

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.Z DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA KONSTIPASI DI
RUMAH PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG
GADING SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar

Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh:

Nama: Sari Ayu Lestari

NIM: 40902000079

**PROGRAM STUDI III ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022/2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.Z DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN UTAMA KONSTIPASI DI
RUMAH PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG
GADING SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh:

Nama: Sari Ayu Lestari

NIM: 40902000079

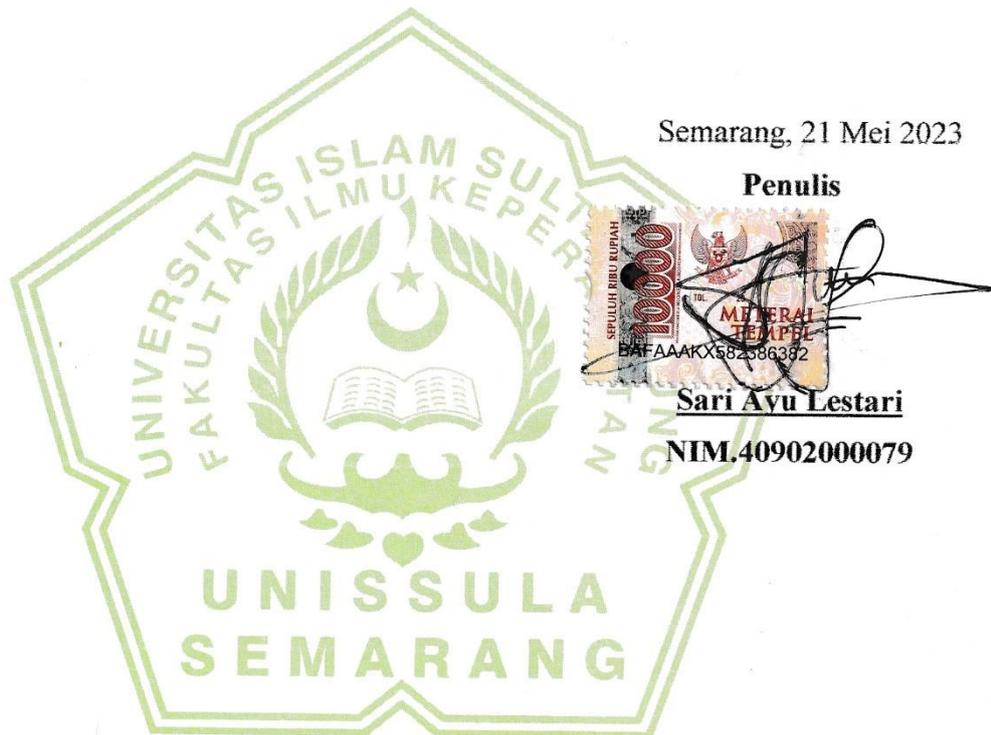
**PROGRAM STUDI DIII ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022/2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 21 Mei 2023

Penulis



Sari Ayu Lestari

NIM.40902000079

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN.Z DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA KONSTIPASI DI RUMAH PELAYANAN
SOSIAL LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Sari Ayu Lestari

NIM. 40902000079

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan

Agung Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 10 Mei 2023



Pembimbing

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu tanggal 24 Mei dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 24 Mei 2023

Penguji I

Ns. Moch. Aspihan, M.Kep.Sp.Kep.Kom

NIDN.06-1307-7602



Penguji II

Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN.06-2208-7403



Penguji III

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN.06-0901-8004

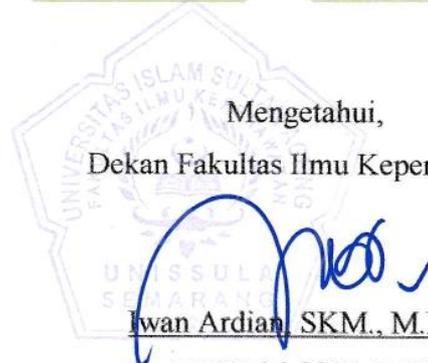


Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN.06-2208-7403



HALAMAN PERSEMBAHAN

Segala rasa syukur atas rahmat dan karunia Allah SWT, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada:

1. Kedua orang tua saya Ibu Jumiati dan Bapak Arianto yang tercinta serta kedua adik saya Alfi Setiawan dan Muhammad Hanafi Ar-Rasyid yang tersayang. Terimakasih atas doa serta dukungannya yang luar biasa disetiap perjalanan hidup saya dengan penuh perhatian, kasih sayang, serta pengorbanan dan keikhlasan yang besar terhadap saya serta telah mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Keluarga besar dari bapak dan ibu, terimakasih atas doa dan dukungan yang kalian berikan kepada saya.
3. Semua guru-guru saya, bapak dan ibu dosen yang saya cintai serta seluruh staf dan karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
4. Dosen pembimbing Ibu Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep.,M.Kep. saya yang selalu sabar dalam membimbing dan senantiasa memberi ilmunya kepada saya.
5. Bapak Ns. Moch Aspihan, M.Kep,Sp.Kep.Kom. selaku penguji 1 Karya Tulis Ilmiah
6. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku penguji 2 Karya Tulis Ilmiah
7. Dosen wali saya Ibu Sri Wahyuni, M.Kep,Sp.Kep.Mat. tercinta yang selalu memotivasi saya untuk menjadidi mahasiswa dengan bibit unggul
8. Terimakasih kepada seluruh pengurus LAZIS Sultan Agung telah menjadi wali dan menjaga saya selama di Semarang yang selalu mengarahkan saya agar menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama.
9. *Support system* saya Akhmad Zainur Ryan, terimakasih telah memberikan dukungan penuh dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Sahabat-sahabat saya BKU Kalsel yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang selalu menemani selama di perantauan dalam suka maupun duka.

11. Teman teman seperjuangan D3 Keperawatan angkatan 2020 yang selalu memberikan kenangan indah selama 3 tahun masa kuliah.



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Alhamdulillahirobbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn.Z dengan Masalah Keperawatan Utama Konstipasi di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang”.

Sholawat serta salam semoga selalu terlimpahkan kepada baginda Rasulullah Shallallahu ‘Alaihi Wasallam beserta keluarga, sahabat, dan pengikutnya yang telah membawa perkembangan islam hingga seperti sekarang ini.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan moral maupun spiritual dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Gunarto, SH.,M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM. M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang seta Penguji 2 Karya Tulis Ilmiah.
3. Ns. Muhammad Abdurrouf, M.Kep selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Moch Aspihan, M.Kep, Sp.Kep.Kom selaku Penguji 1 Karya Tulis Ilmiah.
6. Dosen wali saya Ibu Sri Wahyuni, M.Kep,Sp.Kep.Mat. tercinta yang selalu memotivasi saya untuk menjaddi mahasiswa dengan bibit unggul
7. RPSLU Pucang Gading Semarang terutama para pembimbing lapangan yang telah mengajarkan banyak hal

8. Klien saya Tn.Z yang telah bersedia memberikan ilmu serta pengalaman dalam membantu penelitian ini
9. Segenap dosen pengajar serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dengan tulus selama masa studi
10. Terimakasih kepada seluruh pengurus LAZIS Sultan Agung telah menjadi wali dan menjaga saya selama di Semarang yang selalu mengarahkan saya agar menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama.
11. Kedua orang tua saya Ibu Jumiati dan Bapak Arianto yang tercinta serta kedua adik saya Alfi Setiawan dan Muhammad Hanafi Ar-Rasyid yang tersayang, serta keluarga besar dari bapak dan ibu. Terimakasih atas doa serta dukungannya yang luar biasa disetiap perjalanan hidup saya dengan penuh perhatian, kasih sayang, serta pengorbanan dan keikhlasan yang besar terhadap saya serta telah mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. *Support system* saya Akhmad Zainur Ryan, terimakasih telah memberikan dukungan penuh dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Sahabat-sahabat saya BKU Kalsel yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang selalu menemani selama di perantauan dalam suka maupun duka.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis maupun para pembaca yang budiman pada umumnya.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Semarang, 21 Mei 2023

Penulis



Sari Ayu Lestari

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	3
C. Manfaat penulisan	4
BAB II	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Lanjut Usia	5
B. Konsep Dasar Konstipasi	12
C. Konsep Asuhan Keperawatan	16
BAB III	24
ASUHAN KEPERAWATAN	24
A. Riwayat Kesehatan	24
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan	28
C. Rencana Asuhan Keperawatan	29
D. Implementasi Keperawatan	30
E. Evaluasi/Catatan Perkembangan	32
BAB IV	34
PEMBAHASAN	34
A. Pengkajian Keperawatan	34
B. Diagnosa Keperawatan	36
C. Intervensi Keperawatan	37
D. Implementasi Keperawatan	39
E. Evaluasi Keperawatan	43
BAB V	45
PENUTUP	45

A. Simpulan	45
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	47



DAFTAR LAMPIRAN

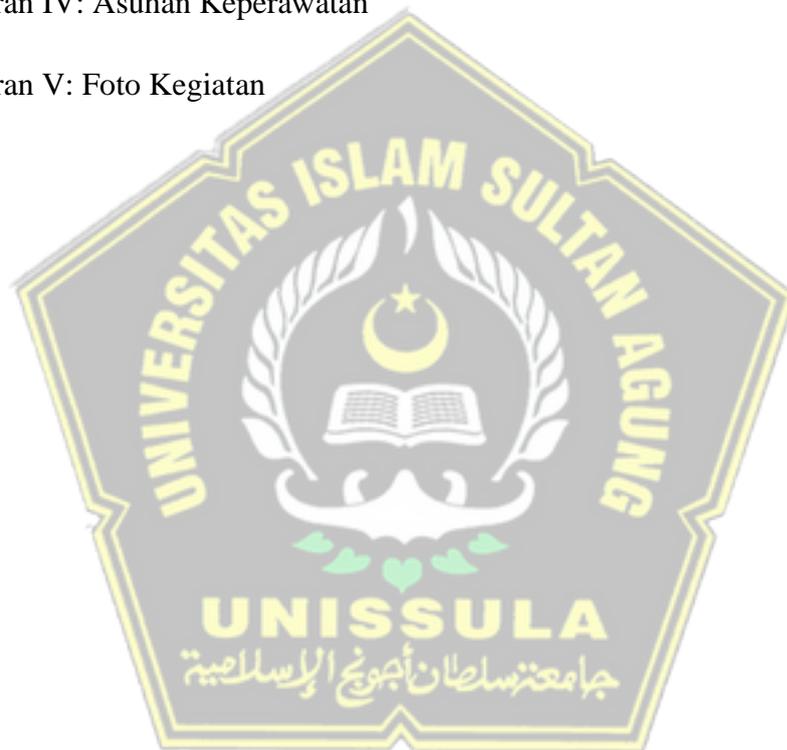
Lampiran I: Ketersediaan Membimbing

Lampiran II: Keterangan Konsul

Lampiran III: Formulir Bimbingan

Lampiran IV: Asuhan Keperawatan

Lampiran V: Foto Kegiatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Lansia merupakan tahap perkembangan terakhir dalam setiap kehidupan manusia. Manusia yang menjalani tahap kehidupan terakhir ini akan mengalami gangguan psikologis, seperti stress karena takut tidak ada yang merawatnya, takut tidak bahagia di masa tua, bahkan sampai takut menghadapi kematian. Lansia juga mengalami penurunan fungsi secara fisiologis seperti kulit yang mengendur, motorik yang menurun, dan penurunan fungsi organ salah satunya penurunan fungsi pada sistem pencernaan.

