokan pada rambut, bentuk kepala, adanya luka atau tidak, warna rambut, adakah nyeri tekan dan keluhan lainnya.
b. Mata: konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikteri atau tidak, strabismus ya atau tidak, penglihatan (kabur, normal, rabun jauh, rabun dekat), memakai kacamata tau tidak, adanya peradangan atau tidak, adakah riwayat katarak, keluhan lainnya jika ada.
c. Hidung: bentuk hidung simetris atau tidak, ada peradangan atau tidakkk, fungsi penciuman terganggu atau tidak, keluhan lainnya jika ada.
d. Mulut dan tenggorokan: kebersihan mulut, mukosa kering atau lembab, stromatitis ya atau tidak, gigi (karises, ompong, tidak), apakah ada peradangan pada gusi, kesulitan saat mengunyah, kesulitan saat menelan, fungsi pencernaan terganggu atau tidak, keluhan lainnya jika ada.
e. Telinga: kebersihan, ada atau tidaknya peradangan, fungsi pendengaran terganggu ada tidak, keluhan lainnya jika ada.
f. Leher: ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, kaku kuduk, keluhan lainnya jika ada.
g. Dada: bentuk dada (normal shest, barrel chest, pigeon chest), retraksi interkosta, ada kah suara wheezing, adakah suara ronki, adakah suara jantung tambahan, keluhan lainnya jika ada.
h. Abdomen: bentuk abdomen (datar atau distensi), ada tau tidak nyeri tekan, bising usus berapa kali permenit, lakukan palpasi pada bagian suprapubis untuk mengecek adanya retensi urin atau tidak.
i. Genitalia: cek kebersihan area perineal, adanya kemerahan/iritasi kulit (Dermatitis amonia) akibat paparan urin kronis, serta penggunaan dan kondisi *diapers*.
j. Ekstremitas: lemah atau tidak, kekuatan otot dari (1-5), postur tubuh (skoliosis, lordosis, tegap atau normal), rentang gerak maksimal

atau terbatas, deformitas iya atau tidak, tremor atau tidak, ada edema atau tidak, memakai alat bantu atau tidak, refleks (biceps, triceps, knee, achilles, keluhan lainnya jika ada.

k. Integumen: kebersihannya, warna pucat atau tidak, kelembapan kering atau lembab, keluhan lainnya jika ada.

2. 4. 3 Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial dapat meliputi beberapa aspek yaitu sebagai berikut:

1. Bagaimana hubungan dengan orang lain: tidak kenal, sebatas kenal, dapat berinteraksi, dapat bekerjasama
2. Bagaimana kebiasaan lansia berinteraksi dengan lansia lain di panti: selalu, sering, jarang, tidak pernah, atau bahkan membatasi diri tidak mau ikut kegiatan di panti (seperti senam atau pengajian) karena takut mengompol di depan orang lain?
3. Bagaimana stabilitas emosinya: apakah labil, stabil, irtabel, atau dasar.
4. Motivasi penghuni panti: kemauan sendiri atau terpaksa.
5. Frekuensi kunjungan keluarga: satu kali perbulan, dua kali perbulan, atau bahkan tidak penah berkunjung.
6. Apakah lansia merasa malu, tidak berdaya, atau merasa "bau" karena inkontinensia?

2. 4. 4 Pengkajian Perilaku terhadap Kesehatan

Pengkajian perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dapat meliputi beberapa aspek yaitu sebagai berikut

1. Kebiasaan lansia merokok: apakah > 3 batang perhati, < 3 batang perhari, atau bahkan tidak merokok sama sekali.
2. Pola pemenuhan kebutuhan nutrisi:
    a. Frekuensi makan: 1 kali sehari, 2 kali sehari, 3 kali sehari, tidak teratur.
    b. Jumlah makanan yang di habiskan lansia: 1 porsi di habiskan, ½ porsi yang dihabiskan, < ½ porsi yang di habiskan.\

c. Makanan tambahan: dihabiskan, tidak dihabiskan, kadang-kadang dihabiskan.
d. Pola pemenuhan cairan: < 3 gelas dalam sehari, > 3 gelas dalam sehari. Atau bahkan membatasi cairan.

2. 4. 5 Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

1. Pola kebiasaan tidur pada lansia:
   a. Jumlah waktu tidur: < 4 jam, 4-6 jam, > 6 jam.
   b. Gangguan tidur berupa: insomnia, sering terbangun, sulit mengawali, tidak ada ganggua.
   c. Penggunaan waktu luang: bersantai, diam saja, keterampilan, kegiatan keagamaan.

