

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Stroke**

##### **1. Pengertian Stroke**

Stroke adalah kehilangan fungsi otak karena terhentinya suplay darah ke otak. Stroke merupakan peringkat ke-2 penyebab kematian dengan laju mortalitas 18% - 37 %. Stroke adalah salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologis yang utama di Indonesia. Serangan otak ini merupakan kegawat daruratan medis yang harus ditangani secara cepat tepat dan cermat (Pudiastuti, 2011). Stroke merupakan penyakit akibat kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak sehingga meyebabkan perdarahan yang menyebabkan kerusakan sirkulasi serebral atau seluruh lumen pembuluh darah dengan pengaruh sementara atau permanen (Doengoes, 2012).

##### **2. Penyebab Stroke**

Penyebab stroke ada 3 faktor menurut Pudiastuti (2011) adalah :

- a. Faktor resiko medis adalah, migrain, hipertensi (penyakit tekanan darah tinggi), diabetes mellitus, kolesterol, aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah), gangguan jantung, riwayat stroke dalam keluarga, Penyakit ginjal dan, penyakit vaskuler perifer.

- b. Faktor resiko perilaku adalah, kurang olahraga, merokok (aktif & pasif), makanan tidak sehat (*junk food, fast food*), kontrasepsi oral, mendengkur, narkoba, obesitas, stress, dan gaya hidup
  - c. Faktor lain adalah, 1) Trombosis cerebral yang terjadi pada pembuluh darah dimana onklusi terjadi trombosis dapat menyebabkan iskemia jaringan otak, edema dan kongesti di area sekitarnya ; 2) Emboli cerebral merupakan penyumbatan pada pembuluh darah otak karena bekuan darah, lemak atau udara. Kebanyakan emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri cerebral ; 3) Perdarahan intra cerebral yang merupakan pembuluh darah otak bisa pecah terjadi karena aterosklerosis hipertensi. Pecahnya pembuluh darah di otak akan menyebabkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan akibatnya otak akan bengkak, jaringan otak internal tertekan sehingga menyebabkan infark otak, edema dan mungkin herniasi otak ; 4) Migren ; 5) Trombosis sinus dura ; 6) Diseksi arteri karotis atau vertebralis ; 7) Kondisi hiperkoagulasi ; 8) Vaskulitis sistem saraf pusat ; 9) Kelainan hematologis
3. Patofisiologi Stroke

Patofisiologi atau perjalanan penyakit stroke dilandasi oleh sifat otak yang sangat sensitiv terhadap kehilangan suplai darah, dimana otak tidak dapat melakukan metabolisme anaerob dalam keadaan kurang oksigen dan nutrisi. Kondisi hipoksia otak memicu terjadinya iskemia otak. Iskemia

pada jaringan distal termasuk otak yang mendapat suplai darah dari arteri terkait disebabkan oleh adanya onklusi pembuluh darah otak. Dampak dari onklusi menyebabkan oedema disekitar jaringan otak karena minimnya suplai oksigen dan nutrisi. Iskemia dalam waktu singkat memicu terjadinya defisit neurologi jika aliran darah ke otak tidak tergantikan maka akan mengalami kerusakan atau infark (Hidayati, 2008)

#### 4. Manifestasi Klinis

Stroke non hemoragik (iskemik), gejala utamanya timbulnya defisit neurologis secara mendadak/ subakut/ terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun.

Stroke hemoragik dibagi menjadi menurut Pudistuti (2011) adalah :

- a. Perdarahan Subaraknoid (PSA), Pada pasien PSA ditandai dengan nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meningeal.
- b. Perdarahan Intraseebral (PIS), Stroke akibat PIS mempunyai gejala yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertermi. Serangan seringkali siang hari, saat aktivitas, atau emosi atau marah. Sifat nyeri kepala hebat sekali. Mual muntah sering terdapat pada permulaan serangan.