Sistem pencernaan pada lansia umumnya mengalami penurunan fungsi, dimulai dari gigi yang keropos dan gigi yang sudah tanggal. Gigi yang sudah tanggal tidak akan tumbuh kembali sehingga lansia mengalami kesulitan dalam mengunyah makanan. Makanan yang dicerna akan masuk ke kerongkongan lalu diproses di dalam lambung, lalu akan terjadi penyerapan kembali di dalam usus. Tubuh manusia akan menua dan akan mengalami penurunan gerak peristaltik usus, didukung dengan makanan modern seperti makanan cepat saji yang kurang serat membuat banyak lansia mengalami konstipasi.

Banyak orang dewasa termasuk lansia yang mengalami masalah konstipasi. Hal ini didukung oleh meta analisis besar dari 45 survey berbasis populasi yang terdiri dari 261.040 orang dewasa. Masalah ini menunjukkan Prevalensi dunia konstipasi kronis diperkirakan sebesar 14% (Aziz, *et al.*, 2020). Dalam arti lain, sekitar 1 dari 7 orang dewasa mengalami masalah konstipasi kronis. Data ini mengonfirmasi masalah konstipasi merupakan gangguan kesehatan yang signifikan dan perlu mendapat perhatian serius. Konstipasi merupakan salah satu keluhan yang paling banyak terjadi pada sistem pencernaan orang yang berusia lanjut. Semakin bertambahnya usia

maka keluhan ini akan semakin meningkat, 30-40% lansia yang berusia diatas 65 tahun mengalami konstipasi. 30% penduduk Inggris yang berusia 60 tahun merupakan pengguna obat pencahar rutin, sedangkan 20% penduduk Australia yang berusia 60 tahun ke atas menderita konstipasi dan yang terbanyak mengalami gangguan pencernaan ini adalah wanita dibanding pria (Sudoyo. dkk, 2014).

Penduduk lanjut usia di Indonesia tahun 2017 tercatat 23,66 juta jiwa, diperkirakan di tahun 2020 sebanyak 27,08 juta jiwa dan di tahun berikutnya 2025 sebanyak 33,69 juta jiwa (Kemenkes RI,2017). Badan Pusat Statistik (BPS) mendata, bahwa lansia yang hidup di Jawa Tengah di tahun 2017 sebanyak 12,59% dan mengalami peningkatan persentase pada tahun 2019 yaitu 13,48% (BPS Provinsi Jawa Tengah, 2019). Hal ini diartikan bahwa semakin bertambah jumlah lansia di Indonesia maka meningkat pula berbagai macam penyakit yang menyerang, salah satunya gangguan pada sistem pencernaan.

Angka kejadian konstipasi bertambah seiring bertambahnya usia, insiden masalah konstipasi puncaknya di usia 60-70 tahun. Konstipasi pada lansia berusia 65 tahun atau diatasnya prevalensinya ialah 16% untuk pria dan 26% untuk wanita. Rasio ini bertambah menjadi 34% untuk wanita dan 26% untuk pria pada usia 84 tahun ke atas (PGI, 2019). Konstipasi pada lanjut usia dipengaruhi oleh berbagai faktor perilaku kesehatan, seperti asupan cairan yang tidak mencukupi, diet rendah serat, tingkat aktivitas rendah, serta penggunaan obat pencahar atau obat laksatif dan enema yang berlebihan. Masalah ini juga dapat dipengaruhi oleh gangguan lingkungan, seperti kemudahan yang terbatas ke kamar kecil serta perubahan aktivitas sehari-hari (Pahria, 2021).

Banyak masyarakat Indonesia yang mengalami konstipasi, tidak hanya lanjut usia tetapi konstipasi juga dapat terjadi di berbagai rentang usia, mulai dari bayi hingga orang dewasa. Kebanyakan masyarakat menganggap masalah konstipasi bukan suatu permasalahan yang berarti, Chudahman Manan Ketua Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia

(2019) mengatakan bahwa konstipasi bisa menyebabkan pasien menderita kanker usus besar bahkan menyebabkan kematian.

Berdasarkan dari permasalahan konstipasi yang terjadi pada lanjut usia, penelitian ini akan dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat konstipasi. Penelitian ini akan menggunakan metode studi kasus langsung pada Tn. Z yang menderita konstipasi untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya konstipasi pada lansia, sehingga membuat asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Lansia pada Tn. Z dengan Masalah Keperawatan Utama Konstipasi di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini berfokus untuk menjelaskan asuhan keperawatan lanjut usia pada Tn.Z dengan masalah konstipasi di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi proses pengkajian keperawatan lanjut usia yang tepat pada Tn. Z dengan masalah keperawatan utama konstipasi.
- b. Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang tepat pada Tn. Z dengan masalah keperawatan utama konstipasi
- c. Mengidentifikasi intervensi keperawatan yang tepat pada Tn. Z dengan masalah keperawatan utama konstipasi
- d. Mengidentifikasi implementasi keperawatan yang tepat pada Tn. Z dengan masalah keperawatan utama konstipasi
- e. Mengidentifikasi hasil evaluasi keperawatan yang tepat pada Tn. Z dengan masalah keperawatan utama konstipasi

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Penulis

Penulis dapat menambah pengetahuan serta pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada lansia yang mengalami masalah konstipasi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk institusi pendidikan dalam meningkatkan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada lansia yang mengalami masalah konstipasi.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil studi kasus ini mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada lanjut usia yang mengalami masalah konstipasi. Hasil studi kasus ini juga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas keperawatan.

4. Bagi Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia

Hasil dari studi kasus ini mampu menjadi salah satu contoh dari dilakukannya asuhan keperawatan pada lansia yang mengalami masalah konstipasi.

5. Bagi Masyarakat

Hasil studi kasus ini diharapkan masyarakat mampu memahami dan menambah pengetahuan sekilas tentang konstipasi serta mampu mengaplikasikan implementasi tersebut secara mandiri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Lanjut Usia

1. Pengertian

Lansia adalah istilah untuk orang yang berusia di atas 60 tahun. Lansia dibagi menjadi tiga kelompok usia: lansia awal, menengah, dan lanjut. Berdasarkan UU No.13/1998 tentang kesejahteraan lansia, orang dikategorikan sebagai lansia jika usianya sudah di atas 60 tahun. Lansia yang masih produktif disebut lansia potensial, sedangkan yang tidak bisa mandiri disebut lansia tidak potensial (Festi, 2018).

Menua adalah salah satu proses yang pasti terjadi dalam kehidupan manusia dan merupakan tahap atau fase yang terjadi seumur hidup yang dimulai saat permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan sistem alamiah makhluk hidup termasuk manusia, dengan kata lain setiap orang telah mengalami tiga tahapan kehidupan yang berbeda, yaitu anak, dewasa dan tua. Tiga tahap ini memiliki perbedaan baik secara psikologis, atau biologis. Berdasarkan Undang-undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, lansia didefinisikan sebagai orang yang berusia 60 tahun ke atas. Sementara itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menetapkan batasan usia 65 tahun ke atas sebagai kategori lansia. Memasuki usia tua atau lanjut usia berarti mengalami kemunduran, contohnya degenerasi fisik, yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut yang putih, gigi mulai tanggal, pendengaran kurang jelas, penglihatan kian memburuk, gerakan lamban dan bentuk tubuh yang tidak proporsional (Nasrullah, 2016).

2. Batasan Lansia

Batasan lanjut usia menurut (WHO) Organisasi Kesehatan Dunia, yaitu lansia yang memiliki rentang umur 45-59 tahun disebut usia pertengahan atau *middle age*. Lansia yang berusia 60-74 tahun dapat dikatakan lanjut usia atau *eldery*, sedangkan lanjut usia yang berusia 90 tahun ke atas dikatakan usia sangat tua atau *very old* (Festi,2018). Dra. Ny. Jos Masdani mengatakan dewasa terbagi menjadi 4 bagian yaitu:

- a. Usia 25-40 tahun (tahap *iuventus*)
- b. Usia 40-50 tahun (tahap *verilitas*)
- c. Usia 55-65 tahun (tahap *praesenium*)
- d. Usia lebih dari 65 tahun disebut fase *senium* atau lanjut usia (Nasrullah, 2016).

3. Proses Degeneratif Lansia

Proses menua merupakan sebuah proses berkurangnya kemampuan sel dalam meregenerasi diri atau mempertahankan susunannya secara normal, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi, namun proses degenerasi terjadi secara perlahan. Proses menua yang terjadi pada lansia melibatkan struktur serta fungsi organ baik aspek psikis, fisik, mental dan sosial. Sehingga lanjut usia mudah terserang berbagai penyakit, seperti demensia, osteoporosis, degenerasi makula, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan dan pendengaran. (Nurfatimah *et al.*, 2017).

Proses degeneratif pada lanjut usia menurut Supriadi (2015) akan mengakibatkan adanya perubahan-perubahan pada fisik serta psikis diantara-Nya:

- a. Perubahan fisik, seperti kulit yang keriput, rambut yang putih, muncul bintik-bintik hitam pada kulit, dan postur tubuh tidak lagi tegap dapat mempengaruhi kepercayaan diri dan kesejahteraan psikologis mereka. Dalam hal kesehatan, perubahan fisik pada lansia

juga dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti berjalan, mengangkat barang, atau bahkan mandi sendiri.

- b. Perubahan motorik, menurunnya kekuatan sehingga lebih banyak memerlukan bantuan, dari sisi psikologis menyebabkan perasaan rendah diri, dan tidak berdaya.
- c. Perubahan mental, lansia dapat mengalami penurunan kemampuan kognitif, seperti gangguan memori, berpikir, dan berkonsentrasi.
- d. Perubahan minat pada lansia dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti pengalaman hidup, kondisi kesehatan, lingkungan, dan perubahan sosial. Tidak sedikit lansia mungkin menjadi lebih introspektif dan memfokuskan diri pada keagamaan atau spiritualitas, sementara yang lain tetap aktif dalam kegiatan sosial atau kegiatan fisik yang sesuai dengan kemampuan mereka. Terdapat juga lansia yang mulai mempersiapkan diri menghadapi akhir hidup dan mungkin lebih sering membicarakan tentang kematian dan persiapan pemakaman.

Kusumo (2020) menjelaskan Proses degenerasi atau penurunan fungsi pada lansia yaitu:

- a. Penurunan fungsi mata, penglihatan menjadi kurang jelas, tidak dapat melihat dengan jarak yang dekat atau jauh, dan mengalami gangguan katarak.
- b. Penurunan fungsi telinga, kurangnya dalam mendengar suara di sekitar.
- c. Penurunan indra penciuman serta pengecap, tak sedikit pasien lanjut usia memiliki selera makan yang rendah. Akibatnya banyak lanjut usia yang gizinya tidak terpenuhi.
- d. Penurunan fungsi pada kulit yang mengakibatkan hilangnya keelastisan kulit, selain itu juga membuatnya menjadi kering dan keriput.

- e. Penurunan fungsi keseimbangan tubuh, penurunan fungsi ini mengakibatkan lansia sulit untuk berjalan atau berdiri tegap dengan baik.
- f. Penurunan fungsi respirasi dan kardiovaskular, penurunan fungsi respirasi menyebabkan rata-rata lansia mengalami kesulitan bernapas. Selain itu fungsi kardiovaskular pada proses menua menyebabkan beberapa penyakit seperti stroke dan infark miokard.
- g. Berkurangnya fungsi kekuatan otot serta sendi, dan berkurangnya kepadatan tulang. Penurunan fungsi menyebabkan lansia lebih banyak menghabiskan waktu untuk berbaring atau duduk, dan sering dibantu untuk berjalan.
- h. Penurunan fungsi kognitif yang mengakibatkan banyak lansia yang mulai kehilangan ingatannya.