2. 4. 6 Pengkajian Eliminasi

1. Pola eliminasi: BAB
   a. Frekuensi BAB: 1 kali sehari, 2 kali sehari, konsistensinya bagamimana apakah rncer, keras, lembek (Normal).
   b. Gangguan BAB: inkontinensia alvi, konstipasi, diare.
2. Pola eliminasi BAK:
   a. Frekuensi BAK: 1-3 kali dalam sehari, 4-6 kali sehari > 6 kali dalam sehari, warna urin apakah kuning jernih, putih jernih, kuning kerug
   b. Gangguan BAK: inkontinensia urin, retensi urin.

2. 4. 7 Pengkajian Pola Hygiene

1. Mandi: 1 kali dalam sehari, 2 kali dalam sehari atau lainnya, menggunakan sabun atau tidak.
2. Sikat gigi: 1 kali dalam sehari, 2 kali dalam sehari atau lainnya, menggunakan pasta gigi atau tidak.
3. Kebiasaan mengganti pakaian: 1 kali dalam sehari, 2 kali dalam sehari atau lainnya, memakai diapers atau tidak.

2. 4. 8 Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)

Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) merupakan salah satu prosedur untuk mengevaluasi kesehatan lansia secara komprehensif, terpadu, dan muldinamis, multi fisik, kognitif psikologis dan fungsional. Yang bertujuan untuk mendeteksi dini masalah kesehatan, memaksimalkan kemandirian, meningkatkan kualitas hidup serta merencanakan penanganan yang terkoordinasi (Dinkes, 2026).

1. Penilaian *Activity of Daily Living (ADL)*

   Activity of Daily Living (ADL) adalah pengukuran kemandirian fungsiaonal untuk melakukan aktivitas fisik dasar sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, dan berpindah tempat, ADL ini untuk menentukan tingkat ketergantungan, merencanakan perawatan, memantau kemajuan kesehatan pada lansia dan total skor dari ADL ini adalah 0-20 yang dimana (20 : adalah skor mandiri, 12-19 : ketergantungan ringan, 9-11 : ketergantungan sedang, 5-8 : ketergantungan berat, 0-4 : Ketergantungan total)

2. *Istrumen Activity of Daily Living (IADL)*

   IADL adalah kemampuan melakukan tugas komples sehari-hari agar bisa hidup mandiri dikomunitas, seperti berbelanja, mengelola uang, menggunakan telepon, memasak, dan mengatut obat, ini penting untuk menilai tingkat kemandirian dan risiko ketergantungan pada lansia dan total skor dari IADL ini adalah 0-8 yang dimana (3-8 : independen atau mandiri, 2 : perlu bantuan sesekali, 1 : perlu bantuan sepanjang waktu, 0 : dikerjakan oleh orang lain

3. Resiko Jatuh

   Ancaman serius akibat penurunan fungsi fisik (serkopenia), gangguan keseimbangan, riwayat penyakit, dan faktor lingkungan yang tidak aman. Lansia dengan inkontinensia tipe *urgency* berisiko tinggi jatuh karena sering terburu-buru menuju kamar mandi (*rushing to the bathroom*), terutama pada malam hari dalam kondisi gelap dengan total skor resiko jatuh yaitu 0-30 (1-3 : resiko rendah, >4 : resiko tinggi

4. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Skliring mandiri berupa kuisoner (ya tau tidak) yang dirancang untuk mendeteksi sepresi pada lansia, ini berguna untuk mengukur gejala dan menilai tingkat keparahannya. Seperti Menilai apakah kondisi "sering mengompol" menyebabkan lansia mengalami gejala depresi atau merasa putus asa. Nilai untuk GDS ini di nilai dari 15 pertanyaan mengenai perasaan lansia dalam 1 minggu terakhir (5-9 : menunjukan kemungkinan besar ada gangguan depresi, 10 : menunjukan ada gangguan depresi)

5. *Mini-Cog* dan *Clock Drawing Test (CDT)*

CDT ini adalah instrumen skrining cepat yaitu 3-5 menit yang di gunakan untuk menilai fungsi kognitif, memori dan mendeteksi kemungkinan demensia atau gangguan kognitif ringan. Mini-cog ini adalah menggabungkan dan mengingat 3 kata yang berbeda dan menggambar jam (CDT). Skor total berkisar dari 0-4 (jiga klien dapat melengkapi 1 sampai 4 pint yang tertera)

