

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Gambaran lokasi penelitian**

Di UPTD Griya Wreda sendiri merupakan unit pelayanan yang bertugas untuk menampung dan memberikan hunian bagi para lansia (lanjut usia) yang terlantar di Surabaya. Prioritas utama UPTD ini yakni lansia diatas 60 tahun, dikategorikan miskin, terlantar, dan tidak punya keluarga. Alamat UPTD Griya Werdha Surabaya bertempat di jalan Medokan Asri Barat X Blok N-19 Surabaya Kode pos 62295. Mempunyai 6 perawat, 3 satpam, 4 cleaning servise, 2 membantu masak, Terdiri dari 13 kamar, 77 tempat tidur, 26 kamar mandi, 1 ruang makan, 1 ruang santai, 1 Ruang perawat, 1 Ruang dapur, 1 mobil ambulance.

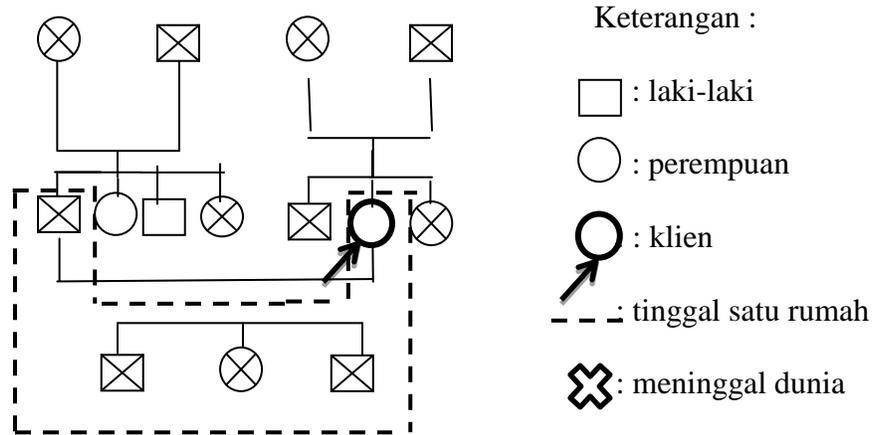
##### **4.1.2 Pengkajian Pasien 1**

###### **1. Data Biografi**

Ny.M, alamat Patemon 253 Surabaya, umur 80 tahun (*Old*), jenis kelamin perempuan status janda, agama islam, suku bangsa Jawa Indonesia, tingkat pendidikan tidak tamat SD. Lama tinggal dipanti <1tahun, sumber pendapatan tidak ada karena pasien tinggal dipanti, keluarga yang dapat dihubungi tidak ada, riwayat pekerjaan ibu rumah tangga, Tanggal pengkajian 18 juli 2016 pukul 08:00 wib dan sumber informasi dari klien dan perawat panti.

## Riwayat Keluarga

Genogram :



Gambar 4.1 Genogram Klien pertama

## 2. Riwayat Rekreasi

Klien memiliki hoby bernyanyi dan liburan atau perjalanan pasien tidak pernah berlibur atau melakukan perjalanan jauh hanya di kamar saja.

## 3. Riwayat Kesehatan

### 1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengeluh bahwa dirinya sering buang air kecil.

## 2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengeluh pada 3 bulan yang lalu merasakan pusing dan batuk, karena faktor usia.

## 3. Penyakit yang diderita dalam 3 bulan terakhir

Pasien tidak menderita penyakit apa-apa selama 3 bulan terakhir.

## **4. Pemeriksaan Fisik**

### 1. Tanda-tanda vital dan status gizi :

Suhu 36,7° C, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Nadi 86x/menit, Respirasi 22x/menit, Berat Badan 36kg, Tinggi Badan 157cm.

### 2. Pengkajian Head to Toe :

#### a. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, rambut tidak ada (dipotong gundul), dan pasien mengeluh pusing.

#### b. Mata

Konjungtiva tidak anemis, strabismus tidak ada, penglihatan jelas, penggunaan kacamata tidak ada, peradangan tidak ada, riwayat katarak tidak ada, dan tidak ada keluhan pada mata.

c. Hidung

Hidung simetris, penciuman tidak terganggu.

d. Mulut dan Tenggorokan

Kebersihan baik, mukosa lembab, peradangan/stomatitis tidak ada, gigi berkurang, radang gusi tidak ada, kesulitan mengunyah tidak ada, dan tidak ada kesulitan menelan.

e. Telinga

kebersihan daerah telinga baik, pendengaran tidak terganggu, dan tidak ada keluhan lainnya.

f. Leher

tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

g. Dada

Bentuk dada normal chest, frekuensi pernafasan 22x/menit, tidak ada suara ronchi, tidak ada wheezing.

h. Abdomen

Bentuk flat, ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada kembung, bising usus normal 18x/menit. Tidak ada massa.

i. Genetalia

Kebersihan cukup, tidak ada luka kulit.

j. Ekstremitas

Kekuatan Otot : 5 (melawan gravitasi dengan kekuatan penuh)

Postur tubuh : tegap (normal)

Rentang Gerak : maksimal

Deformitas : tidak ada

Tremor : tidak ada

Edema kaki : tidak ada

Tidak menggunakan alat bantu jalan.