#### 5. Penatalaksanaan stroke

Perawatan umum untuk stroke menurut Pudiastuti (2011) adalah 1) Demam data menyebabkan eksebsi cidera otak iskemik dan harus segera diobati dengan anti piretik (penurun panas) ; 2) Pemberian nutrisi pasien

stroke memiliki resiko tinggi untuk aspirasi, bila pasien sadar penuh berikan satu sendok teh air putih untuk menelan ; 3) Untuk perawatan paru, fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelectasis pada pasien yang tidak bergerak ; 4) Tirah-baring total pada fase akut ; 5) Mengatur nutrisi dan cairan melalui infus ; 6) Diet, puasa jika reflek menelan berkurang atau rendah sodium atau lemak ; 7) Mempertahankan kelancaran jalan nafas dan pemberian oksigen ; 8) Memberikan obat-obatan seperti antikoagulan oral, asetosol, pasien tidak tahan asetosol dapat diganti dengan tiklopidin.

#### 6. Penanganan Stroke

Pasien stroke pada sistem muskuloskeletal akan terjadi penurunan tonus dan kekuatan otot, kehilangan massa otot, akibat dari kelemahan otot untuk proses mobilisasi dan pemenuhan kebutuhan eliminasi terganggu sehingga akan mengalami gangguan eliminasi urin. Gangguan eliminasi urin merupakan keadaan dimana seorang individu mengalami atau resiko ketidakmampuan untuk berkemih. Pada seorang individu yang mengalami gangguan eliminasi akan terpasang kateter. Pemasangan kateter bertujuan untuk mengeluarkan urin yang dimasukkan pada kandung kemih melalui uretra (Mubarok, 2008).

Faktor penyebab gangguan eliminasi urin menurut Ambarwati (2015) adalah :

a. Pertumbuhan dan perkembangan

Jumlah urin yang dikeluarkan dapat dipengaruhi oleh usia dan berat badan seseorang. Pada usia lanjut, wanita hamil volume *bladder* berkurang sehingga frekuensi berkemih sering.

b. Asupan cairan dan makanan

Kebiasaan mengkonsumsi jenis makanan atau minuman tertentu seperti teh, kopi, coklat, cola dapat menyebabkan peningkatan pengeluaran urin. Minuman alkohol menghambat hormon anti deuretik (ADH), sehingga meningkatkan pembuangan urin.

c. Kebiasaan dan gaya hidup atau sosiokultural

Gaya hidup dapat mempengaruhi seseorang untuk berkemih, sebagai contoh seseorang yang buang air kecil disungai atau di alam bebas akan mengalami kesulitan berkemih di toilet atau menggunakan pispot pada saat sakit.

d. Faktor psikologis

Kondisi stress dan cemas dapat menyebabkan peningkatan stimulus berkemih, disamping stimulus buang air kecil (diare) sebagai upaya kompensasi.

e. Aktivitas dan tonus otot

Eliminasi membutuhkan kerja (kontraksi) otot-otot kandung kemih, abdomen, dan pelvis. Apabila terjadi gangguan pada kemampuan tonus

otot dorongan untuk berkemih juga akan berkurang. Aktivitas dapat meningkatkan kemampuan metabolisme dan produksi urin secara optimal

f. Kondisi Patologis

Kondisi sakit seperti demam dapat menyebabkan penurunan produksi urin akibat banyaknya cairan yang dikeluarkan dari kulit. Kondisi inflamasi dan iritasi organ kemih dapat menyebabkan retensi urin.

g. Medikasi

Penggunaan obat contohnya deuretik dapat meningkatkan keluaran urin, sedangkan antikolinergik dapat menyebabkan retensi urin.

h. Pembedahan

Tindakan pembedahan menyebabkan stress yang dapat memicu sindrom adaptasi umum. Kelenjar hipofisi anterior akan melepaskan hormon ADH sehingga meningkatkan reabsorpsi air dan menurunkan haluaran urin. Selain itu, respons stress juga meningkatkan kadar aldosteron yang mengakibatkan penurunan keluaran urin.

i. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan perkemihan seperti pielogram intravena dan urogram, tidak membolehkan pasien mengonsumsi cairan per oral sehingga akan mempengaruhi haluaran urin. Selain itu, pemeriksaan diagnostic yang bertujuan melihat langsung struktur perkemihan (misal sitoskopi) dapat menyebabkan pasien sering mengalami retensi urin dan mengeluarkan urin berwarna merah muda akibat adanya perdarahan.

