

ISSN : 2088-6012

JURNAL ILMU KEPERAWATAN



ASPEK KEPERAWATAN PADA INKONTINENSIA URIN

Dina Dewi Sartika Lestari Ismail

DAMPAK HOME BASED EXERCISE TRAINING TERHADAP KAPASITAS FUNGSIONAL PASIEN GAGAL JANTUNG DI RSUD NGUDI WALUYO WLINGI

Tony Suharsono, Krisna Yetti, Lestari Sukmarini

EFEK EKSTRAK DAUN PEGAGAN (Centella asiatica) DALAM MEMPERCEPAT PENYEMBUHAN LUKA TERKONTAMINASI PADA TIKUS PUTIH (Rattus novergicus) GALUR WISTAR

Sholihatul Amaliya, Bambang Soemantri, Yulian Wiji Utami

PENGARUH BUAH MAHKOTA DEWA TERHADAP KADAR KOLESTEROL TOTAL PLASMA PADA TIKUS STRAIN WISTAR

Septi Dewi Rachmawati

SENAM DAPAT MENINGKATKAN KESEIMBANGAN TUBUH LANSIA DI YAYASAN GERONTOLOGI KECAMATAN WAJAK KABUPATEN MALANG

Setyoadi, Yulian Wiji Utami, Sheylla Septina M

PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK TERHADAP INTENSITAS DISMENOREA PRIMER PADA MAHASISWI PSIK-A 2006-2007 FKUB MALANG

Laily Yuliatun, Siti Chandra W.B, Kesuma Pertiwi

EFEK LUMATAN DAUN PEPAYA (Carica Papaya L.) TERHADAP PROSES PENYEMBUHAN LUKA BAKAR DERAJAT II DANGKAL PADA TIKUS PUTIH (Rattus Novergicus) GALUR WISTAR

Willy Rachmad Wira Utama, Yulian Wiji Utami, Triyudani Mardaning Raras

EFEKTIFITAS AUDIOVISUAL SEBAGAI MEDIA PENYULUHAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DALAM TATALAKSANA BALITA DENGAN DIARE DI DUA RUMAH SAKIT KOTA MALANG

Rinik Eko Kapti, Yeni Rustina, Widyatuti

EFEKTIVITAS ANTARA PENGGUNAAN EEA (EXPLICIT EKSTERNAL AIDS) DENGAN IIA (IMPLICIT INTERNAL AIDS) SEBAGAI MNEMONIC STRATEGY DALAM MENINGKATKAN MEMORI PADA LANSIA

Khumidatun Niswah, Ketut Sudiana, Harmayetty

HUBUNGAN KEJADIAN DEPRESI DAN INSOMNIA PADA LANSIA DI PANTI WERDHA TRESNO MUKTI TUREN MALANG

Renny Nova, Titin Andri Wihastuti, Retno Lestari

JURNAL ILMU KEPERAWATAN

Volume 1, No. 1, Mei 2013

SUSUNAN REDAKSI JURNAL ILMU KEPERAWATAN

Pelindung

DR.Dr. Kusworini, M.Kes, Sp.PK

Pemimpin Redaksi

Ns. Setyoadi, M.Kep, Sp.KepKom

Wakil Pemimpin Redaksi

Yulian Wiji Utami, S.Kp, M.Kes

Sekretaris Redaksi

Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep

Bendahara Redaksi

Ns. Niko Dima Kristianingrum, S.Kep

Anggota Redaksi

Ns. Tony Suharsono, M.Kep
Ns. Kumboyo, M.Kep, Sp.Kom
Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes
Ns. Dina Dewi Sartika Lestari Ismail, M.Kep
Ns. Laily Yuliatun, M.Kep
Ns. Dian Susmarini, M.N
Ns. Heny Dwi Windarwati, M.Kep, Sp.KepJ
Ns. Retno Lestari, M.Nurs
Ns. Septi Dewi Rahmawati, M.Ng
Ns. Fransiska Imavike, M.Nurs
Ns. Heri Kristianto, M.Kep, Sp.KMB
Kuswanto Rusca Putra, S.Kp, M.Kep

Administrasi

Yuyun Nurdiana, A.Md

Alamat Redaksi :

Gedung Biomedik Lantai 2
Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
Jalan Veteran Malang 65145
Telepon (0341) 551611, 569117, 567192
pesawat 126;
Fax (62) (0341) 564755
Email : jik@ub.ac.id
Website : www.jik.ub.ac.id