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	+
Achilles	+	+

Keterangan :

**Refleks (+) : normal**

Refleks (-) : menurun/meningkat

#### k. Integumen

Kebersihan baik, kelembaban lembab, tidak ada gangguan pada kulit.

### 3. Pengkajian Psikososial

Pasien mengatakan hanya sebatas kenal dengan teman didalam wisma dan tidak menganal orang lain di luar wisma, kebiasaan pasien berinteraksi atau melakukan kegiatan bersama teman satu wisma klien mengatakan jarang , pasien memiliki stabilitas emosi yang stabil karena pasien jika di ajak mengobrol selalu merespon dengan baik, pasien mampu memotivasi dirinya sendiri.

### 4. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

#### 1. Kebiasaan Merokok

Pasien tidak pernah merokok

#### 2. Pola Pemenuhan Nutrisi

Pasien mengalami nafsu makan baik, pasien makan 3x sehari, makanan 1 porsi yang dihabiskan, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe.

#### 3. Pola Pemenuhan Cairan

Pasien minum air putih >3 gelas setiap hari.

#### 4. Pola Kebiasaan Tidur dan Istirahat

Pasien tidur <4 jam setiap hari, tidur nyenyak.

#### 5. Pola Eliminasi BAB

Pasien BAB 2x/ sehari, dengan konsistensi lembek, dan tidak ada gangguan waktu BAB.

#### 6. Pola Eliminasi BAK

Pasien BAK 4-6x/ dalam 4 jam dengan jumlah urin  $\pm$  1000 cc, warna urin kuning jernih, bau khas, baju pasien terlihat basah daerah pantat pasien, kulit daerah genitalia lembab, terlihat urin bercecer di lantai, terlihat pasien tidak mampu menahan BAK dari tempat tidur ke kamar mandi, gangguan BAK Inkontinensia urin.

#### 7. Pola Aktivitas

Aktivitas pasien di panti ketrampilan tangan.

#### 8. Pola Pemenuhan Kebersihan Diri

Pasien mandi 3x/ sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi, berganti pakaian >2x/ sehari.

#### 9. Pola Sensori dan Kognitif

Kelima panca indera pasien normal tidak ada masalah, ada pemeriksaan rutin seperti (cek gda, asam urat, kolesterol).

### **5. Data Penunjang**

1. laboratorium : Tidak ada
2. Radiologi : Tidak ada
3. EKG : Tidak ada
4. CT-Scan : Tidak ada
5. Obat- Obatan : Tidak ada

## **6. Pengkajian INDEKS KATZ ( Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari )**

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

## **7. Pengkajian Kemampuan Intelektual**

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner )

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ pasien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 5 dan jawaban yang salah 5. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual kerusakan ringan.

## **8. Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif**

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien ada gangguan kognitif sedang. Pasien dengan jawaban yang benar 21 dan jawaban yang salah 9 , dapat diambil kesimpulan mengalami gangguan kognitif sedang.

## **9. Pengkajian Inventaris Depresi Beck untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck & Deck (1972)**

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien depresi sedang. Total penilaiannya pasien adalah 10 dalam batas depresi sedang antara (8-15)

## **ANALISA DATA**

Tanggal 18 Juli 2016

### **1. Data Subyektif :**

Pasien mengatakan sering BAK, dalam 4 jam pasien BAK sebanyak 4 kali.

### **2. Data Objektif :**

- Baju pasien terlihat basah
- Kulit daerah genitalia lembab
- Adanya nyeri tekan daerah kandung kemih
- Terlihat urin pasien bercecer di lantai
- Bau khas urin, warna urin kuning jernih
- Terlihat pasien tidak mampu menahan BAK untuk ke kamar mandi
- Tidak ada gangguan pada kulit bagian genitalia
- INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

### **Masalah :**

Inkontinensia Urin

## **Intervensi Keperawatan**

**Tanggal 18 Juli 2016**

**1. Diagnosa :** Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

**Tujuan perawatan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 5x24 jam pasien mampu mengendalikan eliminasi urin dari kandung kemih.