Jenis-jenis gangguan eliminasi urin. Meskipun urin normal, ada sejumlah faktor atau kondisi yang dapat mempengaruhi eliminasi urin. Beberapa perubahan yang terjadi pada pola eliminasi urin akibat kondisi tersebut antara lain menurut Alimul H (2008) adalah :

a. Inkontensia urin

Inkontensia urin adalah kondisi ketika dorongan berkemih tidak mampu dikontrol oleh sfingter eksternal. Sifatnya bisa menyeluruh (Inkontensia komplet) atau sebagian (Inkontensia parsial). Ada dua jenis inkontensia yaitu inkontensia stress dan inkontensia urgensi:

1) Inkontensia stress

Inkontensia stress terjadi saat tekanan intra abdomen. Inkontensia stress terjadi saat tekanan intra abdomen meningkat dan menyebabkan kompres kandung kemih. Kondisi ini biasanya terjadi ketika seseorang batuk atau tertawa. Penyebabnya antara lain peningkatan tekanan intra abdomen, perubahan degeneratif terkait usia.

2) Inkontensia urgensi

Inkontensia urgensi terjadi saat klien mengalami pengeluaran urin involunter karena desakan yang kuat dan tiba-tiba untuk berkemih. Penyebabnya antara lain infeksi saluran kemih bagian bawah, spasme kandung kemih, overdistensi kandung kemih, penurunan kapasitas kandung kemih, peningkatan konsumsi kafein atau alkohol serta peningkatan konsentrasi urin.

b. Retensi urin

Retensi urin adalah kondisi tertahannya urin di kandung kemih akibat terganggunya proses pengosongan kandung kemih sehingga kandung kemih menjadi regang. Kondisi ini antara lain disebabkan oleh obstruksi, pembedahan, otot sfingter yang kuat, peningkatan tekanan uretra akibat otot detrusor yang lemah.

c. Enuresis (mengompol)

Enuresis adalah peristiwa berkemih yang tidak disadari pada anak yang usianya melampaui batas usia normal kontrol kandung kemih seharusnya tercapai. Enuresis lebih banyak terjadi pada anak-anak di malam hari (enuresis nokturnal). Faktor penyebabnya antara lain kapasitas kandung kemih yang kurang dari normal, infeksi saluran kemih, konsumsi makanan yang banyak mengandung garam dan mineral, takut keluar malam, dan gangguan pola miksi.

d. Sering berkemih (frekuensi)

Sering berkemih (frekuensi) adalah meningkatnya frekuensi berkemih tanpa disertai peningkatan asupan cairan. Kondisi ini biasanya terjadi pada wanita hamil (tekanan rahim pada kandung kemih) kondisi stress, dan infeksi saluran kemih.

e. Urgensi

Urgensi adalah perasaan yang sangat kuat untuk berkemih. Ini biasa terjadi pada anak-anak karena kemampuan kontrol sfingter mereka yang lemah. Gangguan ini biasanya muncul pada kondisi stress psikologi dan iritasi uretra.

f. Disuria

Disuria adalah rasa nyeri dan kesulitan saat berkemih, Ini biasanya terjadi pada kasus infeksi uretra, infeksi saluran kemih, trauma kandung kemih.

Tindakan penatalaksanaan pada pasien stroke yang mengalami inkontensia berkemih dilakukan katerisasi. Katerisasi merupakan tindakan untuk membatu pasien pada gangguan perkemihan karena retensi urin. Katerisasi urin adalah tindakan memasukkan selang karet atau plastik melalui uretra kedalam kandung kemih, pemasangan kateter menyebabkan urin mengalir secara kontinu pada pasien yang tidak mampu mengontrol perkemihan, atau pasien yang mengalami obstruksi (Hidayati, 2016).