DAFTAR ISI

Daftar Isi	1
ASPEK KEPERAWATAN PADA INKONTINENSIA URIN <i>Dina Dewi Sartika Lestari Ismail</i>	3
DAMPAK HOME BASED EXERCISE TRAINING TERHADAP KAPASITAS FUNGSIONAL PASIEN GAGAL JANTUNG DI RSUD NGUDI WALUYO WLINGI <i>Tony Suharsono¹, Krisna Yetti², Lestari Sukmarini²</i>	12
EFEK EKSTRAK DAUN PEGAGAN (<i>Centella asiatica</i>) DALAM MEMPERCEPAT PENYEMBUHAN LUKA TERKONTAMINASI PADA TIKUS PUTIH (<i>Rattus novergicus</i>) GALUR WISTAR Sholihatul <i>Amaliya¹, Bambang Soemantri², Yulian Wiji Utami¹</i>	19
PENGARUH BUAH MAHKOTA DEWA TERHADAP KADAR KOLESTEROL TOTAL PLASMA PADA TIKUS STRAIN WISTAR <i>Septi Dewi Rahmawati</i>	26
SENAM DAPAT MENINGKATKAN KESEIMBANGAN TUBUH LANSIA DI YAYASAN GERONTOLOGI KECAMATAN WAJAK KABUPATEN MALANG Setyoadi, Yulian Wiji Utami, Sheylla Septina M.	35
PENGARUH TERAPI MUSIK KLASIK TERHADAP INTENSITAS DISMENOREA PRIMER PADA MAHASISWI PSIK-A 2006-2007 FKUB MALANG <i>Laily Yuliatun¹, Siti Chandra W.B², Kesuma Pertiwi¹</i>	41
EFEK LUMATAN DAUN PEPAYA (<i>Carica Papaya L.</i>) TERHADAP PROSES PENYEMBUHAN LUKA BAKAR DERAJAT II DANGKAL PADA TIKUS PUTIH (<i>Rattus Novergicus</i>) GALUR WISTAR <i>Willy Rachmad Wira Utama¹, Yulian Wiji Utami¹, Triyudani Mardaning Raras²</i>	46
EFEKTIFITAS AUDIOVISUAL SEBAGAI MEDIA PENYULUHAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DALAM TATALAKSANA BALITA DENGAN DIARE DI DUA RUMAH SAKIT KOTA MALANG <i>Rinik Eko Kapti¹, Yeni Rustina², Widyatuti²</i>	53
EFEKTIVITAS ANTARA PENGGUNAAN EEA (EXPLICIT EKSTERNAL AIDS) DENGAN IIA (IMPLICIT INTERNAL AIDS) SEBAGAI MNEMONIC STRATEGY DALAM MENINGKATKAN MEMORI PADA LANSIA <i>Khumidatun Niswah¹, Ketut Sudiana², Harmayetty³</i>	61
HUBUNGAN KEJADIAN DEPRESI DAN INSOMNIA PADA LANSIA DI PANTI WERDHA TRESNO MUKTI TUREN MALANG <i>Renny Nova, Titin Andri Wihastuti, Retno Lestari</i>	71

ASPEK KEPERAWATAN PADA INKONTINENSIA URIN

Dina Dewi Sartika Lestari Ismail

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Urinari Inkontinensia (UI) merupakan keluhan subjektif klien terhadap masalah perkemihan yang dialaminya. Dalam beberapa literatur dan hasil riset prevalensi terjadinya sangat bervariasi pada semua rentang usia, mulai dari anak usia 7 tahun sampai dengan dewasa, namun kejadian tertinggi adalah pada usia dewasa lanjut atau lansia. UI merupakan kondisi yang sangat spesifik pada setiap individu dan membutuhkan penanganan yang paripurna. Kajian ini menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Manajemen UI yang paripurna membutuhkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melakukan pengkajian terhadap keluhan klien. Pengkajian UI terdiri dari Riwayat kesehatan umum dan yang terkait dengan UI, pengkajian fisik, observasi kebocoran urin secara langsung, *Voiding diary*, tes laboratorium. Setelah melakukan pengkajian dengan lengkap perawat menganalisis tingkat kebutuhan klien terhadap perawatan. Intervensi perawatan yang dapat diberikan pada klien antara lain adalah perubahan perilaku, modifikasi lingkungan dan fasilitas, kegiatan yang termasuk dalam *reedukasi bladder* dan latihan otot bawah panggul. Dalam intervensi perawatan juga dibutuhkan alat bantu untuk meningkatkan kualitas hidup klien antara lain adalah kateter *intermittent*, *indwelling* kateter, perawatan kulit, sistem penampungan eksternal, absorben, modifikasi asupan air dan makanan klien. Bentuk intervensi lain yang penting didapatkan klien untuk mengatasi UI adalah dengan konseling atau edukasi pada klien dan *caregiver*. Manajemen UI secara menyeluruh membutuhkan peningkatan pendidikan dan profesionalitas dengan mengikuti pendidikan sertifikasi perawat kontinensia (*Certified Continence Therapist Program*).