### **Kriteria Hasil :**

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

### **Intervensi :**

1. Bina hubungan saling percaya

Rasional : untuk membina hubungan saling percaya kepada pasien

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel

Rasional : untuk menguatkan dan melatih otot panggul guna mengurangi inkontinensia urin

3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

Rasional : untuk menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola berkemih dan rutinitas yang biasanya, misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Rasional : untuk memantau tingkat distensi kandung kemih melalui palpasi dan perkusi

5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Rasional : agar tidak terjadi infeksi pada daerah genitalia

6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Rasional : untuk menangani lansia yang mengalami masalah dengan inkontinensia urin

### **Implementasi :**

**Tanggal 18 Juli 2016**

Jam 09.00

1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik

Respon : Pasien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik.

Jam 09.30

2. Mengaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 10.30

3. Menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

Respon : Pasien kooperatif , dan pagi dari jam 08.00-10.00 pasien sudah  
BAK  $\pm$  3 kali

Jam 11.00

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genitalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 12.00

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

### **Tanggal 19 Juli 2016**

Jam 08.00

1. Menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

Respon : Pasien kooperatif , dan pagi dari jam 08.30-10.00 pasien sudah  
BAK  $\pm$  4 kali

Jam 09.00

2. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

### Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien terlihat kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3 detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa mempraktikkan

### Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat pasien menahan BAB

Jam 10.00

3. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 11.00

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genitalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 12.00

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

### **Tanggal 20 Juli 2016**

Jam 08.00

1. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 09.00

2. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3

detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa

mempraktikkan

## Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat

pasien menahan BAB

Jam 10.00

3. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 11.00

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genitalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 12.00

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

**Tanggal 21 Juli 2016**

Jam 08.00

1. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 09.00

2. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3 detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa mempraktikkan

Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat pasien menahan BAB

Jam 10.00

3. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 11.00

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genetalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 12.00

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

## **Tanggal 22 Juli 2016**

Jam 08.00

1. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3 detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa mempraktikkan

#### Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat pasien menahan BAB

Jam 10.00

2. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genitalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 11.00

3. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

## **Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnose keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. (Nursalam, 2008)

Evaluasi pada penelitian ini dilakukan selama 5 hari yang di mulai pada tanggal 18 Juli 2016

### **Evaluasi pada tanggal 18 Juli 2016**

1. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK seperti biasanya 4x/ 8jam sehari

O : - Baju pasien terlihat basah daerah pantat

- Kulit daerah genitalia lembab
- Adanya nyeri tekan
- Daerah kandung kemih penuh
- Terlihat urin pasien bercecer di lantai
- Bau khas urin, warna urin kuning jernih
- Terlihat pasien tidak mampu menahan BAK untuk ke kamar mandi
- Tidak terpasang selang cateter
- Tidak memakai diapres
- Tidak ada gangguan pada kulit bagian genitalia

- Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc

A : Intervensi belum berhasil

P : lanjutkan 1,2,3,4,5,6

1. Bina hubungan saling percaya
2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel
3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat
4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih
5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

### **Evaluasi pada tanggal 19 Juli 2016**

1. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 5x dalam 4jam/hari

O : - Baju pasien masih terlihat basah daerah pantat

- Kulit daerah genitalia juga masih lembab
- Adanya nyeri tekan
- Daerah kandung kemih penuh
- Terlihat urin pasien masih bercecer di lantai
- Bau khas urin, warna urin kuning jernih
- Terlihat pasien tidak mampu menahan BAK untuk ke kamar mandi

- Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc

A: Intervensi teratasi sebagian

P : lanjutkan ,2,3,4,5,6

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

#### **Evaluasi pada tanggal 20 Juli 2016**

1. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 3x dalam 4jam/hari

O: - Kulit daerah genetalia lembab

- Daerah kandung kemih penuh
- Bau khas urin, warna urin kuning jernih
- Tidak ada gangguan pada kulit bagian genetalia
- Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1500 cc

A : Intervensi teratasi sebagian

P : lanjutkan 2,3,4,5,6

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel

3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat
4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih
5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

### **Evaluasi pada tanggal 21 Juli 2016**

1. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 4x dalam 4jam/hari

- O:
- Kulit daerah genitalia kering
  - Bau khas urin, warna urin kuning jernih
  - Tidak terpasang selang cateter
  - Tidak memakai pempres
  - Tidak ada gangguan pada kulit bagian genitalia
  - Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc

A: Intervensi tetarasi sebagian

P: lanjutkan 2,3,4,5,6

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel
3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat
4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

### **Evaluasi pada tanggal 22 Juli 2016**

1. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 4x dalam 4jam/hari

O: - Daerah genitalia pasien kering

- pasien sudah mulai bisa BAK secara mandiri ke kamar mandi
- Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc, warna kuning jernih, bau khas
- baju pasien kering, tidak berbau