4. Masalah Kesehatan Lansia

Sindroma geriatrik atau masalah yang terjadi pada lanjut usia yaitu keluhan yang dialami lansia atau keluarganya berupa gejala-gejala mengenai kondisi kesehatannya, menurut Utomo (2019) diantaranya:

- a. Imobilisasi (kurang bergerak)

Imobilisasi adalah kondisi dimana lansia hanya berbaring atau tidur terus menerus lebih dari 3 hari, hal ini disebabkan karena adanya faktor nyeri, kekakuan otot menurun, dan masalah psikologis seperti depresi atau demensia. Dampak yang ditimbulkan akan terjadi luka lecet (dekubitus), infeksi paru, saluran kemih, dan konstipasi (Sulidah, 2017).

- b. Instabilitas (jatuh)

Lanjut usia yang jatuh biasanya dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kekuatan otot yang menurun, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan dan gangguan kesehatan organ atau struktur tubuh. Penyebab jatuh umumnya karena vertigo, tergelincir, dan

hilang kesadaran secara tiba-tiba. Akibatnya akan terjadi cedera bahkan hingga patah tulang (Rudy, 2019).

c. Inkontinensia (BAK/BAB)

Inkontinensia urin yaitu dimana kondisi pembuangan urin yang tidak diinginkan dalam jumlah serta frekuensi tertentu, sedangkan inkontinensia fekal yaitu kondisi dimana ketika lansia atau pasien tidak dapat mengendalikan keluarnya feses. Penyebab inkontinensia pada lansia memiliki beberapa faktor, antara lain efek samping obat-obatan, operasi tertentu pada organ panggul, kondisi medis tertentu seperti alzheimer, diabetes, dan parkinson, serta penuaan alami tubuh. (Juananda, 2017).

d. Gangguan Intelektual

Asrori (2014) menjelaskan, demensia adalah gangguan fungsi kognitif yang menyebabkan kehilangan ingatan, penurunan kemampuan berpikir, dan kesulitan dalam memproses informasi. Gejala demensia meliputi halusinasi, ilusi, dan disorientasi temporal dan spasial.

e. Infeksi

Lansia sangat rentan terhadap infeksi dikarenakan sistem imun menurun atau melemah, hal ini yang menyebabkan banyak dijumpai lansia yang suhu badannya meningkat. Faktor yang mempengaruhi imunitas lansia adalah penggunaan obat-obatan tertentu, dan penyakit kronis. Lemahnya sistem kekebalan tubuh tidak sedikit lansia mengalami gangguan kesehatan seperti komplikasi kesehatan, penyembuhan infeksi yang lama, dan bahkan kematian (Festi, 2018). Lansia juga dapat melakukan imunisasi dan menjalani pola hidup yang sehat sebagai salah satu upaya mencegah lansia mengalami infeksi.

f. Gangguan Pendengaran, Penglihatan serta Penciuman

Gangguan pendengaran, penglihatan dan penciuman biasa terjadi pada lanjut usia yang mengalami gangguan pendengaran sehingga memerlukan alat bantu dengar atau gangguan pada penglihatan seperti katarak dan rabun dekat. Klien lanjut usia juga sering mengalami penurunan kemampuan penciuman yang memengaruhi selera makan dan kesadaran terhadap lingkungan sekitar (Kusumo, 2020).

g. Depresi

Penelitian yang dilakukan oleh Hockings et al. (2019), depresi pada lanjut usia seringkali disebabkan oleh faktor sosial, seperti perasaan kesepian dan kurangnya dukungan sosial dari keluarga atau teman. Selain itu, penurunan fungsi kognitif dan fisik juga dapat mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia. Beberapa kasus, depresi dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang lebih serius, seperti penurunan sistem kekebalan tubuh dan risiko terkena penyakit kronis.

h. Malnutrisi

Lansia dengan usia 40 hingga 70 tahun, mengalami kehilangan asupan makan atau nutrisi sebesar 25%. Hal ini dikarenakan perubahan pada indra pengecap yang menurun, gigi yang sudah tanggal, gangguan pada pencernaan. Faktor psikologis seperti stres dan depresi juga dapat mempengaruhi selera makan yang berakibat pada lansia untuk memenuhi asupan harian (Supriadi, 2015). Faktor lainnya adalah sulitnya untuk membeli makanan, kurangnya pengetahuan mengenai makanan sehat, dan masalah finansial.

i. Kemiskinan

Kemampuan fisik maupun mental lansia juga berkurang seiring dengan bertambahnya usia, hal ini banyak lanjut usia kurang baik dalam menyelesaikan pekerjaan (Supriadi, 2015). Sehingga

beberapa lansia hanya mengandalkan upah pensiunannya atau mengharapkan dari anak-anaknya.

j. Latrogenik

Tidak sedikit lansia mengalami penyakit lebih dari satu jenis, sehingga banyak obat yang harus dikonsumsi dalam jangka waktu panjang dan terkadang tanpa resep dokter. Hal ini akan menimbulkan komplikasi penyakit baru (Utomo, 2019).

k. Insomnia

Utomo (2019) menjelaskan, Insomnia dapat terjadi karena masalah-masalah hidup yang sedang dialami, jam tidur yang berubah-ubah, atau faktor penyakit tertentu seperti DM (degenerasi makula). Ritme sirkadian juga faktor yang mempengaruhi siklus tidur lansia yang disebabkan oleh produksi hormon melatonin yang menurun. Kondisi lainnya juga dapat mempengaruhi jam tidur lansia, seperti kondisi medis, konsumsi obat-obatan tertentu, perubahan gaya hidup, dan kondisi lingkungan sekitar.

l. Penurunan sistem imun

Salah satu proses penuaan yaitu menurunnya sistem kekebalan tubuh. Masalah lainnya juga diikuti oleh penurunan fungsi organ, penyakit yang menyerang, obat-obatan yang dikonsumsi dan status gizi yang buruk. Akibat penurunan sistem imun tubuh menyebabkan lansia sering terserang penyakit seperti demensia, kanker, depresi, dan infeksi. Cara yang dapat dilakukan agar lansia terhindar dari penyakit-penyakit yang sering menyerang adalah dengan cara rutin melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Selain itu melakukan interaksi sosial, menjaga kebersihan diri dan lingkungan, mengelola stres, dan menerapkan pola hidup sehat (Sudiono, 2014).

m. Gangguan seksual

Impoten merupakan masalah yang sering terjadi pada lansia. Impoten diakibatkan oleh faktor psikologis, fisik, kecemasan,

kesehatan tubuh, dan depresi. Kusumo (2020) menyebutkan, upaya yang dapat dilakukan menghindari gangguan seksual pada lansia adalah dengan cara menerapkan pola hidup sehat, menjaga kesehatan fisik, dan mengonsumsi makanan tinggi nutrisi. Solusi yang dapat dilakukan pada lansia yang mengalami impotensi adalah dengan cara terapi hormon, pengobatan, psikoterapi, dan perubahan gaya hidup.

n. Impaksi

Lansia yang kurang melakukan aktivitas fisik, kurang dalam memenuhi kebutuhan cairan, serta kurang dalam mengonsumsi makanan berserat akan menyebabkan pengosongan usus menjadi sulit. Usus besar akan terus melakukan penyerapan sehingga feses akan kering dan susah untuk buang air besar (Festi, 2018).

B. Konsep Dasar Konstipasi

1. Pengertian

Konstipasi atau sembelit adalah suatu gejala bukan suatu penyakit, serta didefinisikan sebagai pertanda bahwa buang air besar yang susah atau tidak memuaskan. Hal ini ditandai dengan buang air besar kurang dari 3 kali satu pekan atau kesulitan dalam mengeluarkan sisa pencernaan yang keras (Cahyono, 2014). Dampak yang ditimbulkan dari konstipasi adalah adanya perasaan tidak nyaman, nyeri perut, risiko terjadinya wasir, dan infeksi saluran kemih. Cara-cara yang dapat dilakukan untuk mencegah atau mengobati konstipasi adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat, minum cairan yang cukup, menghindari makanan yang dapat memperparah konstipasi, dan olahraga yang teratur.

Konstipasi atau sembelit yaitu suatu kondisi dimana terjadi ketidakmampuan melakukan buang air besar secara sempurna. Konstipasi ditandai dengan berkurangnya frekuensi defekasi dari

sebelumnya, serta tekstur feses keras dari keadaan normal ketika dilakukan palpasi teraba masa fekal (Muzal, 2017).

2. Etiologi

Penyebab konstipasi menurut SDKI, PPNI (2016) terbagi menjadi tiga sisi, diantaranya aspek fisiologis yang terdiri dari melemahnya otot abdomen, kurangnya asupan cairan, kurangnya diet, menurunnya motilitas gastrointestinal, ketidakmampuan pertumbuhan gigi, kurangnya asupan serat, dan *aganglionik*. Aspek selanjutnya adalah psikologis antara lain depresi, gangguan emosional, dan konfusi. Aspek ketiga ialah situasional seperti kurangnya melakukan aktivitas fisik dari yang direkomendasikan, efek agen farmakologis, ketidakadekuatan toileting, feses yang tidak teratur, kebiasaan menahan BAB, kebiasaan gaya makan yang berubah-ubah, penyalahgunaan laksatif, dan perubahan lingkungan.

3. Patofisiologi

Fungsi dari usus besar yaitu melakukan penyerapan kembali residu air dari makanan. Sisa makanan yang tidak diperlukan oleh tubuh akan disalurkan ke dalam rektum melalui kontraksi atau *high amplitude propagated contractions* (HAPCs). HAPCs sangat berpengaruh dalam proses defekasi, biasanya terjadi di pagi hari. Faktor makanan dan minuman yang dikonsumsi juga mendukung proses defekasi. Sebaliknya jika di malam hari akan terjadi proses penurunan kekuatan HAPCs. Proses BAB yang normal dimulai dari penumpukan sisa-sisa makanan di dalam rektum, selanjutnya otot-otot dasar panggul akan melakukan relaksasi atau pelebaran. Ketika waktu dan posisi untuk defekasi sudah tepat, maka tahap selanjutnya akan terjadi kontraksi otot abdomen sehingga feses dapat keluar. Usus besar orang dewasa membutuhkan waktu transit sekitar 20 jam hingga 72 jam. Penyerapan kembali akan

terjadi jika lebih dari waktu tersebut, sehingga fekal akan semakin kering dan keras jika terlalu lama berada dalam usus besar (Cahyono, 2014).

4. Manifestasi Klinis

Tanda serta gejala konstipasi menurut SDKI, PPNI (2016) dibedakan menjadi dua, yang pertama ialah mayor yang ditandai dengan buang air besar kurang dari 2 kali dalam satu pekan. Ketika mengeluarkan feses susah dan lama, tekstur tinja lebih keras, dan menurunnya peristaltik usus. Selanjutnya yang kedua adalah minor yang ditandai dengan mengejan saat buang air besar, pembesaran dan pengerasan pada perut, kelemahan umum, serta teraba adanya masa pada rektal.

