



**Lampiran 4**

**INFORM CONSENT**

Bapak/ Ibu

Di tempat

Bapak/ Ibu yang saya hormati,

Saya mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi Keperawatan Malang yang sedang dalam proses penyelesaian tugas penyelesaian tugas akhir sebagai syarat kelulusan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, oleh karena itu, mohon kesediaan dan keikhlasannya untuk menjadi responden pada penelitian saya. Tujuan penelitian ini untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada lansia dengan inkontinensia urin stres di PSLU Griya Asih, Lawang. Untuk maksud tersebut kami berharap kesediaan untuk berkerjasama dalam jalannya asuhan keperawatan ini.

Data yang diberikan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Kemahasiswaan identitas bapak / ibu akan dijamin sepenuhnya.

Atas bantuan dan perhatiannya saya sampaikan terimakasih.

Malang,..... 2016

Hormat saya,

Responden,

Tiana Rachmadita  
1401100034

.....

**FORMULIR PERSETUJUAN  
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
.....

Umur :  
.....

Jenis Kelamin :  
.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut dibawah ini yang berjudul:

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN INKONTINENSIA  
URIN STRES DI PANTI GRIYA ASIH LAWANG”

Dengan sukarela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian diatas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Malang, ..... 2016

Mengetahui  
Penanggung jawab penelitian,

Yang menyetujui  
Responden penelitian,

Tiana Rachmadita  
1401100034

(.....)

## INFORM CONSENT

Bapak/ Ibu

Di tempat

Bapak/ Ibu yang saya hormati,

Saya mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi Keperawatan Malang yang sedang dalam proses penyelesaian tugas penyelesaian tugas akhir sebagai syarat kelulusan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, oleh karena itu, mohon kesediaan dan keikhlasannya untuk menjadi responden pada penelitian saya. Tujuan penelitian ini untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada lansia dengan inkontinensia urin stres di PSLU Griya Asih, Lawang. Untuk maksud tersebut kami berharap kesediaan untuk berkerjasama dalam jalannya asuhan keperawatan ini.

Data yang diberikan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Kemahasiswaan identitas bapak / ibu akan dijamin sepenuhnya.

Atas bantuan dan perhatiannya saya sampaikan terimakasih.

Malang,..... 2016

Hormat saya,

Responden,

Tiana Rachmadita  
1401100034

.....

**FORMULIR PERSETUJUAN  
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
.....

Umur :  
.....

Jenis Kelamin :  
.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut dibawah ini yang berjudul:

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN INKONTINENSIA  
URIN STRES DI PANTI GRIYA ASIH LAWANG”

Dengan sukarela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian diatas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Malang, ..... 2016

Mengetahui  
Penanggung jawab penelitian,

Yang menyetujui  
Responden penelitian,

Tiana Rachmadita  
1401100034

(.....)

Lampiran 5

**FORMAT PENGKAJIAN DATA DASAR USIA LANJUT**

*Oleh : Imam Subekti, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom/Poltekkes Kemenkes Malang*

**1. BIODATA**

Unit/ UPT : ----- Nama Wisma :-----

Nama Klien : ----- No Reg. :-----

U m u r : -----tahun Jenis Kelamin : Laki-laki/ Perempuan

Alamat asal :-----

Tanggal waktu datang \_\_\_\_\_ Lama tinggal di Panti :\_\_\_\_\_

Orang yang bisa dihubungi /penganggung jawab (Nama) :-----

Alamat : -----

Telp.:\_\_\_\_\_

**2. POLA PERSEPSI KESEHATAN/ PENGELOLAAN PEMELIHARAAN KESEHATAN :**

**Penyakit/masalah kesehatan saat ini :**

Keluhan utama saat ini \_\_\_\_\_

Riwayat penyakit  
sekarang :\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Riwayat penyakit yang lalu :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merokok:\_\_\_ Tidak \_\_\_ Ya Jumlah \_\_\_<1 pak/hari \_\_\_ 1-2 pak/hari

\_\_\_ > 2 pak/hari. Minum Kopi : \_\_\_1 gls/hr \_\_\_2 gls/hr \_\_\_ > 2 gls/hr

Suka makan asin : \_\_\_ Ya \_\_\_ Tidak. Suka makan manis : \_\_\_ Ya \_\_\_ Tidak

Mengonsumsi tinggi purin : \_\_\_ Sering \_\_\_ Kadang \_\_\_ tidak pernah

Mengonsumsi makanan berlemak : \_\_\_ Sering \_\_\_ Kadang \_\_\_ Tidak pernah

Alkohol : \_\_\_ Tidak \_\_\_ Ya Jumlah : \_\_\_ < 1 botol/hari \_\_\_ 1- 2 botol/hari