A: Masalah teratasi sebagian

P : lanjutkan 2,5,6

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel
5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

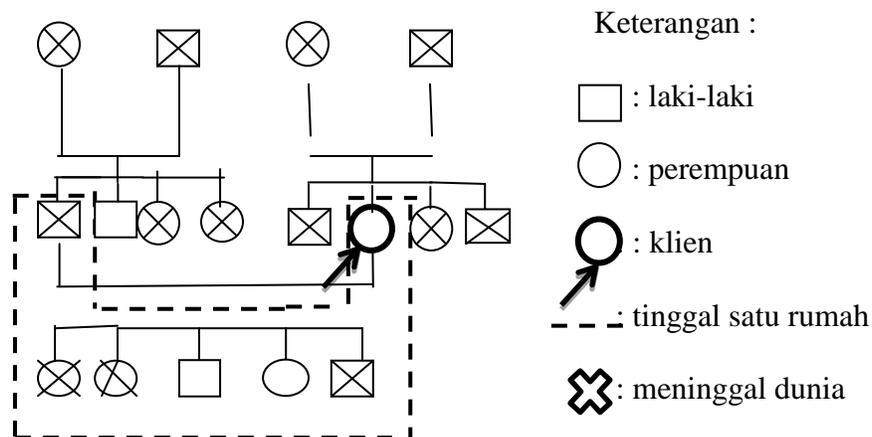
### 4.1.3 Pengkajian Pasien 2

#### 1. Data Biografi

Ny.R, alamat Banjar Anyar Mojokerto, umur 70 tahun (*Elderly*), jenis kelamin perempuan status janda, agama islam, suku bangsa Jawa Indonesia, tingkat pendidikan tidak tamat SD. Lama tinggal dipanti <1tahun, sumber pendapatan tidak ada karena pasien tinggal dipanti, keluarga yang dapat dihubungi tidak ada, riwayat pekerjaan penjahit, Tanggal pengkajian 18 juli 2016 pukul 13.30 wib dan sumber informasi dari klien dan perawat panti.

#### Riwayat Keluarga

Genogram :



Gambar 4.2 Genogram Klien kedua

## **2. Riwayat Rekreasi**

Klien memiliki hoby mengaji dan tidak mempunyai minat, liburan atau perjalanan pasien tidak pernah berlibur atau melakukan perjalanan jauh hanya di kamar saja.

## **3. Riwayat Kesehatan**

### 1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengeluh bahwa dirinya sering BAK  $\pm$  3x dalam 4jam.

### 2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengeluh pada 3 bulan yang lalu merasakan pusing karena susah tidur

### 3. Penyakit yang diderita dalam 3 bulan terakhir

Pasien tidak menderita penyakit apa-apa selama 3 bulan terakhir.

## **4. Pemeriksaan Fisik**

### 1. Tanda-tanda vital dan status gizi :

Suhu 36° C, Tekanan Darah 130/90 mmHg, Nadi 84x/menit, Respirasi 22x/menit,

Berat Badan 40kg, Tinggi Badan 160cm

## 2. Pengkajian Head to Toe :

### a. Kepala

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada rambut (digundul), dan pasien tidak ada keluhan.

### b. Mata

Konjungtiva tidak anemis, strabismus tidak ada, penglihatan kabur, penggunaan kacamata tidak ada, peradangan tidak ada, riwayat katarak tidak ada, dan tidak ada keluhan pada mata.

### c. Hidung

Hidung simetris, penciuman tidak terganggu.

### d. Mulut dan Tenggorokan

Kebersihan baik, mukosa kering, peradangan/stomatitis tidak ada, gigi berkurang, radang gusi tidak ada, kesulitan mengunyah tidak ada, dan tidak ada kesulitan menelan.

### e. Telinga

kebersihan daerah telinga baik, pendengaran tidak terganggu, dan tidak ada keluhan lainnya.

f. Leher

tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

g. Dada

Bentuk dada normal chest, wheezing dan ronchi tidak ada, tidak terdapat suara jantung tambahan.

h. Abdomen

Bentuk distend, ada nyeri tekan di kandung kemih, tidak ada kembung, bising usus normal 19x/menit. Tidak ada massa.

i. Genetalia

Kebersihan cukup, tidak ada hemoroid atau hernia.

j. Ekstremitas

Kekuatan Otot : 5 (melawan gravitasi dengan kekuatan penuh)

Postur tubuh : tegap (normal)

Rentang Gerak : maksimal

Deformitas : tidak ada

Tremor : tidak ada

Edema kaki : tidak ada

Tidak menggunakan alat bantu jalan.