Pemasangan kateter merupakan memasukkan selang atau plastik (kateter) kedalam kandung kemih melalui uretra (Asmadi, 2008). Kateter menjadi saluran urin yang tidak mampu mengendalikan berkemih. Pemasangan kateter bisa mengukur keluaran urin pada pasien dengan hemodinamika. Resiko pemasangan kateter bisa menyebabkan Infeksi Saluran Kemih, sumbatan pada uretra (Potter & Perry, 2010). Tujuan

pemasangan kateter, menghilangkan distensi kandung kemih, mengkaji jumlah residu urin, jika kandung kemih tidak mampu mengosongkan semua, dan mendapatkan spesimen urin (Hidayati, 2016). Dampak pemakaian *douwer chateter* dalam jangka waktu yang lama sering menimbulkan komplikasi, diantaranya infeksi saluran kemih, trauma jaringan uretra, iritasi kandung kamih (Kusumaningrum, 2007).

Tipe kateter terbagi menjadi dua yaitu, pemasangan kateter sementara (*strainght kateter*) dilakukan saat pengosongan kandung kemih dilakukan secara rutin sesuai jadwal, sedangkan pemasangan kateter menetap atau indwelling catheter (*folley kateter*) dilakukan apabila pengosongan kateter dilakukan secara terus menerus. Kateter sementara (*strainght katerer*) Pemasangan kateter intermitten dapat dilakukan secara berulang, namun penggunaan berulang dapat menyebabaka resiko infeksi (Potter & Perry, 2010).

Pemasangan kateter sementara jika tindakan untuk mengeluarkan urin dari kandung kemih dibutuhkan. Efek dari pemasangan kateter dapat menimbulkan infeksi. Kerugian kateter sementara akan timbul bahaya distensi kandung kemih, resiko trauma uretra akibat kateter yang keluar masuk secara berulang, resiko infeksi akibat masuknya kuman-kuman dari luar. Kateter menetap (*folley kateter*) Kateter menetap dipasang untuk periode waktu lama, dipasang untuk beberapa minggu pemakaian sebelum dilakukan pennggatian kateter, pemasangan kateter menetap dilakukan sampai pasien mampu berkemih dengan tuntas dan spontan atau selama

pengukuran urin akurat dibutuhkan (Potter & Perry, 2010). Pemasangan kateter menetap banyak menimbulkan infeksi atau sepsis.

Indikasi kateringisasi, Indikasi pemasangan kateter sementara digunakan pada penatalaksanaan jangka panjang pasien akan mengalami cedera medula spinalis, degenerasi neuromuscular atau kandung kemih yang tidak kompeten, pengambilan spesimen urin steril, pengkajian residu setelah pengosongan kandung kemih dan meredakan rasa tidak nyaman akibat distensi kandung kemih (Potter & Perry, 2010). Kateringisasi sementara digunakan pada pasien yang tidak mampu berkemih 8-12 jam setelah operasi sedative atau analgetik, cedera pada tulang belakang, degenerasi neuromuscular secara progresif dan pengeluaran urin residu. Kateringisasi menetap (*folley kateter*) digunakan pada pasien post TUR-P, obstruksi aliran urin, obstruksi uretra, pada pasien inkontensia dan disorientasi berat.