Sholikhah (2021) menyebutkan beberapa tanda dan gejala yang umumnya di alami oleh penderita sembelit:

- a. BAB kurang dari kali sepekan
- b. Perut terasa penuh, keras dan begah
- c. Tubuh terasa tidak nyaman, malas beraktiitas dan mengantuk
- d. Adanya feses yang keras, kering, gelap dan jumlah yang sedikit
- e. Feses sulit dikeluarkan dan harus memerlukan tenaga untuk mengejan
- f. Sering buang angin yang lebih berbau busuk dari biasanya
- g. Menurunnya gerak peristaltik usus

5. Pemeriksaan Diagnostik

Cahyono (2014) menjelaskan beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk menunjang diagnosa yaitu:

- a. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
 - 1) Karakteristik sembelit meliputi konsistensi, frekuensi, sensasi dan kesulitan selama proses defekasi

- 2) Tanyakan keluhan yang serupa seperti kembung, nyeri perut, dan mual
 - 3) Tanyakan apakah pasien memiliki riwayat penggunaan obat-obatan tertentu
 - 4) Kenali bagaimana pola makan dan gaya hidup pasien
 - 5) Melakukan pemeriksaan fisik (Tanda vital, pemeriksaan abdomen, dan pemeriksaan *anorektal* atau colok dubur)
- b. Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan laboratorium yang dibutuhkan diantaranya adalah darah rutin, glukosa, elektrolit, dan analisis faeces.
- c. Pemeriksaan radiologi
- Pemeriksaan radiologi yang dilakukan yaitu foto polos abdomen dan CT kolonografi.

6. Komplikasi

Kurniawan, A (2022) menguraikan bahwa pada konstipasi akut tidak akan terjadi komplikasi dengan melakukan perawatan sendiri di rumah, salah satunya adalah mengatur pola makan, minum air putih secara cukup serta rajin berolahraga. Namun jika kesulitan BAB dalam jangka waktu yang panjang, hal ini dapat menyebabkan komplikasi diantaranya sebagai berikut:

- a. Impaksi feses
- Impaksi feses adalah suatu kondisi dimana fekal tersangkut di usus besar dikarenakan lamanya sisa pencernaan berada dalam usus besar, sehingga terjadi penyerapan kembali yang menyebabkan faeces kering dan keras.
- b. Wasir
- Wasir atau ambeien yaitu adanya pembengkakan pembuluh darah yang berada di lubang anus yang disebabkan karena proses mengejan faeces yang keras.
- c. Prolaps rektum

Prolaps rektum terjadi ketika bagian akhir dari usus besar terlihat dari luar bagian tubuh atau menonjol.

Konstipasi dapat meningkat dengan seiring bertambahnya usia terutama ketika usia telah mencapai dari 65 tahun ke atas. Para peneliti melaporkan konstipasi kronis pada lansia akan menyebabkan impaksi dan inkontinensia. Kasus yang parah dapat mengancam nyawa jika tidak segera diobati.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah salah satu proses keperawatan yang bertujuan untuk menggali, mencari, mengumpulkan suatu informasi tentang pasien yang bertujuan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan pasien baik secara psikis, fisik atau lingkungan (Dinarti & Mulyati, 2017).

Fokus pengkajian keperawatan pada lansia:

- a. Identitas pasien meliputi nama, usia, agama, pendidikan terakhir, orang dekat yang dapat dihubungi, alamat, dan nomor telepon
- b. Riwayat kesehatan yang telah lalu, sekarang dan riwayat kesehatan keluarga
- c. Kebiasaan sehari-hari seperti pola makan dan minum, pola tidur, pola eliminasi, aktivitas dan istirahat, keadaan emosi, hubungan dengan orang lain, pelaksanaan ibadah, dan keyakinan terhadap kesehatan
- d. Pemeriksaan fisik terdiri dari tingkat kesadaran, tanda vital, pengukuran BB dan TB, dan pemeriksaan kebersihan individu
- e. Pemeriksaan fisik pada bagian integumen, mata, kepala, telinga, hidung dan sinus, leher, mulut dan tenggorokan, payudara, pernapasan, gastrointestinal, kardiovaskular, perkemihan, genitourinaria, muskuloskeletal, sistem saraf pusat, dan sistem endokrin

- f. Pemeriksaan psikospiritua/spiritual, indeks katz/barthel indeks, status mental SPSMQ/MMSE
- g. Pemeriksaan laboratorium
- h. Informasi penunjang
- i. Terapi media

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian klinis terhadap respons verbal atau respons non verbal pada pasien yang berhubungan dengan masalah kesehatan atau kehidupan (PPNI, 2016).

a. Konstipasi

Definisi: ialah penurunan defekasi normal yang disertai sulit dalam mengeluarkan feses, tidak tuntas, kering dan banyak.

Penyebab:

- 1) Fisiologis
 - a) Kurangnya asupan serat
 - b) Kurangnya asupan cairan
 - c) Ketidakcukupan diet
 - d) Penurunan motilitas gastrointestinal
 - e) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
 - f) Lemahnya otot abdomen
 - g) Aganglionik
- 2) Psikologis
 - a) Konfusi
 - b) Depresi
 - c) Gangguan emosional
- 3) Situasional
 - a) Perubahan lingkungan
 - b) Kebiasaan defekasi yang tidak teratur
 - c) Penyalahgunaan laksatif
 - d) Ketidakadekuatan *toileting*.
 - e) Perubahan kebiasaan makanan

- f) Kurangnya aktivitas fisik
- g) Efek agen farmakologis
- h) Kebiasaan menahan defekasi

Tanda dan Gejala Mayor:

- 1) Subjektif: defekasi kurang dari 2 kali sepekan, pengeluaran feses yang lama dan sulit
- 2) Objektif: feses keras, penurunan peristaltik usus

Tanda dan Gejala Minor:

- 1) Subjektif: mencejan saat defekasi
- 2) Objektif: distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal

b. Gangguan Pola Tidur

Definisi: gangguan kuantitas serta kualitas waktu tidur yang diakibatkan faktor eksternal

Penyebab:

- 1) Hambatan lingkungan
- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi
- 4) Restrain fisik
- 5) Tidak adanya teman tidur
- 6) Asing dengan peralatan tidur

Tanda dan Gejala Mayor:

- 1) Subjektif: mengeluh sulit tidur, sering terbangun, tidur tidak puas, pola tidur berubah-ubah, tidak cukup istirahat.
- 2) Objektif: tidak ada

Tanda dan Gejala Minor:

- 1) Subjektif: kemampuan dalam beraktivitas menurun
- 2) Objektif: tidak ada

c. Risiko Intoleransi Aktivitas

Definisi: adanya risiko bagi klien mengalami ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas nya sehari-hari

Faktor Risiko:

- 1) Gangguan pernapasan
- 2) Gangguan sirkulasi
- 3) Ketidakbugaran status fisik
- 4) Tidak berpengalaman dengan suatu aktivitas
- 5) Memiliki riwayat intoleransi aktivitas sebelumnya

3. Intervensi

Intervensi atau rencana asuhan keperawatan berbentuk suatu terapi yang didasarkan oleh ilmu pengetahuan yang bertujuan mencapai peningkatan kesehatan pasien. Intervensi terdiri dari tujuan, kriteria hasil, rencana tindakan (PPNI, 2016).

a. Konstipasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x7 jam diharapkan pembuangan fekal membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan defekasi lama dan susah menurun
- 2) Mengejan saat defekasi menurun
- 3) Distensi abdomen menurun
- 4) Terasa massa pada rektal menurun
- 5) Konsistensi feses membaik
- 6) Frekuensi defekasi membaik
- 7) Peristaltik usus membaik
- 8) Kontrol pengeluaran feses meningkat

Intervensi: Manajemen Eliminasi Fekal

- 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi
- 2) Monitor buang air besar
- 3) Identifikasi pengobatan yang dapat memberikan efek pada kondisi gastrointestinal
- 4) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- 5) Berikan air hangat setelah makan
- 6) Jadwalkan waktu defekasi bersama klien

- 7) Sediakan makanan tinggi serat
- 8) Jelaskan makanan yang dapat meningkatkan peristaltik usus
- 9) Anjurkan mencatat frekuensi, warna, konsistensi, dan volume feses
- 10) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik
- 11) Anjurkan mengurangi makanan yang akan membentuk gas
- 12) Anjurkan makan makanan berserat tinggi
- 13) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- 14) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal jika diperlukan

Intervensi: Manajemen Konstipasi

- 1) Periksa tanda dan gejala konstipasi
- 2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses
- 3) Identifikasi faktor risiko konstipasi
- 4) Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis
- 5) Ajarkan diet tinggi serat
- 6) Lakukan massage abdomen jika perlu
- 7) Lakukan evakuasi fekal secara manual jika diperlukan
- 8) Berikan enema/irigasi jika perlu
- 9) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
- 10) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- 11) Latih buang air besar secara teratur
- 12) Ajarkan cara mengatasi konstipasi
- 13) Kolaborasi penggunaan obat pencahar

b. Gangguan Pola Tidur

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola tidur membaik dengan standar hasil:

- 1) Keluhan insomnia meningkat
- 2) Keluhan sering terjaga meningkat
- 3) Keluhan pola tidur berubah meningkat
- 4) Keluhan tidak puas tidur meningkat
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat

Intervensi Dukungan Tidur:

- 1) Identifikasi pola dan aktivitas tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur
- 3) Identifikasi makanan serta minuman yang dapat mengganggu kualitas tidur
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
- 5) Modifikasi lingkungan
- 6) Batasi waktu tidur siang
- 7) Berikan fasilitas menghilangkan stres sebelum tidur
- 8) Tetapkan jadwal rutin
- 9) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
- 10) Sesuaikan jadwal pemberian obat dengan waktu tidur
- 11) Jelaskan pentingnya tidur cukup
- 12) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- 13) Ajarkan relaksasi otot autogenik
- 14) Anjurkan menepati kebiasaan tidur

c. Risiko Intoleransi Aktivitas

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan parameter hasil:

- 1) Kecepatan berjalan meningkat
- 2) Kemudahan aktivitas sehari-hari meningkat
- 3) Frekuensi nadi meningkat
- 4) Saturasi oksigen meningkat
- 5) Jarak berjalan meningkat
- 6) Perasaan lemah menurun
- 7) Keluhan lelah menurun
- 8) Dispnea saat beraktivitas menurun
- 9) Dispnea setelah beraktivitas menurun
- 10) Frekuensi napas membaik
- 11) Tekanan darah membaik

Intervensi Manajemen Energi:

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor ketidaknyamanan saat beraktifitas
- 5) Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus
- 6) Lakukan latihan rentang gerak aktif/pasif
- 7) Berikan distraksi menyenangkan
- 8) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak bisa berpindah
- 9) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 10) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
- 11) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi asupan makanan.

4. Implementasi

Implementasi yaitu pelaksanaan atau tahap kerja dari rencana yang sebelumnya telah ditetapkan. Rencana yang telah disusun harus dilakukan dalam tahap implementasi ini (Nurarif, 2015). Bagian implementasi terdiri dari tanggal dan waktu, poin diagnosa, implementasi, respons pasien berupa data subjektif dan objektif, tertanda siapa yang melakukan implementasi tersebut.

5. Evaluasi

Evaluasi atau catatan perkembangan adalah komponen terakhir dari konsep asuhan keperawatan, evaluasi ini digunakan untuk melihat seberapa berhasilnya dari rencana yang sebelumnya telah ditetapkan. (Nurarif, 2015). Komponen evaluasi terdiri dari tanggal dan waktu, poin diagnosa, hasil evaluasi berupa SOAP dan tertanda siapa yang mengevaluasi tersebut.

Evaluasi pada konstipasi diharapkan keadaan klien membaik, seperti kontrol saat pengeluaran feses mulai meningkat, kesulitan defekasi menurun, mengejan saat defekasi menurun, konstipasi feses

membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltik usus membaik (PPNI, 2016).

Evaluasi pada gangguan pola tidur diharapkan keadaan klien membaik, seperti berkurangnya keluhan sulit tidur, berkurangnya keluhan sering terbangun, berkurangnya keluhan merasa tidak puas tidur, berkurangnya keluhan pola tidur berubah (PPNI, 2016).