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+

Triceps	+	+
Knee	+	+
Achilles	+	+

Keterangan :

**Refleks (+) : normal**

Refleks (-) : menurun/meningkat

#### k. Integumen

Kebersihan baik, kelembaban kering, terdapat gangguan pada kulit yakni adanya kulit kering di sekitar kaki.

### 3. Pengkajian Psikososial

Pasien mengatakan mampu berinteraksi dengan teman didalam wisma dan tidak menganal orang lain di luar wisma, kebiasaan pasien berinteraksi atau melakukan kegiatan bersama teman satu wisma klien mengatakan jarang , pasien memiliki stabilitas emosi yang stabil karena pasien jika di ajak mengobrol selalu merespon dengan baik, pasien mampu memotivasi dirinya sendiri dan kunjungan keluarga juga tidak pernah berkunjung.

### 4. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

#### 1. Kebiasaan Merokok

Pasien tidak pernah merokok

## 2. Pola Pemenuhan Nutrisi

Pasien mengalami nafsu makan baik, makanan 3x sehari dengan 1/2 porsi yang dihabiskan, dengan lauk nasi, ikan, tahu tempe.

## 3. Pola Pemenuhan Cairan

Pasien minum air putih >3 gelas setiap hari, di tambah minuman seperti teh.

## 4. Pola Kebiasaan Tidur dan Istirahat.

Pasien tidur 4-6 jam setiap hari, tidur nyenyak, tidak ada gangguan, dan waktu luang pasien di gunakan untuk santai

## 5. Pola Eliminasi BAB

Pasien BAB 1x/ sehari, dengan konsistensi lembek, dan tidak ada gangguan waktu BAB.

## 6. Pola Eliminasi BAK

Pasien BAK 3 dalam 4jam sehari dengan jumlah urin  $\pm$  1000 cc, warna urin kuning jernih, bau khas, kulit daerah genetalia lembab, terlihat pasien masih mampu menahan BAK dari tempat tidur ke kamar mandi, gangguan BAK Inkontinensia urin.

## 7. Pola Aktivitas

Aktivitas pasien di panti ketrampilan tangan.

## 8. Pola Pemenuhan Kebersihan Diri

Pasien mandi 3x/ sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi karena gigi ompong, berganti pakaian > 1x/ sehari.

## 9. Pola Sensori dan Kognitif

Kelima panca indera pasien normal tidak ada masalah, pasien tidak tahu tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganannya pasien terlihat bingung dan tidak bisa menjawabnya.

## 5. Data Penunjang

1. laboratorium : Tidak ada
2. Radiologi : Tidak ada
3. EKG : Tidak ada
4. CT-Scan : Tidak ada
5. Obat- Obatan : Tidak ada

## 6. Pengkajian INDEKS KATZ ( Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari )

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

## 7. Pengkajian Kemampuan Intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner )

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ pasien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 4 dan jawaban yang salah 6. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual kerusakan ringan.

## **8. Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif**

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien ada gangguan kognitif sedang. Pasien dengan jawaban yang benar 15 dan jawaban yang salah 15, dapat diambil kesimpulan mengalami gangguan kognitif berat.

## **9. Pengkajian Inventaris Depresi Beck untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck & Deck (1972)**

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien depresi tidak ada atau minimal. Total penilaiannya pasien adalah 4 dalam batas depresi tidak ada atau minimal antara (0-4)

## **ANALISA DATA**

Tanggal 18 Juli 2016

### **1. Data Subyektif :**

Pasien mengatakan sering BAK, dalam 4 jam sehari pasien BAK sebanyak 3 kali.

### **2. Data Objektif :**

- Kulit daerah genetalia lembab
- Adanya nyeri tekan daerah kandung kemih
- Pasien masih bisa menahan BAK nya untuk sampai ke kamar mandi dan tidak sampai mengompol
- Bau khas urin, warna urin kuning jernih

- Tidak ada gangguan pada kulit bagian genitalia
- Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc
- INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

**Masalah :**

Inkontinensia Urin

**Intervensi Keperawatan**

**Tanggal 18 Juli 2016**

2. **Diagnosa I :** Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

**Tujuan perawatan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 5x24 jam pasien mampu mengendalikan eliminasi urin dari kandung kemih.