## **B. Asuhan Keperawatan Pasien Stroke**

### **1. Pengkajian**

- a. Identitas pasien, meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomer register, diagnosa medis
- b. Keluhan utama, biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo dan tidak dapat komunikasi
- c. Riwayat penyakit sekarang, serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung mendadak, pada saat pasien melakukan aktivitas, biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, kejang sampai tidak sadar,

disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

- d. Riwayat penyakit dahulu, adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, obat-obatan adiktif, kegemukan
- e. Riwayat penyakit keluarga, Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus
- f. Riwayat psikososial, faktor biaya mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga
- g. Pola-pola fungsi kesehatan
  - 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat, biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi oral, Tanyakan keadaan pasien apakah gangguan eliminasi urin mempengaruhi perasaan dalam kehidupan normal pasien, tanyakan bagaimana perasaan pasien saat menggunakan kateter urin
  - 2) Pola nutrisi dan metabolisme, adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah fase akut
  - 3) Pola eliminasi, biasanya terjadi inkontensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Kaji frekuensi, urgensi dan jumlah urin output, perubahan warna urin, adanya darah pada urin.

- a) Pola Berkemih, Pertanyaan terkait pola berkemih sifatnya individual, Ini tergantung individu, apakah pola berkemihnya termasuk dalam katagori normal atau apakah merasa ada perubahan pada pola berkemihnya. Selain itu tanyakan faktor-faktor yang mempengaruhi pola berkemih (Asmadi: 2008)
  - b) Frekuensi Berkemih hal yang dikaji adalah, 5 kali/7 hari, tergantung kebiasaan seseorang, 70% miksi pada siang hari, sedangkan sisanya dilakukan pada malam hari, menjelang dan sesudah bangun tidur. Volume Berkemih yang dikaji adalah perubahan volume berkemih untuk mengetahui adanya ketidakseimbangan cairan dengan membandingkan dengan volume berkemih normal. Asupan dan Haluaran cairan yang dikaji adalah catat haluaran urin selama 24 jam, kaji kebiasaan minum klien setiap hari (jenis dan jumlah cairan yang diminum, Catat asupan cairan per oral, lewat makanan, lewat cairan infus, atau NGT (jika ada) rata-rata (Asmadi, 2008).
- 4) Pola aktivitas dan latihan, adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, atau hemiplegi, mudah lelah
  - 5) Pola tidur dan istirahat, biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat, karena kejang otot atau nyeri otot

- 6) Pola hubungan dan peran, adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara
- 7) Pola persepsi dan konsep diri, pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah tidak kooperatif
- 8) Pola sensori dan kognitif, pasien mengalami gangguan penglihatan, kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan, pola kognitif penurunan memori
- 9) Pola produksi seksual, penurunan gairah seksual akibat pengobatan stroke seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine
- 10) Pola penanggulangan stress, pasien kesulitan mengatasi masalah gangguan proses berfikir, kesulitan berkomunikasi
- 11) Pola tata nilai dan kepercayaan, Pasien jarang melakukan ibadah karena tingkah laku tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

## 2. Diagnosa keperawatan pada pasien stroke

Berdasarkan pengkajian diatas, dapat disimpulkan diagnosa yang muncul pada pasien stroke menurut NANDA (2015-2017) adalah :

- a. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan perdarahan intracerebral
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan himiprase atau hemiplegi

- c. Gangguan perfusi sensori perabaan yang berhubungan dengan penekanan pada saraf sensori, penurunan penglihatan
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi otak
- e. Resiko gangguan nutrisi berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah dan menelan
- f. Kurangnya pemenuhan perawatan diri berhubungan dengan hemiparese atau hemiplegi
- g. Resiko gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tirah baring
- h. Gangguan eliminasi urin (inkontensia urin) berhubungan dengan penurunan sensasi, disfungsi kognitif, ketidakmampuan komunikasi, hemiparese, ketidakmampuan mengakses toilet

### 3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan menurut Mongan (2014) adalah :

Inkontensia urin (fungsional, stress, tidak tertahankan)