6. *Mini Metal State Examiation (MMSE)*

MMSE adalah tes skrining singkat yaitu sekitas 10 menit, ini digunakan untuk menilai fungsi kognitif dan mendeteksi gangguan mental seperti demensia pada lansia. Tes ini mencangkup 11 penilaiaan seperti memori, orientasi, atensi dan bahasa dengan keseluruhan total skor yaitu 30 (

7. *Abbreviated Mental Test (AMT)*

AMT adalah skiring sepat yang berisi 10 pertanyaan, di kembangkan oleh Hodkinson (1972) fungsinya adalah untuk menilai konitif pada lansia, teh ini bertujuan untuk mendeteksi potensi demensia atau gangguan kognitif “(delirium) secara cepat. Dengan keseluhuan total skor yaitu 0-8 (8-10 : menunjukan normal, 4-7 gangguan ingatan sedang, 0-3 : gangguan ingatan berat)

8. *Mini Nutrional Assesment (MNA)*

MNA adalah instrumen skrining gisi yang tervalidasi, dirancang kusus untuk mengidentifikasi lanisa yang berusia > 65 tahun yang mengalami malnutrisi atau beresiko malnutrisi. Ini umun di gunakan di rumah saki, panti jompo, atau komunitas untuk mengevaluasi asupan makanan, berat badan, mobilitas, dan kondisi psikologis. Keseluruha total skor dari MNA ini 0-14 (>12 : tidak mempunyai resiko, <!1 : mungkin mengalami mal nutrisi)

2. 4. 9 Analisis Data

Tabel 2 .3 Analisis Data

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	Subjektif: • Mengompol sebelum mencapai atau selama usaha mencapai toilet • Mengompol di waktu pagi hari • Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap Objektif: • Jarak dari kamar ke toilet jauh • Pakaian atau linen tempat tidur tampak basah • Menggunakan diapers	Penuaan ↓ Penurunan elastisitas kandung kemih ↓ Penurunan kekuatan otot dasar panggul ↓ Penurunan mobilitas fisik ↓ Kesulitan mencapai toilet tepat waktu ↓ Inkontinensia urin	Inkontinensia urin Fungsional (D.0044)
2.	Subjektif: • Pengosongan kandung kemih tidak tuntas	Inkontinensia urin ↓ urin sering kontak dengan area perinium	Resiko infeksi saluran kemih (D.0142)

	• Kelembapan pada area perineal Objektif: • Personal *hygiene* pada area genitalia kurang optimal	↓ Kelembapan meningkat ↓ Pertumbuhan mikroorganisme ↓ Kontaminasi saluran kemih ↓ Resiko Infeksi	
3.	Subjektif: • Adanya rasa nyeri atau lecet • Terasa gatal pada area kulit yang lembap • Kulit sering terpapar urin dalam waktu yang lama Objektif: • Kerusakan jaringan atau lapisan kuli • Nyeri • Perdarahan • Kemerahan • Hematoma (Memar/Lebam)	Paparan urin terus-menerus ↓ Kelembaban berlebih ↓ IritasI kulit ↓ Kerusakan lapisan epidermis ↓ Keruakan Integritas kulit	Kerusakan integritas kulit (D.0129)
4.	Subjektif: • Klien mengatakan malu dengan kondisi nya	Perubahan fungsi eliminasi urin ↓	Gangguan citra tubuh (D.0083)

	• Klien mengatakan tidak percaya diri • Klien menghindari interaksi sosial Objektif: • Klien tampak menarik diri • Ekspresi wajah sedih • Menggunakan diapers • Kebersihan kurang	Ketidakmampuan mengontrol berkemih ↓ Dampak psikologis ↓ Perubahan persepsi tehadap tubuhnya ↓ Gangguan citra tubuh	
5.	Subjektif: • Klien mengetahui penyebab inkontinensia urin • Klien mengatakan tidak tahu cara mengontrol buang air kecil • Klien bertanya tentang cara mengatasi kebocoran urin Objektif: • Klien tampak kebingungan saat diberikan penjelasan • Klien tidak mampu menjelaskan kembali informasi yang diberikan • Perawatan diri terkait eliminasi kurang tepat	Kurang paparan informasi ↓ tidak mengetahui penyebab dan penatalaksaan ↓ Tidak memahami latihan otot dasar panggul ↓ Ketidakmampuan melakukan perawatan diri ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan (D.0111)

2. 4. 10 Diagnosis Keperawatan

Diagosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial, diagnosis keperawatan bertujuan untuk mnegidentifikasi respons klien atau individu, keluarga dan komunitas terhaap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

1. Inkontinensia urin berhubungan dengan kelemahan otot dasar panggul (D.0044)
2. Resiko infeksi berhubungan dengan paparan urin terus-menerus dan kelembapan pada area perinium (D.0142)
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan paparan urin terus-menerus (D.0129)
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi eliminasi dan persepsi diri negatif (D.0083)
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi tentang inkontinensia urin (D.0111).