\_\_\_ >2 botol/hari Jenis : \_\_\_\_\_

Mengonsumsi obat – obatan dijual bebas /tanpa resep : \_\_\_ Tidak \_\_\_ Ya Macam :

\_\_\_\_\_

Alergi ( Obat, makanan, plester, cairan ) : \_\_\_ Tidak \_\_\_ Ya Macam : \_\_\_\_\_

Reaksi : \_\_\_\_\_

Harapan tinggal di panti :

\_\_\_\_\_

---

Pengetahuan tentang penyakit/masalah kesehatan saat ini ( pengertian, penyebab, tanda gejala, cara perawatan) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pengetahuan tentang pencegahan penyakit/masalah kesehatan saat ini (cara-cara pencegahan) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pengetahuan tentang keamanan/keselamatan (pencegahan terhadap cedera/kecelakaan) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. AKTIVITAS LATIHAN

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
----	----------	----------------	---------	-------------------

1	Makan	5	10	
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, atau sebaliknya	5-10	15	
3	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
4	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
5	Mandi	0	5	
6	Berjalan di permukaan datar (jika tidak bisa, dengan kursi roda )	0	5	
7	Naik turun tangga	5	10	
8	Mengenakan pakaian	5	10	
9	Kontrol bowel (BAB)	5	10	
10	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	
<b>Jumlah :</b>				

**Interpretasi :**

Jika skore kurang dari 60 : memerlukan bantuan pada beberapa aktifitas

Jika skore > 60 - < 90 : memerlukan bantuan minimal/ ringan

Jika skore 90 : mandiri

ALAT BANTU :  Tidak  Kruk  Pispot disamping tempat tidur  Tripot

Walker  Tongkat  Kursi roda  Lain- lain, sebutkan \_\_\_\_\_

**4. NUTRISI DAN METABOLIK**

Jenis makanan saat ini (nasi/ bubur/ cair) dan suplemen :

\_\_\_\_\_ Diet/makanan pantangan yg dijalani saat

ini :  Tidak  Ya Macam : \_\_\_\_\_

Program diet saat ini :  Tidak  Ya, macam : \_\_\_\_\_

Jumlah porsi setiap kali makan: \_\_\_\_\_ Frekwensi dalam 1 hari: \_\_\_\_\_

Nafsu makan:  Normal  Bertambah  Berkurang  Penurunan sensasi rasa

\_\_\_Mual \_\_\_Muntah \_\_\_Stomatitis

Berat badan saat ini : \_\_\_\_\_ Kg Tinggi Badan : \_\_\_\_\_cm

Fluktuasi berat badan 6 bulan terakhir:

\_\_\_ tidak naik/turun \_\_\_\_\_Kg \_\_\_ naik. \_\_\_\_\_Kg

Kesukaran menelan: \_\_\_Tidak \_\_\_Ya, untuk makanan jenis : \_\_\_padat \_\_\_cairan

Gigi palsu: \_\_\_Tidak \_\_\_Ya \_\_\_ bagian atas \_\_\_bagian bawah

Gigi ompong : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya \_\_\_Bagian atas \_\_\_Bagian bawah \_\_\_Sebagian besar

Jumlah cairan/minum : \_\_\_< 1 ltr/hri \_\_\_ 1-2 ltr/ \_\_\_ > 2 ltr/hari

Jenis cairan :

\_\_\_\_\_

Riwayat masalah penyembuhan kulit \_\_\_Tidak ada \_\_\_Penyembuhan Abnormal \_\_\_ada ruam

\_\_\_Kering \_\_\_ ada luka/lesi \_\_\_Pruritus

Pengkajian Determinan Nutrisi : \_\_\_\_\_ Baik/tdk ada resiko \_\_\_\_\_ Resiko moderate

\_\_\_\_\_ Resiko tinggi **(lihat lampiran form 1)**

## 5. ELIMINASI

Kebiasaan defekasi (BAB): \_\_\_ kali/hari \_\_\_ kali/minggu Tgl Defekasi

terakhir\_\_\_\_\_

Pola BAB saat ini : \_\_\_dalam batas normal (DBN) \_\_\_ Konstipasi \_\_\_Diare

\_\_\_Inkontinensia \_\_\_Nyeri \_\_\_Keluar darah Warna faeces : \_\_\_\_\_

Colostomy : \_\_\_ tidak \_\_\_Ya Dapat merawat sendiri Colostomy : \_\_\_Ya \_\_\_Tidak