**Kriteria Hasil :**

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

**Intervensi :**

1. Bina hubungan BHSP

Rasional : untuk membina hubungan saling percaya kepada pasien

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel

Rasional : untuk menguatkan dan melatih otot panggul guna mengurangi inkontinensia urin

3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas

yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

Rasional : untuk menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola berkemih dan rutinitas yang biasanya, misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Rasional : untuk memantau tingkat distensi kandung kemih melalui palpasi dan perkusi

5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Rasional : agar tidak terjadi infeksi pada daerah genitalia

6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Rasional : untuk menangani lansia yang mengalami masalah dengan inkontinensia urin

### **Implementasi :**

**Tanggal 18 Juli 2016**

Jam 14.00

1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik

Respon : Pasien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik.

Jam 14.30

2. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : pasien bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat dilakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 15.00

3. Menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat

Respon : pasien kooperatif, dan pagi dari jam 1400-15.00 pasien sudah BAK  $\pm$  3 kali

Jam 15.30

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genitalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 16.00

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

**Tanggal 19 Juli 2016**

Jam 13.00

1. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 14.00

2. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3 detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa mempraktikkan

Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat pasien menahan BAB

Jam 15.00

3. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 16.00

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genetalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 16.30

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

### **Tanggal 20 Juli 2016**

Jam 14.00

1. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 15.00

2. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

### Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3

detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa

mempraktikkan

### Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat

pasien menahan BAB

Jam 16.00

### 3. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 16.00

4. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genetalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 17.00

5. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

### **Tanggal 21 Juli 2016**

Jam 14.00

1. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 15.00

2. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3 detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa mempraktikkan

Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat pasien menahan BAB

Jam 16.00

3. Mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih

Respon : Pasien tidak bisa menjawab pada saat kapan pasien terasa ingin BAK, dan pada saat di lakukan palpasi kandung kemih keras dan ada nyeri tekan

Jam 16.30

4. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

**Tanggal 22 Juli 2016**

Jam 14.00

1. Mengajarkan pasien untuk latihan kegel dengan cara :

Latihan I

- Menginstruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.

Respon : pasien kooperatif

- Meminta pasien berupaya untuk menghentikan sementara aliran urine selama berkemih dan mempraktekkan tiap kali berkemih

Respon : meminta pasien agar untuk menahan aliran urin selama 2-3

detik pada saat urin keluar, dan pasien terlihat tidak bisa

mempraktikkan

Latihan II

- Meminta pasien mengambil posisi duduk.

Respon : pasien terlihat nyaman dengan posisi duduk

- Menginstruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus.

Respon : meminta pasien untuk membayangkan seperti pada saat

pasien menahan BAB

Jam 15.00

2. Membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

Respon : setelah BAK, mengeringkan daerah genitalia pasien dengan menggunakan tissue, agar tidak lembab dan terhindar dari infeksi, pasien terlihat nyaman.

Jam 16.00

3. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

Respon : perawat panti kooperatif

## **Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnose keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. (Nursalam, 2008)

Evaluasi pada penelitian ini dilakukan selama 5 hari yang di mulai pada tanggal 18 Juli 2016

### **Evaluasi pada tanggal 18 Juli 2016**

#### **2. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratife pada otot panggul**

S : Pasien mengatakan BAK seperti biasanya 3x/ 4jam sehari

- O :
- Kulit daerah genetalia lembab
  - Adanya nyeri tekan
  - Daerah kandung kemih penuh
  - Pasien masih bisa menahan BAK nya untuk sampai ke kamar mandi dan tidak sampai mengompol
  - Bau khas urin, warna urin kuning jernih
  - Tidak terpasang selang kateter
  - Tidak memakai dapres
  - Tidak ada gangguan pada kulit bagian genetalia
  - Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc

A : Intervensi belum berhasil

P : lanjutkan 1,2,3,4,5,6

1. Bina hubungan saling percaya
2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel
3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat
4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih
5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

#### **Evaluasi pada tanggal 19 Juli 2016**

2. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 5x dalam 4jam/hari

- O :
- Kulit daerah genitalia lembab
  - Adanya nyeri tekan
  - Daerah kandung kemih penuh
  - Pasien masih bisa menahan BAK nya untuk sampai ke kamar mandi dan tidak sampai mengompol
  - Bau khas urin, warna urin kuning jernih
  - Tidak terpasang selang kateter
  - Tidak memakai dapres
  - Tidak ada gangguan pada kulit bagian genitalia

- Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1500 cc

A: Intervensi tetarasi sebagian

P : lanjutkan 2,3,4,5,6

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

### **Evaluasi pada tanggal 20 Juli 2016**

2. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 3x dalam 4jam/hari

- O:
- Kulit daerah genitalia lembab
  - Adanya nyeri tekan
  - Daerah kandung kemih penuh
  - Pasien masih bisa menahan BAK nya untuk sampai ke kamar mandi dan tidak sampai mengompol
  - Bau khas urin, warna urin kuning jernih
  - Tidak ada gangguan pada kulit bagian genitalia
  - Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1000 cc