2. 4. 11 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 4 Intervesi Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawtan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan
1.	Inkontinensia urin berhubungan dengan kelemahan otot dasar panggul (D.0044)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24. jam, kontrol eliminasi urin meningkat, dengan kriteia hasil: (l.04031) • Kemampuan mengontrol urin meningkat • Nokturia menurun • Volume residu urin setelah berkemih menurun	(I.04158) Observasi: 1. Identifikasi penyebab inkontinensia urin. 2. Identifikasi perasaan dan persepsi klien terhadap inkontinensia urin 3. Pantau keefektifak obat, penyakit, dan terapi modalitas berkemih

	• Kemampuan menunda pengeluara urin membaik • Berkemih membaik • Sensasi berkemih membaik	Terapeutik: 1. Bersihkan aerah genitalia dan kulit secara rutin 2. Berikan pujian aas keberhasilan mencegah inkontinensia urin 3. Buatkan jadwal kosumsi obat diuretik 4. Ambil sample utin untuk pemeriksaan lengkap. 5. **Anjutkan melakukan intervensi senam kegel(sebagai terapi nonfarmakologis farmakologis)** Pendidikan kesehatan: 1. Menjelaskan definisi, jenis, penyebab inkontinensia 2. Menjelaskan program penanganan inkontinensia urin (seperti tata cara melakukan senam kegel) 3. Menjelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih 4. Anjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam sebelum tidur

			5. Anjurkan minum minimall 1500 cc/hari 6. Anjurkan menghindari minuman berkafein, minuman bersoda, teh dan coklat 7. Anjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi Kolaborasi: 1. Rujuk jika perlu
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan paparan urin terus menerus dan kelembapan pada area perinium (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam , infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil: (L.14137) • Demam menurun • Kemerahan menurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun	(I.14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemati Terapeitik: 1. Batasi aktivitas 2. Berikan perawatan kulit paa area infeksi 3. Susi tangan sebelum dan sesudah beraktivitas 4. Pertahankan teknik aseptik Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan mencuci tangan dengan benae 3. Anjarkan cara memeriksa kondisi luka

			4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian antibioti bila ada tanda infeksi 2. Kolaborasi dengan tenaga medis lainnya bila perlu
3.	Kerusakan integriras kulit berhubungan dengan paparan urin terus menerus (D.0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam, kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan, kriteria hasil: (L.14125) • Kemerahan berkurang • Tidak ada iritasi • Kelebapan kulit terkontrol • Tidak ada tanda infeksi	(I.11353) Observasi: 1. Monitoring kondisi kulit (warna, kelembaban, adanya lesi) 2. Indikasi area yang sering terpapar urin 3. Pantau tanda infeksi (kemerahan, nyeri, bau) 4. Kaji frekuensi inkontinensia Terapeutik: 1. Ubab posisi setiap 2 jam sekali jika tirah baring 2. Bersihkan area genitalia dengan air hangat dan sabun lembut 3. Keringkan dengan lembut

			4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit yang kering 5. Ganti popok/pembalut secara teratur 6. Bertahankan kulit agar tetap kering dan bersih. Penkes: 1. Edukasi klien atau keluarga tentang pentingnya menjaga kebersihan area genitalia 2. Ajarkan cara membersihkan dan mengeringkan kulit dengan benar 3. Anjrkan mengnati pakaian atau popok segera jika basah 4. Edukasi tanda-tanda infeksi kulit 5. Anjurkan minum air sesuai dengan kondisi Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian obat oles jika perlu 2. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi inkontinensia urin
4.	Gangguan citra tubuh (D. 0083)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x jam,	(I.09305) Observasi:

	gangguan cintra tubuh dapat diatasi dengan kriteria hasil: (L.09067) • Klien mampu menerima perubahan kondisi tubuh • Menujukan sikap positif • Tidak menarik diri daru lingkungan sosial • Kepercayaan diri meningkat	1. Identifikasi persepsi klien terhadap perubahan tubuh 2. Kaji respon emosional seperti (malu, cemas, rendah diri) 3. Monitor interaksi sosial 4. Kaji tingkat penerimaan diri Terapeutik: 1. Beri kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaan 2. Dengarkan secara aktif tanpa menghakimi 3. Bantu klien mengidentifikasi aspek positif 4. Dorong klien melaukan perawatan diri Penkes: 1. Jelaskan tentang inkontinensia urin dan cara penanganannya 2. Jelaska bahwa kondisi ini dapat ditangani 3. Anjurkan penggunaan diapers untuk meningkatkan kenyamanan