- 1) Perencanaan : Monitor keadaan *bladder* setiap 2 jam

Rasional : Membantu mencegah distensi atau komplikasi

- 2) Perencanaan: Tingkatkan aktivitas dengan kolaborasi dokter/fisioterapi

Rasional : Meningkatkan kekuatan otot ginjal dan fungsi *bladder*

- 3) Perencanaan : Kolaborasi dalam *bladder training*

Rasional : Memperkuat otot dasar pelvis

4) Perencanaan : Hindari pencetus faktor inkontensia urin seperti cemas

Rasional : Mengurangi menghindari inkontensia

5) Perencanaan : Kolaborasi dengan dokter dalam pengobatan dan kateringisasi

Rasional : Mengatasi faktor penyebab

6) Perencanaan : Jelaskan pengobatan, kateter, penyebab, tindakan lain

Rasional : Meningkatkan pengetahuan dan diharapkan pasien lebih kooperatif

Intervensi keperawatan menurut Doengoes (2012) adalah :

1) Kaji pola berkemih dan dan bandingkan dengan sekarang

Rasional : Memberikan informasi mengenai perubahan yang mungkin terjadi selanjutnya

2) Buat latihan kandung kemih (*bladder training*) dan tingkatkan partisipasi kemampuan pasien

Rasional : Menstimulasi kesadaran pasien, meningkatkan pengaturan fungsi tubuh

3) Anjurkan minum adekuat selama siang hari minimal (paling sedikit 2 liter, sesuai toleransi), diet tinggi serat, dan sari buah, batasi minum saat menjelang malam dan waktu tidur

Rasional : Menurunkan resiko dehidrasi/konstipasi. Pembatasan minum dapat menghindari inkontensia urin

- 4) Berikan pentingnya hidrasi optimal (sedikitnya 2000 cc per hari bila tidak ada kontraindikasi)

Rasional : Hidrasi optimal dapat menghindari terjadinya infeksi saluran kemih dan batu ginjal.

- 5) Pantau penampilan/ warna urin, catat konsistensi urin

Rasional : Pendeteksian suatu perubahan dapat menambah intervensi, mencegah komplikasi

Menurut NIC (*Nursing Interventions Classifications*) Latihan kandung kemih ditujukan untuk meningkatkan fungsi kandung kemih dengan aktivitas- aktivitas sebagai berikut : Pertimbangkan dorongan untuk mengosongkan kandung kemih, bantu untuk identifikasi pola-pola inkontensia, tentukan interval jadwal berkemih awal berdasarkan pola berkemih, tingkatkan interval eliminasi dalam setengah jam jika pasien tidak dapat mengosongkan kandung kemih pada dua atau lebih eliminasi terjadwal, Tingkatkan interval eliminasi dalam 1 jam jika pasien tidak memiliki episode inkontensia selama 3 hari hingga optimal 4 jam interval tercapai, tunjukkan kepercayaan bahwa inkontensia dapat ditingkatkan, Ajarkan pasien secara sadar menahan urin, diskusikan dari inkontensia urin untuk memberi penguatan.

Tabel 1. Skala Target *Outcome*

| Indikator                             | Sangat terganggu | Banyak terganggu | Cukup terganggu | Sedikit terganggu | Tidak terganggu |
|---------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Pola eliminasi                        | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |
| Bau urin                              | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |
| Jumlah urin                           | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |
| Kejernihan urin                       | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |
| Intake cairan                         | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |
| Mengosongkan kandung kemih sebelumnya | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |
| Mengenal i keinginan untuk berkemih   | 1                | 2                | 3               | 4                 | 5               |

| Indikator                       | Berat | Cukup berat | Sedang | Ringan | Tidak ada |
|---------------------------------|-------|-------------|--------|--------|-----------|
| Pertikel-partikel urin terlihat | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |
| Darah terlihat dalam urin       | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |
| Nyeri saat kencing              | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |
| Rasa terbakar saat berkemih     | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |
| Ragu untuk berkemih             | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |
| Frekuensi berkemih              | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |
| Keinginan mendesak              | 1     | 2           | 3      | 4      | 5         |

|                        |   |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| untuk berkemih         |   |   |   |   |   |
| Retensi urin           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nokturia               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Inkontensia urin       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stress inkontensia     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Inkontensia berkemih   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Inkontensia fungsional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sumber : (Moorhead, 2016)