Evaluasi pada risiko intoleransi aktivitas diharapkan keadaan klien meningkat dari sebelumnya, seperti kecepatan dan jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah berkurang (PPNI, 2016).



BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Riwayat Kesehatan

1. Identitas

Klien berinisial Tn.Z, beragama Islam dengan usia 68 tahun, pendidikan terakhir beliau yaitu SMK. Tn.Z beralamat asli di kota Jogja namun sekarang berada di RPSLU Pucang Gading Semarang terhitung sejak tanggal 15 Desember 2022.

2. Alasan Masuk Ke Pant

Klien mengatakan keilangan dompet, identitas, handphone saat didalam bus lalu tertangkap oleh satpol PP saat di Solo. PM mengaku tidak memiliki kerabat karena malas ditanya-tanya lalu Klien dibawa ke panti yang ada di kota Solo selama 3 bulan dan akhirnya dipindah ke Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

3. Riwayat Kesehatan

Klien mengatakan pernah operasi prostat pada tahun 2016, Klien juga mengatakan memiliki riwayat asma, muncul pada tahun 2016 yang pada saat itu masih bekerja dikapal sebagai koki, muncul kembali pada tahun 2022. Yang dirasakan saat ini Klien mengatakan semenjak pindah ke RPSLU Pucang Gading Semarang belum BAB hingga sekarang (sudah 1 pekan) selain itu Klien mengatakan sering terbangun saat malam hari pada jam 09.00, 01.00, 03.00 hingga subuh, tidur tidak teratur, ketika berjalan Klien terlihat sudah lemah. Pada riwayat penyakit keluarga, Klien mengatakan keluarganya tidak ada memiliki riwayat asma atau penyakit lainnya.

4. Kebiasaan Sehari-hari

Klien mengatakan makan teratur 3x sehari sekitar 6-7 sendok, jarang makan makanan berserat seperti sayur dan buah, suka minum air hangat, dalam sehari 3-4 gelas air putih. Pada pola tidur, klien mengatakan sering terbangun di malam hari, terkadang tidak tidur lagi hingga subuh, pola tidur tidak teratur. Klien mengatakan susah BAB semenjak pindah lokasi (sudah 1 pekan tidak BAB) BAB tidak bisa keluar dan keras, BAK tidak ada masalah.

Pada kesehariannya, klien mengatakan suka membaca buku contohnya buku yang berjudul "The Human Right of Life", selain itu zikir, baca buku agama, sering duduk di teras, setiap pagi berjemur. Ketika terbangun di malam hari klien bisa membaca Al-fatihah 100x, namun, klien mengatakan tidak pernah berekreasi selama di panti. Keadaan emosi, klien mengatakan merasa stres, rindu dengan keluarga (istri dan anak-anak) ingin melanjutkan usahanya (rumah makan). Klien terlihat sering melamun di teras. Selain itu klien ada menuliskan sebuah surat yang berisi meminta bantuan kepada adiknya yang minta dikirimkan melalui pos, di akhir surat itu klien menuliskan kalimat yang menunjukkan kepasrahan.

Hubungan klien dengan sesama teman lainnya baik, klien juga mengatakan ketika mempunyai roti, beliau membagikannya, begitu juga hubungan dengan keluarganya cukup baik (istri kedua beserta dua anaknya) tetapi dengan istri pertama dan anaknya kurang baik (klien tidak ingin menyebutkan alasannya) saat ini keluarganya tidak mengetahui jika klien berada di RPSLU sehingga tidak ada yang menjenguk sejak awal. Mengenai pelaksanaan ibadah, klien mengatakan salat 5 waktu, tahajud, duha, sering zikir, tetapi dengan cara duduk. Selain itu klien sering kesulitan karena tidak ada sarung untuk salat. Klien mengatakan tidak ada keyakinan khusus terkait dengan kesehatan.

5. Pemeriksaan Fisik

Tingkat kesadaran klien composmentis dengan tekanan darah 110/70 mmHg, Suhu 36,8°C, Nadi 97%, Pernapasan 20x/menit memiliki berat badan 80kg dan tinggi badan 171cm.

Pada pemeriksaan dan kebersihan perorangan, klien mengatakan meminta pencukur, sabun mandi, sikat gigi dan odol. Keadaan umum klien sadar 100%. PM memiliki warna kulit sawo matang, keriput, tidak terdapat jamur pada sistem integumen.

Pada kondisi kepala, klien tidak memiliki rambut /gundul, 75% uban, tidak ditemukan adanya lesi pada kepala. tampak bola mata mulai buram dan memutih, penglihatan masih normal namun sedikit mengalami penurunan (beberapa kali salah lihat orang) Telinga terlihat kotor, tertutup oleh rambut telinga yang lumayan lebat sehingga menutupi lubang telinga tetapi masih bisa mendengar jelas, hidung dan sinus tidak ada masalah, terdapat kotoran hidung, lidah tampak kotor, gigi depan ompong, gigi tampak kuning, tenggorokan tidak ada pembesaran amandel, tidak ada hal yang abnormal pada leher.

Pada pemeriksaan pernapasan, hasil inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada benjolan saat di palpasi, bunyi sonor seluruh lapang paru saat di perkusi dan bunyi vesikuler saat di auskultasi. Pada pemeriksaan kardiovaskular, didapatkan hasil inspeksi pergerakan dada simetris, saat di palpasi, ictus kordis teraba, hasil perkusi bunyi pekak dan ketika di auskultasi, reguler, tidak ada bunyi, gallop dan murmur. Pada pemeriksaan gastrointestinal, didapatkan hasil inspeksi tidak ada lesi, palpasi teraba penuh, perkusi bunyi pekak dan ketika di auskultasi bising usus 4x/menit.

Pada sistem perkemihan, klien mengatakan tidak ada masalah dengan perkemihannya, tidak terpasang kateter. Tampak dari sistem muskuloskeletal yang sudah menurun terlihat dari jalannya yang lambat dan membungkuk. Selain itu, sistem saraf pusat juga sudah menurun

dilihat dari usia dan aktivitas harian nya (berjalan, melihat). Dan yang terakhir, sistem endokrin sudah menurun terlihat dari kulit yang keriput, rambut beruban dan lambat ketika berjalan.

6. Pemeriksaan (Psikososial/Spiritual, Indeks Katz/Barthel Indeks, Status Mental SPSMQ/MMSE)

1. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Klien adalah orang baru di lingkungan RPSLU Pucang Gading Semarang namun sudah cukup bisa beradaptasi dilihat dari klien mengenal orang disekitarnya, klien sering ngobrol dengan teman sebayanya walau sekedar mengajak untuk makan bersama, jika memiliki makanan, klien selalu berbagi. klien berharap bisa berteman baik dengan yang lainnya.

Beberapa pertanyaan dilontarkan kepada klien seperti, apakah klien mengalami sulit tidur? Ya, apakah klien sering mengalami kesulitan tidur? Ya, apakah klien sering mengalami gelisah? Tidak, apakah klien murug dan menangis sendiri? Tidak, apakah klien sering was-was dan kuatir? Ya, keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? Tidak, ada atau banyak pikiran? Ya, ada gangguan/masalah dengan orang lain? Tidak, menggunakan obat tidur/penenang? Tidak, cenderung mengurung diri? Tidak.

Klien adalah seorang muslim, beliau rajin sholat dan ibadah lainnya, selalu mengikuti kegiatan keagamaan ketika di RPSLU, ketika klien ditanya tentang kematian, beliau menjawab “hidup ini adalah perjalanan pulang” dan mengatakan bahwa tidak takut mati dan sudah siap. Harapan klien agar selalu bisa menyiapkan bekal pulang.

2. Pengkajian Fungsional Klien (Indeks Katz)

Klien mandiri dalam Bathing, Dressing, Toileting, Contenance dan feeding. Kategori “Indeks Katz A”

3. Pengkajian Status Mental Gerontik (SPSMQ)

Ketika klien di beri 10 pertanyaan seperti, tanggal berapa hari ini?, hari apa sekarang?, apa nama tempat ini?, dimana alamat anda?, berapa umur anda?, kapan anda lahir, siapa presiden indonesia sekarang?, siapa presiden indonesia sebelumnya?, siapa nama ibu anda?, serta pertanyaan hitungan, PM dapat menjawab semua pertanyaan dengan benar, itu artinya PM memiliki fungsi intelektual yang masih utuh.

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian 22 desember 2022 pada pukul 07.00 didapatkan analisa data yang pertama didasarkan atas data subjektif dari klien mengatakan semenjak pindah ke RPSLU Pucang Gading Semarang belum ada BAB hingga sekarang (1 pekan) sulit mengeluarkan feses. Data objektif diperoleh klien jarang makan makanan berserat, perut tampak buncit, hasil perkusi pekak, palpasi teraba penuh. Dari data subjektif dan objektif tersebut didapatkan masalah konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, gangguan emosional, perubahan lingkungan.

Analisa data yang kedua didasarkan atas data subjektif klien mengatakan sering terbangun di malam hari, tidur tidak teratur. Data objektif didapatkan klien tampak tidur di sela-sela waktu luang, wajah tampak lesu. Dari data subjektif dan objektif tersebut didapatkan masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Analisa data ketiga tidak didapatkan data subjektif, namun terdapat data objektif yaitu ketika berjalan, klien terlihat lemah dan usianya yang sudah hampir 70 tahun sehingga didapatkan masalah risiko intoleransi aktivitas ditandai dengan ketidakbugaran status fisik.

C. Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa pertama yaitu konstipasi b.d ketidakcukupan asupan serat, gangguan emosional, serta perubahan lingkungan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x7 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik. Dengan intervensi manajemen eliminasi fekal, monitor tanda dan gejala konstipasi, berikan air hangat setelah makan, sediakan makanan tinggi serat, lakukan masase abdomen, anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi, anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Diagnosa kedua, yaitu gangguan pada pola tidur b.d kurang kontrol tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur meningkat, keluhan sering terjaga meningkat, keluhan pola tidur berubah meningkat. Dengan intervensi dukungan tidur, identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, batasi waktu tidur siang, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal rutin, anjurkan menepati kebiasaan tidur.

Diagnosa ketiga yaitu risiko intoleransi aktivitas d.d ketidakbugaran status fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kecepatan berjalan meningkat, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, kemudahan aktivitas sehari hari meningkat. Dengan intervensi manajemen energi, identifikasi gangguan fungsi tubuh kelelahan, sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, lakukan latihan rentang gerak aktif/ pasif, berikan distraksi menyenangkan, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

D. Implementasi Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan prioritas diagnosa masalah, implementasi dilakukan pada 22-24 Desember 2022. Pada hari Kamis 22 Desember pukul 08.00 dilakukan implementasi diagnosa pertama memonitor tanda dan gejala konstipasi. Data subjektif klien mengatakan stress dan rindu dengan anak istrinya, klien juga mengatakan jangan makan makanan berserat. Data objektif didapatkan perut klien terlihat kembung dan keras. Pada pukul 09.00 dianjurkan meningkatkan aktivitas fisik seperti olahraga pagi, klien mengatakan besok akan mencoba mengikuti senam pagi, klien tampak mengangguk. Pada pukul 09.05 dianjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung serat tinggi seperti buah pisang, dianjurkan meningkatkan asupan cairan, respon klien mengatakan tidak terlalu suka pisang sering minum air hangat. Menyediakan makanan tinggi serat berupa nasi, sayur nangka dan telur rebus serta memberikan air hangat yang diminum setelah makan, respon klien makan dan minum yang dihabiskan. Selanjutnya, pada jam 12.00 melakukan massage abdomen. Data subjektif klien mengatakan bersedia dilakukan massage abdomen dan merasa nyaman setelah dilakukan massage abdomen. Data objektif yang didapatkan klien tampak relaks ketika dilakukan massage abdomen.