Kata Kunci: Inkontinensia, Aspek Keperawatan

ABSTRACT

Urinary Incontinencia (UI) is a subjective complaint against the client was experiencing urinary problems. In some literature and research results of a variation in the prevalence of all age ranges, from children aged 7 years to adults, but the highest incidence is in the age of advanced or elderly adults. UI is a condition that is very specific to each individual and requires handling the plenary. Management UI that requires complete knowledge and skills of nurses in conducting an assessment of client complaints. UI assessment consists of public health and the history associated with the UI, physical assessment, direct observation of urine leakage, voiding diary, laboratory test. After conducting a full assessment by the nurse analyze the client's needs to tretmen. Tretmen that can be given to clients include changes in behavior, environment and facility modifications, re-education activities in the bladder and pelvic muscle exercises. In tretmen also needed tools to improve the quality of life of clients antarlain is intermittent catheters, indwelling catheters, skin care, external storage system, absorbing water and food intake modification clients. Another important form of treatment available to address client UI is the counseling or education on the client and caregiver. Mejemem overall UI requires improved education and professionalism by following continence nurse education certification (*Certified Continence Program Therapist*).

Keywords: Incontinence, Aspects of Nursing

Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol. 1, No. 1, Mei 2013; Korespondensi: Dina Dewi Sartika Lestari Ismail, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Jl. Veteran Malang
Telp: 0341-569117 pswt 126 Email: umidina1@gmail.com

PENDAHULUAN

Inkontinensia Urine (UI) merupakan keluhan subjektif individu terhadap masalah kebocoran (leakage) urine. Pendapat lain mengatakan UI sebagai ketidak mampuan menahan berkemih yang memberikan dampak gangguan kebersihan dan hubungan social individu” (NIH, 1988). Kondisi ini menyebabkan masalah ketidaknyamanan dan distress pada individu. Pada umumnya UI diketahui sebagai masalah berkemih pada lansia, namun sebenarnya masalah ini tidak hanya terbatas pada lansia saja. Masalah UI juga terdapat pada anak, remaja, dan orang dewasa tergantung pada etiologi yang menjadi penyebab. Bradway dan Hernly (1988) mengatakan prevalensi enuresis nocturnal pada anak usia 7 tahun sebesar 10% dan 28% atlet wanita mengalami UI saat melakukan aktivitas olahraganya. Data lain menunjukkan bahawa UI paling sering dialami oleh usia pertengahan (middle aged) dan lansia, peningkatan jumlah UI pada dewasa muda sebesar 10-20% sedang pada dewasa lanjut sebesar 20-30%. Peningkatan prevalensi terbesar adalah pada lansia yaitu antara 30-50% (Chan dan Wong, 1999).

UI merupakan masalah yang memberikan efek secara langsung pada pasien keluarga. Implikasi lain yang dapat dialami individu adalah masalah kesehatan, hubungan sosial, dan masalah pembiayaan. Menurut Barry dan Weiss (1998), diperkirakan biaya untuk mengatasi masalah inkontinensia lebih dari 1,5 juta dolar pertahun. Implikasi lain adalah peningkatan risiko luka dekubitus yang umumnya terjadi pada pasien lansia atau pasien tirah baring. Masalah yang lebih kompleks adalah adanya gangguan hubungan sosial seperti harga diri rendah, aktivitas seksual, isolasi sosial dan depresi (Barry and Weiss, 1998).

Kompleksitas masalah pada inkontinensia membutuhkan penanganan yang komperhensif. Tulisan ini membahas tentang

bagaimana peran perawat dalam membantu klien meningkatkan kualitas hidupnya dan mengatasi masalah inkontinensia urin yang sebenarnya dapat ditangani dan dapat dikelola (Hocking, 1999).

PEMBAHASAN

Definisi

International Continence Society dalam Chan dan Wong (1999) mendefinisikan UI sebagai keluhan pasien tentang pengeluaran atau kebocoran urin atau feses secara tidak sengaja yang memberikan dampak pada masalah kesehatan dan atau masalah sosial dan secara objektif dapat teramati. Secara khusus Chin (2001) mendefinisikan UI sebagai keluaran urin secara tidak sengaja dan menjadi malasah bagi klien. Sedang Urinary Incontinence Guidelines Panel mendefinisikan UI sebagai Kebocoran urin yang tidak disengaja dan menyebabkan masalah pada klien (Doughty, 2006). Secara umum UI dapat didefinisikan sebagai pengeluaran urin secara tidak sengaja dan mengakibatkan masalah kesehatan dan hubungan sosial pada klien.