			4. Anjarkan cara menjaga kebersihan Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan dokter terapi medis apa yang dianurkan
5.	Defisit pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawtan selama 7x24 jam pengetahuan tentang inkontinensia urin menigkat dengan kriteria hasil: (L.12111) • Klien mampu menjelaskan pengertian inkontinensia urin • Klien memahami penyebab dan faktor risiko inkontinensia urin • Klien mengetahui cara perawatan dan pencegahannya • Klien mampu mempraktikan cara latihan senam kegel	(I.12383) Observasi: 1. Identifikasi tingkat penyetahuan klien 2. Kaji kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3. Identifikasi faktor penyebab kurangnya pengetahuan 4. Monitor pemahaman klien setelah diberi edukasi Terapeutik: 1. Bangun hubungan saling percaya 2. Sediakan lingkungan yang nyaman saat edukasi 3. Gunakan media pembelajaran seperti (leaflet, gambar atau alat peraga) 4. Demonstrasikan teknik latihan senam kegel Penkes: 1. Jelaskan pengertian inkontinensia urin secara sederhana

	2. Edukasi penyebab seperti(kelemahan otot dasar panggul, usia, penyakit tertentu) 3. Ajarkan cara pencegahan dan perawatan seperti (senam kegel, mengatur pola mium, kebersihan area genitalia) 4. Anjurkan gaya hidup sehat seperti menghindari minuman berkafein dan menjaga berat badan 5. Berikan kesempatan pada klien untuk bertanya Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi medis 2. Kolaborasi dengan fisioterapis untuk latihan otot dasar panngul

2. 4. 12 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawaan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang sedang dihadapi menuju status kesehatan yang baik dan optimal, pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari tencana atau intervensi keperawatan yang

mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. guna mencapai tujuan kesehatan yang optimal. Dalam menangani masalah inkontinensia urin, perawat dapat mengimplementasikan intervensi senam kegel yang berfokus pada penguatan otot *pelvic floor* (dasar panggul). Latihan ini dilakukan 2-3 kali dalam 1 hari dengan durasi 3 set per-sesi, seriap set terdiri 10 petisi atau 5 detik kontraksi otot dan 5 detik rilekssasi. dengan instruksi kontraksi dan relaksasi otot panggul secara repetitif guna meningkatkan kontrol sfingter uretra, sehingga secara efektif dapat mengurangi frekuensi kebocoran urin yang tidak disengaja pada klien.

2. 4. 13 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk membandingkan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan kriteria hasil yang telah di tetapkan sebelumnya. Ini dilakukan untuk menilai efektivitas dari asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan yang dialami oleh klien serta untu melihat apakah tujuan yang direncanakan tercapai atau tidak (Ekaputri et al., 2024). Evaluasi dicatat dalam dokumentasi keperawatan menggunakan format SOAP yang terdiri atas:

a. **S (*Sujective*)**: Data yang diperoleh dari keluhan atau pernyataan klien mengenai kondisi yang dirasakan klien.
b. **O (*Objective*)**: data yang diperoleh melalui hasil observasi, pemeriksaan fsik maupun respon klien terhadap proses keperawatan.
c. **A (*Assessment*)**: Analisis atau penilaian berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan untuk menentukan apakan tujuan keperawatan telah tercapai, tercapai sebagian atau bahkan belum tercapai.
d. **P (*Planning*)**: Rencana tidak lanjut yang disusun berdasarkan hasil evaluasi, baik berupan melanjutkan, memodifikasi, maupun menyusun kembali intervensi keperawatan sesuai kebutuhan klien.

Evalusi yang di harapkan dalam mengatasi masalah inkontinensia urin pada lansia sesuai dengan intervensi yang dilakukan yaitu, meningkatnya kekuata otot dasar panggul, meningkatkan rasa pecaya diri, memberikan rasa nyaman saat melakukan aktivitas.