Diagnosa kedua, mengidentifikasi pola aktivitas tidur. Data subjektif klien mengatakan sering terjaga di malam hari. Data objektif klien terlihat banyak duduk dan sering menguap. Pada pukul 08.10 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur klien mengatakan stres indu dengan istri dan anaknya. Selanjutnya memberikan batas waktu tidur siang hanya 2 jam/hari, menerapkan jadwal tidur rutin dan dianjurkan untuk menepati kebiasaan tidur, respon klien menerima semua anjuran tersebut. Selanjutnya pada jam 12.10 memfasilitasi penghilang stres sebelum tidur dengan teknik nafas dalam. Data subjektif klien mengatakan sangat nyaman. Data objektif klien tampak relaks.

Diagnosa ketiga, pada pukul 08.15 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh. Data subjektif klien mengatakan tubuh terasa lelah karena faktor usia

yang sudah tua. Data objektif klien berusia 68 tahun. Pada pukul 08.20 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, klien menerima anjuran. Selanjutnya pada pukul 09.35 melakukan latihan rentang gerak aktif seperti jalan ditempat, gerakan leher dan tangan). Data objektif didapatkan klien tampak kooperatif dan mengikuti instruksi aba-aba. Pada jam 10.00 memberikan distraksi dengan mendengarkan murotal, klien mengatakan merasa nyaman dan tenang, klien tampak relax.

Implementasi hari jumat 23 desember 2023 jam 07.30 menyediakan makanan tinggi serat yaitu nasi, sayur bayam, dan ayam serta memberikan air hangat setelah makan, respon klien mengatakan makanannya enak srta menghabiskannya. Pada jam 11.50 Melakukan kembali masage abdomen. Data subjektif klien mengatakan kemarin sudah bisa BAB. Data objektif didapatkan perut klien ketika di palpasi tidak sekeras hari sebelum nya. Selanjutnya pada diagnosa kedua pukul 12.15 melakukan kembali memfasilitasi penghilang stres sebelum tidur dengan teknik nafas dalam. Data subjektif klien mengatakan sangat nyaman. Data objektif klien tampak relaks. Pada pukul 10.00 melakukan latihan rentang gerak aktif seperti jalan ditempat, gerakan leher, tangan dan kaki. Data objektif klien tampak kooperatif serta mengikuti aba aba. Pada pukul 12.00 memberikan distraksi dengan mendengarkan murotal, respon subjektif klien mengatakan merasakan nyaman dan tenang, respon objektif klien tampak relax.

Implementasi hari sabtu 24 desember 2022 jam 12.00 melakukan kembali memfasilitasi penghilang stress sebelum tidur ddengan teknik naas dalam. Data subjektif klien mengatakan sangat nyaman. Data objektif yang didapat klien mulai tidur dengan pola yang teratur sesuai jadwal. Pada pukul 09.00 kembali melakukan latihan rentang gerak aktif seperti jalan ditempat, gerakan leher, tangan dan kaki. Data subjektif yang didapat yaitu klien mengatakan selama 3 hari ini merasa lebih bugas. Data objektif klien tampak kooperatif serta mengikuti aba aba dengan baik. Pada pukul 11.50 kembali memberikan distraksi berupa mendengarkan murotal, respon subjektif klien

merasa nyaman dan relax, respon objektif klien tampak khusyuk mendengarkan.

E. Evaluasi/Catatan Perkembangan

Evaluasi dilakukan pada tanggal 22 Desember 2022 pada pukul 14.00. diagnosa pertama, data subjektif mengatakan sudah 1 pekan klien tidak bisa BAB, stress, rindu ingin berkumpul bersama dengan anak dan istri, kurang makan makanan yang berserat. Data objektif yang didapatkan, klien tampak buncit, teraba keras dan penuh. Maka penulis menyimpulkan masalah belum teratasi, masih perlu melanjutkan beberapa intervensi hingga keluhan berkurang/hilang. Evaluasi diagnosa kedua pada data subjektif klien mengatakan sering terbangun dimalam hari serta tidur tidak teratur. Data objektif yang didapatkan klien tampak tidur disela waktu luang serta terlihat lesu, disimpulkan masalah belum teratasi sehingga masih perlu melanjutkan beberapa intervensi. Evaluasi diagnosa ketiga, data subjektif klien mengatakan lelah dikarenakan usia yang sudah tua. Data objektif terlihat dari cara berjalan klien yang perlahan dan berhati hati. Masalah belum teratasi sehingga perlu melanjutkan beberapa intervensi hingga keadaan membaik.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 23 Desember 2022 pukul 14.00. Diagnosa pertama didapatkan data subjektif klien sudah bisa BAB setelah beberapa saat dilakukan abdominal masage. Data objektif yang didapat yaitu perut klien teraba kosong atau tidak keras dan penuh seperti sebelumnya.maka disimpulkan masalah teratasi sehingga intervensi dihentikan. Diagnosa kedua didapatkan data subjektif klien mengatakan tidurnya nyeyak namun pada data objektif klien masih terlihat lesu, kesimpulannya masalah teratasi sebagian sehingga masih perlu melanjutkan beberapa intervensi hingga keluhan tidak dirasakan.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 24 Desember 2022 pukul 14.00. Diagnosa pertama didapatkan data subjektif klien mengatakan tidur malamnya terasa nyenyak, data objektif yang didapat klien mulai tidur

dengan teratur, masalah teratasi sehingga intervensi dihentikan. Diagnosa kedua didapatkan data subjektif klien mengatakan tubuhnya melemah dikarenakan usianya yang sudah tua, pada data objektif klien terlihat sedikit energik dari hari biasanya. Masalah teratasi sebagian dan intervensi dihentikan



BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn. Z dengan masalah keperawatan utama Konstipasi di Bangsal Gardenia RPSLU Pucang Gading Semarang yang dilaksanakan pada 22-24 Desember 2022. Pembahasan ini terdiri dari pengkajian keperawatan, analisis data keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Langkah awal dalam sebuah proses keperawatan adalah pengkajian, tanpa adanya pengkajian seorang perawat tidak dapat menentukan diagnosa dan intervensi apa yang ingin dilaksanakan. Pengkajian yang baik dan benar akan menghasilkan diagnosa yang sesuai dengan keadaan klien serta intervensi yang tepat untuk masalah keperawatan tersebut. Pengkajian yang baik dapat membangun kedekatan serta kepercayaan klien terhadap perawat. Pada pengkajian gerontik ini dilakukan dengan cara wawancara untuk mendapatkan data subjektif klien serta melakukan pengamatan terhadap diri maupun lingkungan sekitar klien guna mendapatkan data objektif. Pengkajian ini bertujuan untuk menggali masalah apa yang ada pada klien seperti status kesehatan, kemampuan serta keterbatasan yang ada pada klien.

Proses pengkajian ini dilakukan pada 22 Desember 2022 pukul 08.00 WIB. Klien mengatakan semenjak pindah ke RPSLU Pucang Gading Semarang, belum ada BAB hingga hari ini (terhitung satu pekan jarak antara perpindahan klien dengan waktu pengkajian) klien juga mengatakan merasa stress karena rindu dengan istri dan anaknya. Cahyono (2014) mengatakan bahwa dalam keadaan stress tubuh akan melepaskan hormon epinefrin yang menyebabkan munculnya respon *fight or flight*, akibatnya tubuh akan mengalirkan darah dari usus ke organ vital seperti jantung, paru-paru dan

otak. Akibatnya peristaltik usus dapat melambat dan menyebabkan konstipasi. Dilihat dari faktor lain seperti makanan yang disajikan jarang mengandung serat, padahal makanan mengandung serat yang cukup dapat membantu pada proses pencernaan. Ketika dilakukan pengkajian abdomen tampak perut klien yang membuncit, teraba keras atau distensi abdomen, hasil suara perkusi pekak, peristaltik usus sebanyak 4 kali permenit. Disimpulkan bahwa, dari data subjektif dan objektif tersebut maka muncul masalah konstipasi.

Klien mengatakan baru dipindahkan dari Solo ke Pucang Gading Semarang sekitar satu pekan yang lalu, klien merasa tidak nyaman dan harus beradaptasi sehingga kesulitan untuk tidur, terkadang saya teringat anak istri di rumah lalu sering terbangun pada malam hari, dan baru tidur lagi pagi atau siang (tidak menentu), klien tampak sering menguap ketika dilakukan pengkajian, terlihat lebih dari 10 orang dalam satu ruangan, bau ruangan tidak sedap, peralatan tidur yang seadanya. Semakin bertambahnya usia juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas tidur lansia. (A. Prayitno, 2018). Sehingga masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan pola tidur.

Pengkajian selanjutnya didapatkan data subjektif bahwa klien memiliki riwayat penyakit asma yang terakhir kali muncul pada tahun 2022, namun pada data fokus tidak dituliskan demikian, hanya data objektif berupa usia klien yang hampir mencapai 70 tahun, terlihat cara berjalan pasien yang lambat. Klien tidak memiliki riwayat tekanan darah tinggi, stroke, gagal jantung dan demensia. Dilihat dari hasil pengkajian indeks katz klien masih dalam kategori mandiri. Pengkajian status mental SPSMQ klien masih memiliki fungsi intelektual yang utuh. Dari hasil pengkajian wawancara ini data yang diperoleh sangat kurang, seharusnya PM ditanya apakah sebelumnya memiliki riwayat intoleransi aktivitas dan tidak ada bukti nyata seperti surat keterangan pernah mengidap asma atau semacamnya, sehingga masalah keperawatan risiko intoleransi aktivitas seharusnya tidak diangkat.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, gangguan emosional, perubahan lingkungan. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) menjelaskan bahwa konstipasi ialah penurunan defekasi normal yang disertai sulit dalam mengeluarkan feses, tidak tuntas, kering dan banyak. Penyebabnya bisa dari faktor fisiologis, psikologis dan situasional. Tanda dan gejala BAB kurang dari dua kali sepekan, sulit mengeluarkan feses, konsistensi feses yang keras, penurunan peristaltik usus, mencejan saat buang air besar, distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal. Berdasarkan hasil pengkajian dengan tanda gejala yang disebutkan diatas, sudah sesuai dengan data klien. Maka konstipasi diangkat menjadi diagnosa utama. Konstipasi merupakan termasuk ke dalam salah satu diagnosis aktual, yang artinya harus segera ditangani, jika dibiarkan dapat terjadi komplikasi.

Diagnosa Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) menjelaskan, gangguan pola tidur ialah gangguan pada kuantitas dan kualitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Penyebabnya bisa dari lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi, restrain fisik, tidak adanya teman tidur, dan asing dengan peralatan tidur. Tanda dan gejalanya yaitu mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidur tidak puas, pola tidur berubah-ubah, tidak cukup istirahat, dan kemampuan dalam beraktivitas menurun. Gangguan pola tidur ini adalah diagnosa kedua yang diangkat, dari data hasil pengkajian sinkron dengan tanda dan gejala yang dialami oleh klien.