Tipe UI

- 1) *Stress Incontinence* adalah pengeluaran urin secara tidak sadar yang disebabkan oleh peningkatan tekanan intra abdominal oleh suatu aktivitas seperti batuk, bersin, tertawa atau aktivitas lain yang dapat meningkatkan tekanan intra abdominal (Thomas, 2001)
- 2) *Urge Incontinence* adalah pengeluaran urin secara tidak sadar, disertai oleh keinginan berkemih yang kuat. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh kontraksi otot detrusor yang prematur, utamanya pada kondisi instabilitas detrusor. Instabilitas detrusor pada umumnya disebabkan oleh gangguan neurologi, meskipun demikian *Urge Incontinence* dapat terjadi pada

individu yang tidak mengalami gangguan neurologi. *urge incontinence* merupakan akibat dari adanya kontraksi prematur pada kandung kemih karena adanya inflamasi atau iritasi dalam *bladder*. Inflamasi atau iritasi ini dapat disebabkan oleh adanya batu, malignansi dan infeksi. *Urge incontinence* umumnya terjadi pada lansia (Thomas, 2001).

- 3) *Mixed Incontinence* merupakan inkontinensia campuran antara *stress* dan *urge* inkontinensia, biasanya terjadi pada wanita tua (Thomas, 2001).
- 4) *Overflow Incontinence* adalah pengeluaran urin yang tidak disadari sebagai akibat dari *overdistensi bladder* dan pengosongan *bladder* yang tidak sempurna (Hay-Smith et al. 2002). Tanda gejala yang dikeluhkan klien bermacam-macam urin yang menetes kadang-kadang atau terus menerus, dapat juga disertai tanda gejala *stress* atau *urge incontinence*. *Overflow* disebabkan oleh detrusor yang tidak aktif atau tidak berkontraksi, atau sumbatan pada uretra. Tidak aktifnya detrusor juga dapat disebabkan oleh efek samping obat, *diabetic neuropathy*, injuri spinal segment bawah, operasi radikal pelvis yang menyebabkan terputusnya inervasi motorik otot detrusor, idiopati. Pada laki-laki biasanya terjadi pada klien yang mengalami pembesaran prostat (Doughty, 2006).
- 5) *Transient Incontinence* transient *incontinence* biasa disebut sebagai *acute incontinence*, sebenarnya dua terminologi ini *berbeda acute incontinence* merupakan suatu kondisi dimana klien baru mengeluhkan adanya inkontinensia, kondisi ini dapat berkembang menjadi kronik bila klien tidak mengalami perbaikan kondisi secara medis seperti pada klien stroke yang tidak mengalami kemajuan rehabilitasi. Sedangkan *transient*

atau *reversible incontinence* merupakan kondisi dimana gangguan masih mungkin dapat diatasi seperti pada klien yang mengalami efek samping dari ACE inhibitor mengalami keluhan adanya kebocoran urin saat batuk atau tertawa (Doughty, 2006). Secara umum *Transient incontinence* disebabkan oleh suatu kondisi atau gangguan kesehatan.

- 6) *Functional Incontinence* adalah inkontinensia yang disebabkan oleh ketidakmampuan individu untuk mencapai atau menggunakan fasilitas *toileting* secara benar, kondisi ini dapat disebabkan oleh gangguan mobilitas dan atau gangguan fungsi kognitif klien (Doughty, 2006). Klien yang mengalami inkontinensia jenis ini dapat pula mengalami inkontinensia tipe lain secara bersamaan (Fantl et al, 1996).

Manajemen Perawatan pada Inkontinensia Urin

Manajemen keperawatan untuk mengatasi inkontinensia urin terdiri dari pengkajian, perubahan perilaku, penggunaan alat bantuan, modifikasi diet, dan edukasi.

Pengkajian

Pengkajian merupakan bagian pertama untuk mengelola UI, dari pengkajian kita dapat menyimpulkan penyebab utama UI dan manajemen yang tepat untuk setiap klien.

1. Riwayat Kesehatan Klien

Pengkajian riwayat kesehatan pada pasien dengan UI meliputi :

- a. Keluhan utama terkait dengan perasaan subjektif klien terhadap masalah saat berkemih, ketidak mampuan menahan kencing, kebocoran urin, penggunaan absorbent.
- b. *Storage Lower Urinary Symptoms (LUTS)*, untuk mengetahui ini pertanyaan yang

harus di jawab klien adalah berapa kali klien BAK dalam satu hari, berapa lama klien dapat melakukan aktivitas antara waktu berkemih.

- c. Riwayat penyakit, operasi, gangguan obstetri dan ginekologi
- d. Obat-obatan yang dikonsumsi
- e. Kapan UI mulai terjadi, durasi atau lama mengalami UI
- f. Kondisi yang memicu UI seperti batuk, mengejan, keinginan berkemih yang kuat
- g. Tanda gejala yang menunjukkan kemampuan penampungan *bladder* seperti *frequency, urgency, nocturia*
- h. Tanda gejala pada setiap berkemih seperti *intermittency*, pancaran kencing lemah, tetesan urin pada akhir berkemih, mengejan
- i. Riwayat psikologi dan Sosial, dalam pengkajian ini fungsi seksual juga menjadi unsur yang harus dikaji pada klien untuk mengetahui kemungkinan kebocoran uring saat melakukan hubungan seksual (Chin, 2001).