#### 4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah aksi dalam melakukan tindakan dari keperawatan, selesaikan perencanaan mandiri dan kolaboratif untuk membantu pasien mencapai hasil dan tujuan yang diinginkan. Tindakan mandiri adalah aktivitas dimana perawat menggunakan pertimbangannya sendiri (Potter & Perry, 2010).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan adalah evaluasi dengan pasien yang terpasang kateter urin, dengan dilakukan teknik *bladder training*. Pasien merupakan sumber evaluasi hasil dari respons terbaik bagi asuhan keperawatan, Namun perawat harus mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dengan membandingkan tujuan, Evaluasi perubahan berkemih klien dengan adanya gangguan saluran kemih yang menetap. Bandingkan hasil aktual dengan hasil yang diharapkan untuk menentukan keberhasilan sebagian dalam mencapai hasil (Potter & Perry, 2010).

Evaluasi yang diperhatikan pada pasien dengan gangguan eliminasi urin adalah menurut Alimul H ( 2008) adalah :

- a. Periksa ulang pola perkemihan pasien serta tanda dan gejala gangguan
- b. Lakukan inspeksi terhadap karakteristik urin
- c. Minta pasien dan keluarga mendemonstrasikan keterampilan perawatan diri
- d. Minta pasien untuk mendemostrasikan perasaanya tentang perubahan eliminasi yang bersifat permanen
- e. Tanyakan harapan pasien apakah sudah terpenuhi
- f. Berkemih secara normal ditujukan dengan pasien berkemih sesuai asupan cairan dan pasien mampu berkemih tanpa obat, atau terpasang kateter
- g. Mengosongkan kandung kemih, ditujukan dengan berkurangnya distensi, volume residu, dan kelancaran drainase
- h. Mencegah infeksi, ditandai tidak terjadi infeksi kulit sekitar uretostomi kering.
- i. Mempertahankan integritas kulit ditujukan dengan adanya perineal kering tanpa inflamasi.
- j. Melakukan bladder training, ditujukan dengan berkurangnya frekuensi inkontensia dan mampu berkemih ketika ingin berkemih .

### C. Penerapan Teknik *Bladder Training*

#### 1. Pengertian *bladder training*

*Bladder training* merupakan suatu latihan yang dilakukan dalam rangka melatih otot-otot kandung kemih, dengan tujuan mengembalikan pola kebiasaan berkemih (Asmadi, 2008).

#### 2. Tujuan *bladder training*

*Bladder training* adalah untuk melatih kandung kemih dan mengembalikan pola normal perkemihan dengan menghambat atau menstimulasi pengeluaran air kemih (Endah, 2015).

Dengan demikian pasien dapat : (a) Pasien mengontrol berkemih (b) Menghindari kelembaban dan iritasi pada kulit dan (c) Menghindari isolasi sosial.

Cara kerja *bladder training* adalah : (a) Memperpanjang waktu menahan berkemih ; (b) Meningkatkan jumlah urin yang ditampung dalam kandung kemih dan (c) Memperbaiki kontrol terhadap pengeluaran urin

#### 3. Macam-macam *bladder training* menurut Endah (2015) adalah :

- a. *Kegel exercise* (Latihan pengencangan atau pengeluaran otot-otot dasar panggul) merupakan latihan kegel, aktivitas, fisik yang tersusun dalam suatu program yang dilakukan secara berulang-ulang guna meningkatkan kebugaran tubuh. Latihan kegel dapat meningkatkan mobilitas kandung kemih dan bermanfaat dalam menurunkan gangguan eliminasi urin, memperkuat otot dasar panggul, menghambat kontraksi otot kandung kemih.

b. *Delay uniration* (menunda berkemih)

*Bladder training* dapat dilakukan dengan menahan kencing (menunda untuk berkemih) pada pasien yang terpasang kateter, *bladder training* dapat dilakukan dengan mengeklem atau mengikat aliran urin sebelum kateter dilepas. Tindakan penjepitan memungkinkan terisi urin dan otot destrisor berkontraksi sedangkan pelepasan klem memungkinkan kandung kemih mengosongkan isinya.

c. *Scheduled bathroom* (jadwal berkemih)

Metode *bladder training* dengan jadwal berkemih dapat dilakukan dengan cara membuat jadwal berkemih setiap bangun pagi, setiap dua jam pada siang dan sore hari, setiap empat jam pada malam hari, dan sebelum tidur malam. Memberikan cairan sesuai kebutuhan 30 menit sebelum waktu berkemih.