Diagnosa Risiko Intoleransi Aktivitas, berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) Risiko intoleransi aktivitas yaitu adanya risiko bagi klien mengalami ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas nya sehari-hari. Beberapa faktor risiko yaitu klien dengan gangguan sirkulasi, ketidakbugaran status fisik, riwayat intoleransi aktivitas

sebelumnya, tidak adanya pengalaman mengenai aktivitas tertentu dan gangguan pernapasan. Risiko intoleransi aktivitas ditandai dengan ketidakbugaran status fisik, jika masalah keperawatan ini tetap ditegakkan berdasarkan pengkajian bahwa klien mengatakan memiliki riwayat asma, maka perlu ditambahkan adanya faktor risiko gangguan pernapasan. Dalam hal ini penanganan yang dapat dilakukan terkait riwayat asma yang dialami klien antara lain memantau kondisi klien secara berkala, memberikan edukasi kepada klien dan keluarganya mengenai asma serta cara mengatasi serangan asma. Kolaborasi dengan tim medis lainnya, seperti dokter dan fisioterapis, untuk merencanakan dan melaksanakan intervensi yang sesuai untuk klien dengan risiko intoleransi aktivitas juga dapat dilakukan. Penting pula untuk memantau adanya gejala intoleransi aktivitas pada klien, seperti kelelahan, nyeri dada, dan sesak napas, serta membantu aktivitas fisik dengan aman dan efektif.

C. Intervensi Keperawatan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) intervensi keperawatan yaitu segala jenis terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan ilmu pengetahuan serta penilaian klinis untuk mencapai kesembuhan, peningkatan, pencegahan pada individu, keluarga maupun komunitas.

Perencanaan pada diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, gangguan emosional, dan perubahan lingkungan. Manajemen eliminasi fekal dilakukan 2x7 jam dengan harapan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi menurun, konsistensi feses dan frekuensi defekasi membaik. Tujuan dan kriteria hasil yang direncanakan telah sesuai dengan SLKI (PPNI, 2016). Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala konstipasi, berikan air hangat setelah makan, anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai toleransi, anjurkan dan sediakan

makan-makanan yang mengandung serat tinggi, dan anjurkan meningkatkan asupan cairan. Intervensi manajemen eliminasi fekal tersebut kurang tepat, berdasarkan jurnal media keperawatan, Mahmud (2019) menjelaskan bahwa eliminasi fekal ialah proses pengeluaran sisa-sisa metabolisme tubuh melalui anus. Dalam kasus diare terjadi perubahan pola eliminasi fekal, hal ini menunjukkan manajemen eliminasi fekal kurang spesifik untuk masalah konstipasi.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) intervensi utama konstipasi selain manajemen eliminasi fekal, yaitu manajemen konstipasi yang memiliki definisi pengelolaan, pencegahan dan mengatasi masalah impaksi. Intervensi tersebut lebih tepat di gunakan pada klien konstipasi dengan beberapa tindakan yang sesuai dengan keluhan yaitu periksa tanda dan gejala sembelit, periksa pergerakan usus, identifikasi faktor risiko konstipasi, anjurkan diet tinggi serat, lakukan pijat abdomen, berikan enema/irigasi, anjurkan asupan meningkatkan kebutuhan cairan, latih buang air besar secara teratur, dan pemberian obat pencahar jika diperlukan. Meskipun pijat abdomen tidak termasuk dalam manajemen eliminasi fekal, namun pada asuhan keperawatan konstipasi pada Tn. Z telah direncanakan untuk melakukan pijat abdomen.

Perencanaan pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dukungan tidur selama 3x7 jam dengan harapan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur meningkat, keluhan sering terjaga meningkat, dan keluhan pola tidur berubah meningkat. Tujuan dan kriteria hasil yang direncanakan telah sesuai dengan SLKI (PPNI, 2016). Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu identifikasi pola dan aktivitas tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi faktor makanan dan minuman yang mengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, batasi waktu tidur siang, berikan fasilitas penghilang stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, dan anjurkan untuk menepati kebiasaan tidur.

Perencanaan dengan diagnosa risiko intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi dilakukan 3x7 jam dengan harapan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kecepatan berjalan meningkat, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, dan kemudahan aktivitas sehari-hari meningkat. Tujuan dan kriteria hasil yang direncanakan telah sesuai dengan SLKI (PPNI, 2016). Dalam hal ini rencana keperawatan yang dibuat yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh kelelahan, sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus, monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif, serta pemberian distraksi yang menyenangkan. Jika yang terjadi risiko intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan gangguan pernapasan maka perlu menambah intervensi latihan pernapasan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 22-24 Desember 2022 untuk menangani diagnosa keperawatan yang telah diprioritaskan. Tindakan yang dilakukan meliputi identifikasi dan manajemen faktor risiko, intervensi keperawatan, serta evaluasi dan pemantau atau pengawasan hasil tindakan (Arif, 2015).

1. Konstipasi

Implementasi memonitor tanda dan gejala konstipasi, data subjektif klien mengatakan stress rindu dengan anak istrinya, jarang makan makanan berserat. Data objektif tampak perut klien kembung dan keras saat di palpasi. Respon lain yang seharusnya dimunculkan dalam data subjektif atau objektif yaitu klien mengatakan belum ada BAB sekitar sepekan semenjak pindah ke RPSLU Pucang Gading Semarang, peristaltik yang didapatkan yaitu 4x/menit. Observasi lain yang perlu di tambahkan bisa menanyakan kepada klien apakah sebelumnya ada menggunakan obat pencahar atau obat obatan lain yang berefek pada sistem pencernaan.

Implementasi menyediakan makanan tinggi serat, makanan yang tersedia pada hari tersebut yaitu nasi, sayur nangka dan telur rebus, respon

klien menghabiskan makanan yang telah tersaji. Tabel komposisi pangan Indonesia (2019) menyebutkan bahwa sayur nangka atau nangka muda terdapat kandungan serat yang sangat tinggi, hal ini dapat membantu memperlancar sistem pencernaan dan membantu membersihkan usus. Ditambah dengan adanya menu tambahan berupa buah buahan sudah cukup dalam memenuhi serat pangan dalam tubuh. Implementasi selanjutnya memberikan air hangat setelah makan.

Implementasi melakukan pijatan abdomen menggunakan minyak telon dengan 6 gerakan (Rachmawaty, 2018).

- a. Gerakan telapak tangan ke bagian bawah perut dan ke atas, dan diulang sebanyak 5 kali.
- b. Gerakan telapak tangan melingkar di atas perut, dan diulang sebanyak 5 kali.
- c. Gerakan memijat seperti mengulek dengan tangan dikepal dari atas ke bawah perut kanan dan kiri, dan diulang sebanyak 2 kali.
- d. Gerakan memijat dari perut kanan ke kiri, dan diulang sebanyak 5 kali.
- e. Gerakan menggetarkan perut dengan telapak tangan.

Implementasi ini tidak terdapat pada manajemen eliminasi fekal namun terdapat pada manajemen konstipasi.

Implementasi menganjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik berupa olahraga atau senam pagi, data subjektif klien mengatakan besok akan mencoba mengikuti senam pagi. Aktivitas fisik yang tinggi dapat merangsang tonus otot abdomen sehingga peristaltik bekerja lebih dari biasanya dan ini memudahkan proses kelancaran defekasi (Sari, 2017). Selanjutnya menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat seperti buah pisang yang sering di sajikan, namun klien mengatakan dirinya tidak menyukai pisang, padahal makanan tinggi serat sangat membantu dalam proses pencernaan atau melunakkan konsistensi feses. Jika klien tidak menyukai pisang bisa diganti dengan buah lain yang juga mengandung tinggi serat seperti pepaya. Edukasi selanjutnya yaitu

menganjurkan meningkatkan asupan cairan, data subjektif klien mengatakan sering minum air hangat. Mengonsumsi air putih yang teratur dan cukup setiap hari dapat membantu memperlancar kebiasaan buang air besar (Tilong 2015). Asupan cairan yang dianjurkan adalah minum air putih dengan frekuensi lebih sering dari biasanya atau 30ml/KgBB.

Implementasi yang tidak dilakukan dalam manajemen eliminasi fekal yaitu kolaborasi pemberian obat supositoria anal, dikarenakan keterbatasan wewenang dalam memberikan obat. Implementasi yang perlu dilakukan dalam diagnosa ini yang terdapat dalam manajemen konstipasi yaitu perlunya mengidentifikasi faktor risiko konstipasi, berikan enema atau irigasi, latih buang air besar secara teratur.

2. Gangguan Pola Tidur

Implementasi yang pertama ialah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, data subjektif yang didapatkan klien mengatakan sering terbangun pada malam hari dan data objektif menunjukkan klien sehari-harinya hanya duduk di teras. Ketika mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, klien mengatakan stress rindu dengan istri dan anaknya, klien terlihat lemas dan kurang tidur. Hal ini termasuk kedalam gangguan tidur secara psikologis, sehingga perlu adanya ketenangan jiwa. Selain kedua observasi tersebut, perlu ditambahkan observasi lain seperti adakah makanan atau minuman yang menghambat tidur klien, apakah ada obat tidur yang dikonsumsi yang mengakibatkan klien sulit tidur, agar memperkuat implementasi selanjutnya.

Terapeutik yang dilakukan yaitu memberikan batas waktu tidur siang. *Journal of the American Geriatrics Society*, menyarankan waktu tidur yang baik untuk lansia sekitar 30-90 menit, durasi yang terlalu lama akan berdampak buruk pada kognitif otak lansia. Sehingga batas waktu tidur siang yang di jadwalkan kepada klien hanya 2 jam per hari dimulai sejak jam 1 siang serta menganjurkan untuk tetap konsisten dalam menepati kebiasaan tidur. Menetapkan jadwal tidur rutin juga dilakukan

ketika tidur di malam hari, bekerja sama dengan klien untuk mengikuti jadwal yang telah dibuat.

Terapeutik selanjutnya yaitu memfasilitasi penghilang stres sebelum tidur dengan teknik nafas dalam. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Hendraman (2020) teknik napas dalam efektif terhadap kualitas tidur lansia atau bisa menggunakan teknik relaksasi benson. Terapi relaksasi benson dapat menghilangkan berbagai macam pikiran yang mengganggu seperti stres, susah tidur, penyakit darah tinggi, dan sakit kepala. Terapi ini dapat membantu orang menjadi lebih relaks (Rahman, 2019). Implementasi yang telah dilakukan dengan teknik napas dalam selama 3 hari sudah cukup meningkatkan kualitas tidur klien. Lebih baik lagi jika ditambahkan memodifikasi lingkungan seperti meredupkan pencahayaan saat tidur, matras yang nyaman, serta minim kebisingan.

3. Risiko Intoleransi Aktivitas

Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, respon klien mengatakan merasa cepat lelah karena sudah tua, umur klien yaitu 68 tahun. Hal ini sangat normal dikarenakan fungsi tubuh lansia yang sudah menurun. Selain itu, pada tindakan observasi perlu memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama beraktivitas.

Implementasi selanjutnya yaitu menyediakan lingkungan yang nyaman serta rendah stimulus, hal ini dapat membuat klien relaks dan meningkatkan energi, didukung dengan melakukan distraksi dengan mendengarkan lantunan ayat suci Al-Quran. “Katakanlah, Al-Quran ialah petunjuk serta obat bagi orang-orang yang beriman” (QS.Fushshilat: 44). Al-Quran adalah mukjizat yang Allah berikan kepada Nabi Muhammad Shollallahu ‘alaihi wasallam yang bisa dirasakan hingga saat ini, disebutkan bahwa Al-Quran sebagai penyembuh, maka dengan mendengarkan murottal akan meningkatkan hormon endorfin, mengurangi

stres serta dapat meningkatkan imunitas tubuh sehingga terciptalah energi positif.