2. Pengkajian Fisik

- a. Pengkajian umum dan kemampuan fungsional, kemampuan fungsional meliputi kemampuan klien untuk melakukan mobilisasi, kesadaran dan ketangkasan. Metode yang dapat digunakan untuk menguji klien adalah dengan meminta klien berjalan dari meja periksa ke tempat tidur, meminta klien berkemih untuk pemeriksaan spesimen urin.
- b. Lakukan pengkajian untuk melihat adanya abnormalitas yang berpengaruh langsung terhadap UI
- c. Pengkajian Kekuatan otot pelvis, tujuan pemeriksaan ini adalah untuk melihat fungsi neuromuskular dan kemampuan otot dasar panggul yang sangat berperan saat berkemih. Metode yang

digunakan adalah dengan meminta klien mengkontraksikan dan merilekskan bagaian otot dasar panggul. Pengkajian ini juga dapat dilakukan dengan komputer yaitu dengan *elektomyography* dan pemeriksaan tekanan dengan menggunakan *Probe* yang sensitif dengan memasukkan *probe* pada vagina atau rektal dan meminta klien untuk mengkontraksikan otot dasat panggul kekuatan normalnya adalah antara 35-42 cm H₂O (Hay-Smith et al. 2002).

- d. Pengkajian terhadap kulit sekitar perineal untuk melihat adanya lesi atau ekskoriasi terkait dengan seringnya kebocoran berkemih.
- e. Pengkajian rektal, pada wanita kepentingan pengkajian rektal untuk memvalidasi penyebab terjadinya UI yaitu mengkaji adanya massa atau tumor. Sedangkan pada laki-laki *digital rektal examibation* (DRE) berfungsi untuk mengetahui adanya massa atau pembesaran prostat (Chin, 2001).

3. Observasi kebocoran urin secara langsung

Pemeriksaan ini dilakukan dengan meminta klien untuk batuk saat *bladder* dalam keadaan penuh sehingga dapat diamati terjadinya UI. Kebocoran urin saat batuk dapat diamati pada saat klien dalam posisi *supine* atau berdiri.

4. Mengukur volume residu bladder

Pengukuran dilakukan setelah klien berkemih atau *Post Voided Residual* (PVR) dengan mengeluarkan sisa urin dengan menggunakan kateter atau dengan menggunakan *scan bladder*. Residu *bladder* normal adalah kurang dari 50 ml, residu yang lebih dari 100 ml menunjukkan adanya pengosongan *bladder* yang tidak adekuat (Hocking, 1999)

5. Voiding Diary (Bladder Chart)

Voiding diary sangat penting untuk mencatat pola eliminasi urin dan pola kebocoran urin. Voiding diary harus dilakukan pada klien yang sedang dalam perawatan UI. Terdapat berbagai macam bentuk voiding diary, penggunaannya tergantung pada informasi yang diinginkan saat pengkajian, kemampuan dan kepatuhan klien untuk mengisi. Semakin detail dan lengkap isi diary maka data yang didapat semakin akurat namun biasanya klien merasa lebih rumit dalam pengisian dan menjadi tidak patuh dalam mengisi voiding diary. Voiding diary sebaiknya berupa catatan yang mudah dibawa klien dalam setiap aktivitas. Pencatatan dilakukan antara 7-14 hari sehingga dapat memberikan hasil yang reliabel. Dalam beberapa praktik yang dilakukan pencatatan selama 1-3 hari cukup untuk merekam masalah UI pada. Dalam beberapa voiding diary selain waktu berkemih dan kebocoran urin, intake cairan klien juga dicatat sebagai data dasar mengukur kapasitas bladder dan jumlah intake cairan per 24 jam klien (Gray & Moore dalam Doughty, 2006).

Tabel 1. Contoh voiding diary untuk melihat fungsi dan kapasitas Bladder:

Waktu	Jumlah Urin	Kebocoran	Jumlah Konsumsi

Tabel 2. Contoh Voiding Diary versi simpel

Waktu	Senin		Selasa		Rabu		Kamis	
	B	Bo	B	Bo	B	Bo	B	Bo
	A	cor	A	cor	A	cor	A	cor
	K		K		K		K	

6. Tes Laboratorium

a. Urinalysis

Urinalisis merupakan pemeriksaan yang esensial untuk klien dengan UI. Pemeriksaan bertujuan untuk mengetahui substansi yang terdapat dalam urin yang dapat berhubungan UI seperti darah, glukosa, pus, bakteri, protein. Pemeriksaan lain yang harus disertakan untuk menyingkirkan adanya infeksi saluran kemih adalah kultur urin (Chan, 1999).

b. Pemeriksaan serum

Pemeriksaan serum darah diindikasikan untuk melihat adanya komplikasi sistemik. Seperti kemungkinan terjadinya peningkatan BUN dan Ureum Creatinin pada klien dengan obstruksi dan memiliki komplikasi hidronefrosis (Chan, 1999).