A: Intervensi teratasi sebagian

P : lanjutkan 2,3,4,6

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel
3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat
4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih
6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

**Evaluasi pada tanggal 21 Juli 2016**

2. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 4x dalam 4jam/hari

- O :
- Pasien masih bisa menahan BAK nya untuk sampai ke kamar mandi dan tidak sampai mengompol
  - Bau khas urin, warna urin kuning jernih
  - Tidak ada gangguan pada kulit bagian genetalia
  - Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1500 cc

A: Intervensi teratasi sebagian

P : lanjutkan 2,3,4,5,6

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel
3. Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat
4. Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih
5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

**Evaluasi pada tanggal 22 Juli 2016**

2. Inkontinensia Urin stress berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul

S : Pasien mengatakan BAK sebanyak 4x dalam 8jam/hari

- O: - Pasien masih bisa menahan BAK nya untuk sampai ke kamar mandi dan tidak sampai mengompol
- Bau khas urin, warna urin kuning jernih
  - Tidak ada gangguan pada kulit bagian genetalia
  - Jumlah urin dalam 4jam  $\pm$  1500 cc

A: Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan 2,5,6

2. Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel

5. Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat

6. Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia

## **4.2 PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pasien pada masalah Inkontinensia urin di UPTD Griya Werdha Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **4.2.1 Pengkajian keperawatan**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan teman sejawat sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan pasien di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama (Ny.M) dan kasus kedua (Ny.R) di dapatkan kesamaan masalah yaitu inkontinensia urin. Pada pasien pertama (Ny.M) didapatkan data bahwa pasien tidak dapat menahan proses BAK nya untuk menuju ke kamar mandi dan dalam 4 jam pasien BAK  $\pm$  sudah 1000cc/jam. Sedangkan pada pasien kedua (Ny.R) di dapatkan bahwa pasien masih bisa menahan proses BAK nya dan menuju ke kamar mandi pasien masih bisa untuk menahan urin dalam 8 jam pasien BAK  $\pm$  sudah 1000 cc/jam. Dari kedua kasus tersebut didapatkan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yaitu ditemukan masalah Inkontinensia urin. Inkontinensia urin merupakan

keluarnya urin yang tidak terkontrol dalam waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan frekuensi dan jumlahnya yang akan menyebabkan masalah sosial dan higienis penderitanya yang cukup serius seperti infeksi saluran kemih, kelainan kulit, gangguan tidur, problem psikososial seperti depresi, mudah marah dan terisolasi (Setiati dkk, 2007). Berdasarkan data tersebut tinjauan kasus pertama (Ny.M) dan tinjauan kasus kedua (Ny.R) tidak terjadi kesenjangan teori karena antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori saling berhubungan yaitu keduanya menjelaskan tentang masalah inkontinensia urin ( tidak mampu menahan proses berkemih ) pada lansia, namun dari kedua kasus tersebut ada perbedaan pada pasien pertama (Ny.M) yaitu sering mengompol tanpa di sadari saat ingin ke kamar mandi sedangkan hal tersebut tidak terjadi pada pasien kedua (Ny.R).

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang dialami oleh pasien berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

Pada kasus pertama (Ny.M)/80 tahun ditemukan diagnosa keperawatan :

1. Inkontinensia Urin stress ( tidak mampu untuk menahan proses berkemih ) berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul, ditandai dengan pasien tidak mampu menahan proses berkemih, pasien sering tidak dapat menahan urin untuk menuju ke kamar mandi sehingga urin pasien bercecer di lantai.

Pada kasus kedua (Ny.R)/70 tahun ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

2. Inkontinensia Urin stress (tidak mampu untuk menahan proses berkemih ) berhubungan dengan perubahan degeneratife pada otot panggul, ditandai dengan tidak mempunya untuk menahan urin tetapi masih mencapai untuk menuju ke kamar mandi

Berdasarkan kedua kasus tersebut tidak terjadi kesenjangan diagnosa keperawatan antara kasus pertama (Ny.M) dan kasus kedua (Ny.R) karena keduanya sama-sama mengalami masalah inkontinensia urin yaitu masalah inkontinensia urin berhubungan dengan perubahan degeneratife pada otot panggul (Inkontinensia urin adalah keluhan berkemih tanpa disadari (involunter) akibat gangguan fungsi saluran kemih bagian bawah yang dipicu oleh sejumlah penyakit sehingga menyebabkan pasien berkemih pada situasi yang berbeda) .