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi *bladder training* menurut Hidayati (2008) adalah :

a. *Intake* cairan,

*Intake* atau cairan yang cukup antara 2000-2600 ml air per hari. Rekomendasikan untuk memberikan hidrasi yang cukup dan membuat kandung kemih mengangakat secara normal sehingga reflex kontraksi dapat terjadi. Masukan atau intake cairan yang cukup akan menghasilkan urin yang cukup untuk menstimulasi kandung kemih agar dikosongkan. Cairan infus dihitung juga sebagai *intake* cairan, pasien didorong untuk minum banyak pada siang hari dan dibatasi

pada malam hari. *Bladder training* pasien perlu menghindari minuman dengan efek diuretik seperti kopi, teh, alkohol, cola karena dapat mengiritasi kandung kemih.

b. Kemampuan pengontrolan saraf perkemihan

Kemampuan pengontrolan saraf dipengaruhi oleh reflek spinal diatur oleh sistem saraf pusat (otak, batang otak, dan saraf spinal)

c. Kemampuan ginjal dalam filtrasi

Ginjal mempengaruhi keberhasilan *bladder training* dikarenakan produksi urin dihasilkan oleh ginjal dan masuk ke dalam kandung kemih yang akan menimbulkan sensasi kandung kemih dilanjutkan transmisi ke sistem saraf pusat sehingga keinginan berkemih muncul. Perlu dilakukan observasi warna, jumlah dan konsistensi urin di dalam kantong urin sebelum *bladder training*, dengan tujuan untuk meyakinkan tidak ada gangguan dalam sistem perkemihan pasien yang akan dilakukan *bladder training*.

d. Usia

Perubahan struktural dan fungsional akan menghambat pengosongan kandung kemih. Penambahan usia menyebabkan kandung kemih semakin corong, otot panggul lemah, menambah *urgency* dalam berkemih.

e. Jenis kelamin

Pada laki-laki otot bisa mengatur lebih baik dibanding wanita, pada wanita terjadi penurunan hormone estrogen menyebabkan otot lemah.

Pembesaran prostat pada laki-laki akan menghambat proses pengosongan kandung kemih.

f. Kesiapan pasien sebelum *bladder training*

Pasien yang akan dilakukan *bladder training* diketahui tujuan, prosedur sehingga dapat berpartisipasi aktif dan bisa dikaji kognitif afektif dan psikomotor. Perlu dikaji pula kemampuan berbicara. Pasien yang mengaami kelemahan fisik perlu adanya dukungan keluarga pasien dalam pelaksanaan *bladder training*.

5. Indikasi *bladder training*

*Bladder training* dilakukan pada pasien dengan inkontensia urin, atau pada pasien yang akan melepas kateter, Pasien yang terpasang kateter cukup lama, pasien post operasi (Endah, 2015). Kriteria *bladder training* pasien dapat dilakukan *bladder training* apabila memenuhi kriteria sebagai berikut, terpasang kateter minimal 7 - 12 hari, pasien komunikatif, dilakukan ketika akan dilepas (*aff* kateter) tidak mengalami infeksi saluran kemih (Hidayati, 2008).

6. Kontraindikasi *bladder training*

Kontraindikasi infeksi kandung kemih yang paling sering disebabkan oleh menyebarnya infeksi dari uretra, gangguan atau kelainan pada uretra, pembengkakan ginjal yang terjadi akibat akumulasi urin disaluran kemih bagian atas, gagal ginjal (Endah, 2015).