7. Pengkajian efek UI pada Quality Of Life (QOL)

Pengkajian efek UI terhadap QOL klien dapat direkam dengan menggunakan berbagai instrument pengkajian Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) dikelurakan oleh Kennedy (1992), instrumen ini sudah mengalami beberapa revisi. Instrumen yang lain UDI (Urogenital distress Inventory) berisi 19 pertanyaan yang terkait dengan 1) hubungan LUTS dengan Overactive Bladder; 2) hubungan LUTS dengan Stress UI; 3) hubungan ketidaknyamanan pada saat berkemih dan kondisi Pelvis. Instrumen yang sering digunakan adalah International Prostate Symptom Score (IPPS), instrumen ini disusun untuk mengetahui sejauh mana klien BPH mengalami perubahan pola urinasinya bukan untuk mengetahui derajat pembesaran prostat. Pada beberapa kasus IPPA dapat digunakan pada wanita.

8. Pengkajian lingkungan dan Fasilitas

Pengkajian fasilitas terkait dengan kemudahan klien mencapai toilet, pencahayaan, kondisi lantai, alat bantu klien untuk mencapai tempat tidur. Fasilitas yang dapat dikaji adalah ketersediaan alat bantu UI seperti *Absorbent*, kateter, *padding* dan penggunaan urinal (Kennedy, 1992).

9. Urodinamik

Adalah pemeriksaan untuk melihat transportasi, penyimpanan dan eliminasi urin pada saluran kemih bagian tengah atau bawah.

10. Endoskopi dan Pencitraan

Endoskopi untuk melihat kemungkinan adanya tumor epitel, divertikel yang dapat menyebabkan sumbatan pada saluran kemih.

Intervensi Perilaku

1. Bantuan toileting (*avoiding/toileting assistance*)

- a. Jadwal berkemih, jadwal direkomendasikan disusun untuk satu hari penuh. Dengan menggunakan jadwal berkemih klien diharapkan lebih patuh terhadap waktu berkemih yang telah disepakati. Interval berkemih pada umumnya setiap 2 jam.
- b. Latihan merubah kebiasaan
Merupakan latihan penyesuaian antara kebiasaan klien berkemih dengan jadwal yang telah tersusun. Hal-hal yang disesuaikan antara lain adalah frekuensi, volume, pola kontinen dan inkontinence. Dengan jadwal dan latihan penyesuaian diharapkan klien dapat mempunyai pola baru.
- c. *Prompted voiding* (mengatakan dengan bisikan pada diri sendiri untuk menahan atau mengatur BAK). Bisikan untuk BAK dilakukan setiap interval 2 jam. Tindakan ini direkomendasikan untuk klien yang

mengalami penurunan sensori untuk merasakan regangan pada bladder dan penurunan rangsangan berkemih. Pada pasien yang mengalami kelemahan bisikan dilakukan oleh caregiver. Bila klien berhasil melakukan BAK maka diberi *reward* berupa umpan balik positif (Hay-Smith et al, 2002).

2. *Bladder training/ bladder re-education*

Bladder training sangat direkomendasikan pada pasien yang mengalami Inkontinensia *Urge* atau *overactive Bladder* (OAB) dan bisa juga dilakukan untuk pasien dengan stress inkontinensia. Latihan yang dilakukan dalam *bladder training* adalah menunda berkemih sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan untuk melatih fungsi *bladder* dalam menampung urin sesuai ukuran normal. Dalam penelitian terdapat perbaikan pada klien UI dengan *bladder training* sebesar 10-15 % (Roe et al, 2002; Chin, 2001; NIH, 1988). Terdapat persyaratan untuk klien yang akan menjalani *bladder training*, klien mampu secara fisik, kognitif dan memiliki motivasi untuk latihan. Bentuk latihan yang dilakukan adalah klien harus mematuhi jadwal berkemih yang telah disepakati, selanjutnya klien diminta untuk menahan keinginan berkemih dengan melakukan relaksasi atau distraksi sampai dengan interval waktu yang disepakati selesai (2-3jam). Latihan ini membutuhkan waktu beberapa bulan sehingga memperlihatkan perubahan pada klien.

3. Latihan otot dasar panggul

Latihan otot dasar panggul sangat berpengaruh dalam memperbaiki stress inkontinensia. Tujuan latihan ini adalah untuk meningkatkan kekuatan otot periuretra dan otot dasar pelvis. Pasien yang dapat melakukan latihan ini sebaiknya memiliki beberapa kriteria seperti : 1) kondisi anatomi normal dan *intact*; 2) tidak terdapat organ pelvis yang prolaps; 3) kekuatan dan

kontraktibilitas otot cukup. Terdapat 5 tahapan dalam latihan ini (terlampir). Beberapa alat telah diciptakan untuk meningkatkan kekuatan otot dasar panggul seperti; *vaginal cone*, stimulasi elektrik, *Biofeedback* dan *extracorporeal Magnetic Innervation therapy* (Doughty, 2006).