Implementasi yang dilakukan untuk manajemen energi selanjutnya yaitu dengan melakukan latihan rentang gerak aktif seperti jalan di tempat, gerakan memutar leher, dan memutar persendian tangan. Lansia yang terbiasa melakukan aktivitas, jauh lebih sehat dan kuat dibanding dengan lansia yang tidak pernah melakukan aktivitas sama sekali, selain itu olahraga dapat mengurangi kecemasan dan depresi. Perlu diperhatikan untuk lansia yang sebelumnya jarang melakukan aktivitas olahraga maka dianjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Pembahasan mengenai pengkajian dijelaskan bahwa diagnosa risiko intoleransi aktivitas seharusnya tidak diangkat namun implementasi ini tetap dilakukan selama 3 hari dan hanya sedikit memberikan perubahan pada keadaan klien.

E. Evaluasi Keperawatan

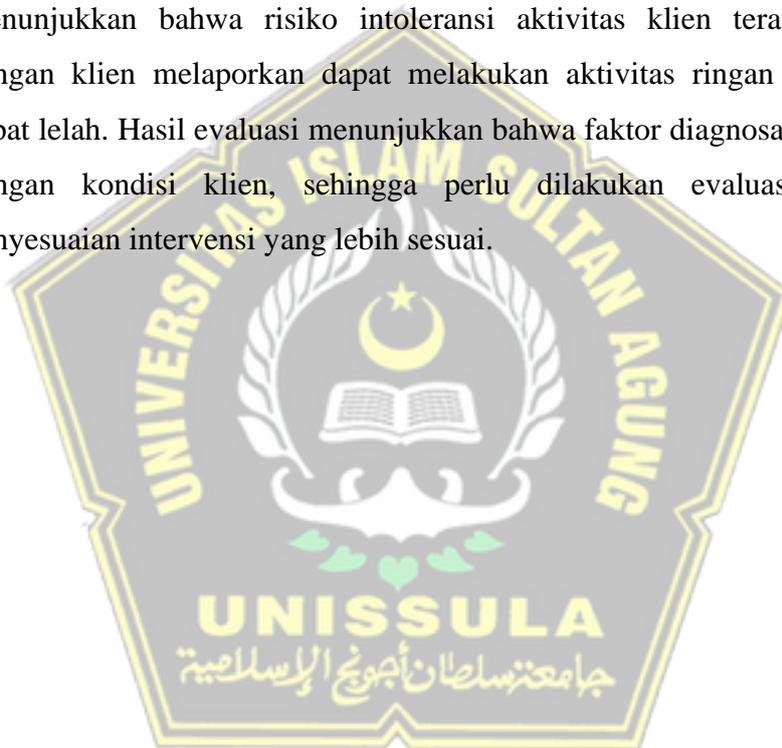
Evaluasi adalah tahap akhir dari proses pelaksanaan asuhan keperawatan untuk menilai suatu keberhasilan dalam memenuhi kebutuhan klien (Nurarif, 2015).

Evaluasi diagnosa konstipasi pada hari pertama konstipasi belum teratasi sehingga tetap melanjutkan intervensi sediakan makanan tinggi serat, pemberian air hangat setelah makan, dan melakukan pijatan abdomen. Evaluasi diagnosa utama ini hanya dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari dikarenakan konstipasi telah teratasi setelah hari kedua dengan data subjektif klien mengatakan sudah bisa BAB setelah dilakukan pijat perut pada hari kemarin. Selain itu didapatkan data objektif perut klien yang tampak lebih rata dari sebelumnya dan ketika dilakukan palpasi, teridentifikasi perut klien teraba kosong atau tidak ada benjolan.

Evaluasi diagnosa gangguan pola tidur pada hari pertama dan kedua adalah klien masih merasakan keluhan sehingga beberapa intervensi seperti

pemberian fasilitas penghilang stres sebelum tidur masih dilakukan hingga hari ke tiga. Evaluasi pada diagnosa ini dilakukan selama tiga hari dengan data subjektif di hari ketiga klien mengatakan tidurnya mulai nyenyak dan teratur, pada hari ketiga gangguan pola tidur dapat teratasi.

Evaluasi diagnosa risiko intoleransi aktivitas dilakukan selama 3 hari dengan memberikan intervensi berupa latihan rentang gerak aktif, mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an, dan menyediakan lingkungan yang nyaman serta rendah stimulus. Di hari ke-3, data subjektif dan objektif menunjukkan bahwa risiko intoleransi aktivitas klien teratasi sebagian, dengan klien melaporkan dapat melakukan aktivitas ringan tanpa merasa cepat lelah. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa faktor diagnosa kurang sesuai dengan kondisi klien, sehingga perlu dilakukan evaluasi ulang dan penyesuaian intervensi yang lebih sesuai.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Penulis menyimpulkan bahwa ketika pengkajian klien tidak memiliki penyakit serius saat ini, namun masalah yang sedang di alami dan paling dikeluhkan adalah masalah konstipasi, didukung dengan data subjektif dan objektif yang kuat.
2. Diagnosa yang awalnya tiga di pangkas menjadi dua dikarenakan data subjektif dan objektif yang kurang mendukung, sehingga diagnosa yang muncul hanya Konstipasi b.d ketidakcukupan asupan serat, gangguan emosional, perubahan lingkungan dan Gangguan Pola Tidur b.d hambatan lingkungan. Sedangkan diagnosa Risiko Intoleransi Aktivitas ditiadakan.
3. Berdasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Jurnal Ilmiah, intervensi utama yang dilakukan pada masalah konstipasi yaitu masage abdomen. Pada masalah gangguan pola tidur intervensi utama yang dilakukan yaitu memfasilitasi penghilang stress sebelum tidur dengan Relaksasi Benson dan menganjurkan klien menepati kebiasaan tidur
4. Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana yang telah di tetapkan. Implementasi utama pada Tn.Z dengan konstipasi yaitu melakukan masage abdomen dengan membalurkan minyak telon dan melakukan pijatan beberapa gerakan, didukung dengan makan makanan berserat serta menganjurkan untuk meminum air hangat setelah makan, sebab air hangat dapat manjadikan konsentrasi tinja lebih lunak (Prabandari, 2022)
5. Hasil evaluasi akhir pada klien Tn.Z, dengan diagnosa keperawatan konstipasi masalah teratasi dengan dua hari pemberian implementasi.

6. Dan untuk diagnosa gangguan pola tidur masalah teratasi dengan tiga hari pemberian implementasi dengan catatan klien harus konsisten menepati pola tidurnya.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menjadikan pembelajaran dalam kesalahan menentukan masalah keperawatan serta meningkatkan pengetahuan untuk memberikan asuhan keperawatan selanjutnya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan dan pedoman dalam meningkatkan ilmu pengetahuan terutama dalam bidang keperawatan serta sebagai bahan pembelajaran dalam menambah informasi mengenai asuhan keperawatan

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat kepada klien, menyusun dan melakukan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien agar masalah yang ada pada klien dapat teratasi.

4. Bagi Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia

Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia diharapkan mampu mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan serta perawatan para lansia dengan baik agar taraf hidup lansia meningkat.

5. Bagi Masyarakat

Diharapkan pengetahuan masyarakat dapat meningkat dalam masalah kesehatan atau suatu penyakit serta mampu memberikan perawatan yang tepat kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Prayitno. 2018. Gangguan pola tidur pada kelompok usia lanjut dan penatalaksanaannya. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(1), 23–30.
- Asrori, N., Putri, O. 2014. *Panduan Perawatan Pasien Dementia di Rumah*. Malang: Umm Press.
- Aziz, I., Whitehead, W.E., Palsson, O.S., Tornblom, H., Simren, M. 2020. “An Approach to the Diagnosis and Management of Rome IV Functional Disorders of Chronic Constipation”. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 14(1):39-46.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Tengah. 2019. “Profil Lansia Provinsi Jawa Tengah”. Jawa Tengah : Badan Pusat Statistic.
- Cahyono, SB. 2014. *Tata laksana klinis di bidang gastro dan hepatologi*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dinarti & Mulyati, Y. 2017. *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Festi, P. 2018. *Buku ajar lansia*. Surabaya: UMSurabaya Publishing.
- Juananda, D., Febriantara, D. 2017. “Inkontinensia pada Lanjut Usia”. *Jurnal Kesehatan Melayu*; 1(21) 376-384.
- Kemenkes RI. 2017. “Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia”. Jakarta: Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2019. “Tabel Komposisi Pangan Indonesia”. Jakarta: Buletin Jendela data dan Informasi Kesehatan.

- Kurniawan A. 2022. Komplikasi sembelit yang harus diwaspadai begini cara mencegahnya. (31 Agustus 2022). Merdeka.com, hal 2-3.
- Kusumo, M. P. 2020. *Buku Lansia*. (November). Jakarta: Interna Publishing.
- Mahmud, R. 2019. *Penerapan Asuhan Keperawatan pasien Diare dalam Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi*. Jurnal Media Keperawatan, 10 (2),2
- Muzal. 2017. *Manfaat Terapi Pijat pada Konstipasi Kronis Anak*. Sari Pediatri, 12(5), 342.
- Nasullah, D. 2016. *Buku ajar keperawatan gerontik edisi 1, dengan pendekatan asuhan keperawatan NANDA 2015 - 2017 NIC dan NOC*. Jakarta: TIM.
- Nurarif .A.H. dan Kusuma .H. 2015. *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda NIC-NOC*. Jogjakarta: Mediation Publishing.
- Nurfatimah, R., Sulastri, MS., Jubaedah, Y. 2017. *Perancangan Program Pendampingan Lanjut Usia Berbasis Home Care di Posbindu Kelurahan Geger Kalong*. 3(2),1-9.
- Pahria, T. 2021. “Perilaku Pencegahan Konstipasi pada Lansia di Panti Sosial Rehabilitasi Lanjut Usia”. *Holistik Jurnal Kesehatan*; 15(3), 534-545.
- PGI. 2019. *Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia (Revisi 2019)*. Jakarta: Perkumpulan Informasi dan Penerbitan Interna.
- Rahman, HF., Handayani, R.,Sholehah, B. 2019. *Pengaruh Terapi Relaksasi Benson Terhadap Kualitas Tidur Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bondowoso*. Jurnal SainHelth, 3(1), 18 .
- Rudy, A., Setyanto, RB. 2019. “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Risiko Jatuh pada Lansia”. *Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*; 5(2), 162-166.

- Sari, ADK., Wirjatmadi, B. 2017. *Hubungan aktivitas fisik dengan kejadian konstipasi pada lansia di kota Madiun*. Surabaya : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Solikhah, NI. 2021. "Hubungan Antara Pola Konsumsi dan Aktivitas Fisik dengan Status Gizi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*; edisi ? Diakses dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=123502&val=5543>
- Sudiono, J. 2014. *Sistem Kekebalan Tubuh*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, dkk. 2014. *Buku Ajar Penyakit Dalam Jilid III Edisi IV*. Jakarta: Interna Publishing.
- Sulidah., Susilowati. 2017. "Pengaruh Tindakan Pencegahan terhadap Kejadian Dekubitus pada Lansia Imobilisasi". *Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*; 15(3), 161-171.
- Supriadi, S.Ag., M. P. 2015. *Lanjut Usia dan Permasalahannya*. Jurnal PPKn dan Hukum.
- Tilong, AD. 2015. *Dahsyatnya Air Putih*. Yogyakarta: Flashbooks.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- TIM POKJA SIKI DPP PPNI. 2016. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan keperawatan*. 1 ed. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- TIM POKJA SLKI DPP PPNI. 2016. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1 ed. ed. TIM POKJA SLKI DPPPNI. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Utomo, AS. 2019. *Status Kesehatan Lansia Berdayaguna*. Surabaya: Media Sahabat Cendekia.