#### **4.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah inkontinensia urin pada kedua pasien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk membantu pasien mampu mengendalikan eliminasi urin dari kandung kemih selama 5x24 jam setelah di lakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil pasien mempertahankan pola eliminasi yang dapat diduga, mengerti tujuan di ajarkannya latihan otot panggul dengan kegel dilakukan pada saat pasien bangun tidur, dan bersantai, dapat mengidentifikasi keinginan berkemih, berespon tepat waktu terhadap dorongan berkemih, mencapai toilet antara dorongan berkemih dan pengeluaran urin, dapat melakukan eliminasi urin secara mandiri

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus pada perencanaan diagnosa masalah inkontinensia urin yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan kasus teori maupun tinjauan kasus pertama dan kedua. Perencanaan pada masalah inkontinensia urin yaitu kaji tingkat kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, mengajarkan latihan kegel, bantu pasien untuk mencapai ke toilet secara mandiri, kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia untuk menangani lansia yang mengalami masalah dengan inkontinensia urin.

#### **4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program yang ada di panti. Maka pelaksanaan harus di sesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) UPTD Griya Werdha Surabaya dan dengan bantuan perawat yang ada di Panti. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat panti. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada masalah inkontinensia urin mengikuti standart operasional prosedur (SOP) di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Dalam pelaksanaan Inkontinensia urin tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu inkontinensia urin. Begitu juga pada tinjauan kasus kedua memunculkan masalah inkontinensia urin berhubungan dengan perubahan otot degeneratife pada otot panggul. Sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus pada inkontinensia urin dengan melakukan

latihan kegel, dalam mengatasi masalah-masalah yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan ke masalah lainnya.

Dalam pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologis yaitu melakukan latihan kegel terhadap masalah inkontinensia urin.

Pelaksanaan yang terlaksana pada pasien pertama dan kedua hampir sama yaitu membina hubungan saling percaya, mengajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, menetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, mengkaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, membantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia.

Latihan kegel sebaiknya dilakukan dengan menggunakan kontraksi pada otot *pubococcygeus* dan menahan kontraksi tersebut dalam hitungan 10 detik, kemudian kontraksi dilepaskan. Pada tahap awal bias dimulai dengan menahan kontraksi selama 3 hingga 5 detik. Dengan melakukan secara bertahap otot ini akan semakin kuat, latihan ini diulang 10 kali setelah ini mencoba berkemih dan menghentikan urin ditengah (Johnson,2002)

Dalam pelaksanaan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan, dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan tindakan keperawatan yang sesuai standart operasional prosedur. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana dengan di latih kegel dapat mengurangi inkontinensia yang parah.

### **4.2.3 Evaluasi Keperawatan**

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung kepada pasien yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien masih belum ada, sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus belum tercapai sesuai tujuan dan kriteria yang diharapkan.

Inkontinensia Urin stress (tidak mampu untuk menahan proses berkemih) berhubungan dengan perubahan degeneratif pada otot panggul. Pada pasien pertama masalah teratasi sebagian dari jangka waktu yang telah ditargetkan, yaitu 5x24 jam. Evaluasi pada tanggal 18 juli 2016 masalah belum teratasi dan rencana tindakan 1,2,3,4,5,6 (1. Bina hubungan saling percaya, Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarka pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 19 juli 2016 masalah teratasi sebagian dan intervensi 2,3,4,5,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarka pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 20 juli 2016 masalah

teratasi sebagian dan intervensi 2,3,4,5,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 21 juli 2016 masalah teratasi sebagian dan intervensi 2,3,4,5,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 22 juli 2016 masalah belum teratasi karena masih dalam tahap pantau proses berkemih pasien. Pada pasien kedua masalah juga teratasi sesuai jangka waktu yang ditargetkan, yaitu 5x24 jam. Evaluasi pada tanggal 18 juli 2016 masalah belum teratasi dan intervensi 1,2,3,4,5,6 (Bina hubungan saling percaya, Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 19 juli 2016 masalah teratasi sebagian dan intervensi 2,3,4,5,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarkan pola dan rutinitas

yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 20 juli 2016 masalah teratasi sebagian dan intervensi 2,3,4,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarka pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 21 juli 2016 masalah teratasi sebagian dan intervensi 2,3,4,5,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Tetapkan interval jadwal eliminasi awal, berdasarka pola dan rutinitas yang biasanya misalnya makan, bangun tidur, dan istirahat, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia) dilanjutkan, pada tanggal 22 juli 2016 masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan 2,5,6 (Ajarkan pasien latihan otot panggul dengan senam kegel, Kaji kemampuan mengidentifikasi keinginan untuk berkemih, Bantu pasien mempertahankan hygiene dan rutinitas perawatan kulit yang adekuat, Kolaborasi dengan tim panti dalam memberikan latihan kegel pada lansia).