Pengukuran dan Dukungan Perawatan

1. Kateter urin intermiten

Kateter urin intermiten di rekomendasikan pada pasien dengan UI fungsional, UI Neurogenik atau Reflek, atau klien yang mengalami penurunan kemampuan kognitif (Doughty, 2006). Tujuan tindakan ini adalah untuk mencegah kerusakan pada otot detrusor sebagai akibat regangan yang berlebihan. Pengeluaran urin dengan menggunakan intermitent kateter dilakukan setiap 3-6 jam.

2. Indwelling urinary catheterisation

Indwelling urinary catheter jarang digunakan pada pasien UI. Menurut CDC dan AHCR *indwelling catheter* diindikasikan pada : 1) klien yang mengalami retensi urin dan tidak dapat dikelola; 2) pada klien dengan penyakit terminal dan parah; 3) pasien yang mengalami ulkus dekubitus stage 3 atau 4 dilakukan sampai luka sembuh; 4) pasien UI yang dirawat di rumah dan *caregiver* tidak dapat membantu *toileting*. Perlu diperhatikan tanda-tanda ISK pada pasien dengan *indwelling kateter* (Doughty, 2006).

3. External collection systems

External collection system digunakan oleh klien laki-laki, secara umum dibagi dua yaitu peralatan kompresi uretra dan external kateter. Peralatan kompresi uretra menahan urin dengan melakukan penekanan pada korpus spongiosum, terdapat dua tipe alat yaitu *penile clamp* dan *inftable compression cuff*. Alat ini jarang digunakan karena adanya risiko iskemia pada penis, prosedur ini biasanya dilakukan

pada pasien yang dapat mengerti dan dapat menjalankan prosedur pengosongan setiap 3 jam. *External catheter* atau komdom kateter merupakan alat yang sering menjadi pilihan pada klien laki-laki dibanding *absorbent* dan *indwelling* kateter. Klien yang menggunakan alat ini harus memiliki kulit penis yang *intact* (Jayachandran et al, 1985).

Absorbent products

Absorbent products digunakan untuk mencegah kebocoran pada saat klien beraktivitas sosial atau pada klien dengan UI yang tidak dapat dikelola. Terdapat dua tipe absorben yaitu : *underpads* atau *bedpads* dan *bodyworn product*. Risiko yang terjadi pada penggunaan *absorbent* adalah maserasi dan iritasi perineal. Sehingga direkomendasikan untuk menggunakan pelindung kulit seperti *cream* atau *ointment* (Jayachandran et al, 1985).

4. Perawatan Kulit

Merupakan tindakan pencegahan yang dilakukan untuk menurunkan risiko terjadinya kerusakan kulit atau terjadinya ulkus dekubitus. Metode yang dilakukan pada perawatan kulit (Kennedy, 1992) :

- a. Inspeksi kebersihan dan tanda kemerahan pada area perineal.
- b. Bersihkan kulit segera bila terkenan bocoran urin atau feses.
- c. Gunakan pembersih kulit dan *cream* untuk melindungi kulit perineal.

5. Manajemen diet dan cairan

Klien inkontinensia dianjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan makanan berserat. Klien dianjurkan untuk mengurangi minuman yang mengandung kafein, minuman karbonasi, jenis minuman lain yang dapat meningkatkan rangsang berkemih lebih cepat. Peningkatan makan berserat sangat penting untuk klien guna mencegah terjadinya konstipasi atau impaksi yang dapat menjadi faktor

predisposisi terjadinya UI karena adanya penekanan pada bladder dalam jangka waktu lama.

6. Modifikasi Lingkungan

Modifikasi lingkungan lingkungan agar klien dengan mudah mencapai toilet sehingga tidak terjadi kebocoran. Berikan pencahayaan yang cukup, lantai yang tidak mudah licin. Sediakan peralatan bantu seperti urinal didekat tempat tidur agar mudah dijangkau.

Pendidikan

1. Pendidikan pasien dan caregiver

Tekankan pada klien bahwa UI adalah kondisi yang dapat diatasi dan dikelola. pendidikan yang diberikan pada klien dan caregiver sangat spesifik sesuai dengan permasalahan masing-masing klien. pendidikan harus melibatkan caregiver dan orang terdekat sehingga klien mendapat dukungan dalam menjalankan terapi secara disiplin. pendidikan yang diberikan pada klien dapat mengurangi dan mencegah terjadinya gangguan fisik, psikologis, dan kognitif klien (Patricia et al, 1996; Rigby, 2001).

2. Pendidikan keperawatan

Untuk memeneg gangguan yang spesifik pada klien sangat dibutuhkan perawat yang spesialistik dibidang tersebut, sehingga untuk dapat mengelola UI secara komprehensif diperlukan pendidikan berkelanjutan bagi perawat. Salah satu pendidikan berkelanjutan untuk area ini adalah sertifikasi perawat kontinen (Doughty, 2006).

Penjaminan Kualitas

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan, perawat harus dapat mengidentifikasi implikasi tindakan yang dilakukan, memberikan pelatihan pada perawat

baru dan mengidentifikasi kebutuhan pendidikan pada klien (Doughty, 2006).

1. Parameter evaluasi

Dalam perawatan klien UI indikator yang dapat diukur untuk menilai keberhasilan manajemen pada UI . indikator ini dapat dilihat dari Insiden terjadinya UI selama masa perawatan dilihat dari :

- Proporsi Penerapan *behavioural intervention* pada klien UI yang dirawat di RS
- Proporsi latihan otot dasar pelvis pada klien UI
- Pendidikan berkelanjutan untuk perawat spesifik di bidang inkontinensia
 - Jumlah perawat yang direncanakan mengikuti sertifikasi inkontinensia
 - Proporsi perawat yang telah mengikuti sertifikasi inkontinensia, mampu dan berwenang untuk mengevaluasi dan memeneg UI

2. Peran Manajer

Pengelolaan pelayanan kesehatan bersama dengan tim penjamin kualitas bekerjasama dan memastikan target yang telah ditetapkan dapat tercapai. Peningkatan penjaminan kualitas juga dapat dilakukan *benchmark* dengan Rumah Sakit atau klinik inkontinensia.

KESIMPULAN

Peran perawat dalam mengelola pasien dengan inkontinensia sangat penting. Manajemen perawatan klien inkontinensia secara komprehensif meliputi aspek fisik, psikologi, dan sosial perlu diperhatikan karena akan memberikan hasil yang signifikan terhadap kualitas hidup klien. Dukungan keluarga atau caregiver menjadi penting untuk mencegah depresi dan masalah sosial.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Barry D, Weiss M D. 1998. Problem oriented diagnosis: Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. American Academy of Family Physicians.
- Bradway C, Hernly S, the NICHE faculty. 1998. Urinary incontinence in older adults admitted to acute care. *Geriatric Nursing*. 19(2): 98-101.
- Chan K M, Yap K B, Wong S F, et al. 1999. *Geriatric Medicine for Singapore*. Singapore: Amour Publishing Pte Ltd.
- Chin C M. 2001. *Clinical handbook on the management of incontinence*. 2nd edition. Society for Continence, Singapore.
- Doughty, Dorothy B. 2006. *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concept*. 3rd edition. Mosby : St. Louis
- Fantl J A, Newman D K, Colling J, et al. 1996. *Urinary Incontinence in Adults: Acute and* Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0682. March 1996.
- Hay-Smith E J C, Bo K, Berghmans L C M, et al. 2002. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. [Systematic Review] Cochrane Incontinence Group Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4.
- Hocking J. 1999. Continence problems: how to tackle reticence of patients. *Nursing Times*. 95(1): 56-58. June.
- Jayachandran S, Mooppan U M M, Kim H. 1985. Complications from external (condom) urinary drainage devices. *Urology*. Jan 25(1):31-4.
- Kennedy A. 1992. Bladder Re-education for the Promotion of Continence. In: Roe B, editor(s). *Clinical Nursing Practice: The Promotion and Management of Continence*. London: Prentice Hall, 77-93
- NIH. 1988. *Urinary Incontinence in Adults*. NIH Consens Statement Online. Oct 3-5;7(5):1-32. Last accessed 12 Dec 2002. http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm.
- Patricia A C, Thelma J W, Carol A B, Mayer R. 1996. Psychological factors associated with urinary incontinence. *Clinical Nurse Specialist*. 10(5): 229-233.
- Rigby D. 2001. Integrated continence services. *Nursing Standard*. 16(8): 1-18.
- Roe B, Williams K, Palmer M. 2002. Bladder training for urinary incontinence in adults. [Systematic Review] Cochrane Incontinence Group Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4.
- Thomas S. 2001. Continence in older people: A priority for primary care. *Nursing Standard*. 15(25): 45-53.

JURNAL ILMU KEPERAWATAN

ISSN : 2088-6012

UBMedia-39-1013

Alamat Redaksi :

Gedung Biomedik Lantai 2

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Jalan Veteran Malang 65145

Telepon : (0341) 551611, 569117, 567192 pesawat 126

Fax : (62) (0341) 564755

Email : jik@ub.ac.id

Website : www.jik.ub.ac.id

ISSN 2088-6012



JIK

VOLUME: 1, No. 1, Mei 2013