Kebiasaan BAK: \_\_\_ kali/hari Jumlah \_\_\_\_\_ cc/hari \_\_\_Malam sering berkemih

\_\_\_Kesukaran menahan/beser \_\_\_Nyeri/disuri \_\_\_Menetes/oliguri \_\_\_Anuri

Warna Urin:\_\_\_\_\_ Alat Bantu: \_\_\_Folley kateter \_\_\_kondom kateter

\_\_\_ngompol

## 6. TIDUR-ISTIRAHAT

Kebiasaan tidur: \_\_\_\_\_jam/malam hari \_\_\_\_\_jam /tidur siang Nyenyak tidur \_\_\_Ya  
\_\_\_tidak Masalah tidur \_\_\_Tidak ada \_\_\_Ya \_\_\_ terbangun malam hari \_\_\_Sulit  
tidur/ Insomnia \_\_\_Mimpi buruk \_\_\_Nyeri/tdk nyaman \_\_\_Gangg. Psikologis, sebutkan

---

## 7. KOGNITIF-PERSEPTUAL (Berdasarkan obsevasi perawat)

**Keadaan mental:** \_\_\_ stabil \_\_\_ Afasia \_\_\_Sukar bercerita \_\_\_Disorientasi \_\_\_Kacau  
mental \_\_\_Menyerang/agresif \_\_\_Tidak ada respons

**Pengkajian emosional :** \_\_\_\_\_ ada masalah emosional \_\_\_\_\_tidak ada masalah (**Lihat  
Lampiran Form 2**) Berbicara: \_\_\_Normal \_\_\_Bicara tidak jelas \_\_\_Berbicara  
inkoheren \_\_\_Tdk dapat berkomunikasi verbal, Bahasa yang dikuasai: \_\_\_Indonesia

Lain-lain : \_\_\_\_\_

---

Kemampuan memahami:\_\_\_Ya \_\_\_Tidak

**Pengkajian fungsi intelektual** dengan menggunakan **SPMSQ:**

\_\_\_Fungsi intelektual utuh \_\_\_\_\_Kerusakan intelektual ringan \_\_\_\_\_Kerusakan intelektual  
sedang \_\_\_\_\_kerusakan intelektual berat (**Lihat Lampiran Form 3**)

**Pengkajian kemampuan kognitif** dengan menggunakan **MMSE :** \_\_\_\_\_ tidak ada gangguan  
kognitif \_\_\_\_\_gangguan kognitif sedang \_\_\_\_\_ gangguan kognitif berat (**Lihat Lampiran  
Form 4**)

**Kecemasan:** \_\_\_Ringan \_\_\_Sedang \_\_\_Berat (**Lihat Lampiran Form 5**)

\_\_\_Panik Ketakutan : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya \_\_\_\_\_

**Pengkajian Depresi dengan Geriatric Depressioion Scale (Short Form)** dari Yesafage :

\_\_\_Tidak ada depresi \_\_\_\_\_Ada depresi (**Lihat Lampiran Form 6**)

Pendengaran:\_\_\_DBN \_\_\_Terganggu ( \_\_\_Ka \_\_\_Ki)\_\_\_Tuli ( \_\_\_Ka \_\_\_Ki)

\_\_\_Alat Bantu dengar \_\_\_Tinitus

Penglihatan: \_\_\_DBN \_\_\_Kacamata \_\_\_Lensa kontak \_\_\_Mata kabur \_\_\_Kanan\_\_\_Kiri

Buta  Kanan  Kiri Vergito:  Ya  Tidak

Nyeri:  Tidak  Ya  Akut  Kronis Lokasi Nyeri \_\_\_\_\_

Nyeri berkurang dengan cara : \_\_\_\_\_  Tdk Dapat

### 8. PERSEPSI DIRI/KONSEP DIRI

Masalah utama sehubungan dengan dirawat di panti :

Adakah ancaman perubahan penampilan/kehilangan anggota badan  Tidak  Ya

Adakah penurunan harga diri :  Tidak  Ya

Adakah ancaman kematian :  Tidak  Ya

Adakah ancaman terhadap kesembuhan penyakit :  Tidak  Ya

Adakah masalah keuangan :  Tidak  Ya

### 9. POLA KOPING/ TOLERANSI STRES

Berdasarkan masalah yang dihadapi diatas (konsep diri) , Pola koping individual :  Konstruktif /efektif  Tdk efektif  Tidak mampu

### 10. SEKSUALITAS/ REPRODUKSI

Periode Menstruasi Terakhir (PMT) \_\_\_\_\_ Masalah Menstruasi/Hormonal:

Tidak  Ya \_\_\_\_\_ Pap Smear Terakhir: \_\_\_\_\_

Pemeriksaan Payudara/Testis sendiri  Ya  Tidak Gangguan seksual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Penyebab : \_\_\_\_\_

### 11. PERAN-HUBUNGAN

Peran saat ini yang dijalankan : \_\_\_\_\_

Penampilan peran sehubungan dengan sakit :  Tidak ada masalah  Ada masalah,

sebutkan : \_\_\_\_\_

Sistem pendukung: \_\_\_Pasangan(Istri/Suami) \_\_\_Saudara/famili \_\_\_Orang tua/wali  
\_\_\_ teman dekat \_\_\_ tetangga

Interaksi dengan orang lain : \_\_\_Baik \_\_\_ Ada masalah \_\_\_\_\_

Menutup diri : \_\_\_ Tidak \_\_\_ Ya \_\_\_\_\_

Mengisolasi diri/diisolasi orang lain : \_\_\_Tidak \_\_\_ Ya \_\_\_\_\_

**Pengkajian fungsi sosial dengan Appar Keluarga Dengan Lansia :** \_\_\_\_\_ Fungsi baik  
\_\_\_ Disfungsi berat \_\_\_ Disfungsi sedang (*Lihat Lampiran Form 7*)

## 12. NILAI-KEYAKINAN

Agama yang dianut: \_\_\_\_\_ Pantangan agama: \_\_\_Tidak \_\_\_Ya(sebutkan)\_\_\_

Meminta dikunjungi Rohaniawan: \_\_\_Ya \_\_\_Tidak

Nilai/keyakinan terhadap penyakit yang diderita

Distres Spiritual : \_\_\_ Tidak \_\_\_ Ya,  
sebutkan \_\_\_\_\_

## 13. PENGKAJIAN FISIK , DIAGNOSTIK DAN PENGOBATAN

### A. KEADAAN UMUM DAN VITAL SIGN

Keadaan umum : \_\_\_ Baik \_\_\_ Lemah/ berbaring di TT Kesadaran : \_\_\_CM  
\_\_\_Somnolen \_\_\_Apatis \_\_\_Coma Suhu \_\_\_\_\_Nadi : \_\_\_\_\_ Tekanan darah \_\_\_\_\_

Nadi: \_\_\_\_\_ \_\_\_Lemah \_\_\_Tidak teratur RR \_\_\_\_\_

### B. PERNAFASAN/SIRKULASI

Kualitas: \_\_\_DBN \_\_\_Dangkal \_\_\_Cepat- dalam \_\_\_Cepat dangkal

Batuk: \_\_\_Tidak \_\_\_Ya Sputum : \_\_\_ Tidak ada \_\_\_Banyak Warna \_\_\_\_\_

Auskultasi:

Lobus Ka. Atas \_\_\_DBN Suara abnormal \_\_\_\_\_

Lobus Ki. Atas \_\_\_DBN Suara abnormal \_\_\_\_\_

Lobus Ka. Bawah \_\_\_DBN Suara abnormal \_\_\_\_\_

Lobus Ka. Bawah \_\_\_DBN Suara abnormal \_\_\_\_\_

Bunyi jantung : \_\_\_ DBN \_\_\_Bunyi abnormal \_\_\_\_\_

Pembesaran vena jugularis : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya Edema tungkai : \_\_\_Tidak  
\_\_\_Ya Sebutkan \_\_\_\_\_

Nadi kaki kanan (pedalis): \_\_\_kuat \_\_\_lemah \_\_\_tak ada

Nadi kaki kiri (pedalis): \_\_\_kuat \_\_\_lemah \_\_\_tak ada

### C. METABOLIK- INTEGUMEN

Kulit:

Warna: \_\_\_DBN \_\_\_Pucat \_\_\_Sianosis \_\_\_Kuning/ikterik \_\_\_Lain-  
lain \_\_\_\_\_

Suhu kulit: \_\_\_DBN \_\_\_Hangat \_\_\_dingin Turgor \_\_\_DBN \_\_\_Buruk

Edema: \_\_\_tidak ada \_\_\_Ya (jelaskan/lokasi) \_\_\_\_\_

Lesi: \_\_\_Tidak ada \_\_\_Ya (jelaskan /lokasi) \_\_\_\_\_

Memar: \_\_\_Tidak ada \_\_\_Ya (jelaskan/lokasi) \_\_\_\_\_

Kemerahan: \_\_\_Tidak ada \_\_\_Ya (jelaskan/lokasi) \_\_\_\_\_

Gatal-gatal: \_\_\_Yidak \_\_\_Ya (jelaskan/ lokasi) \_\_\_\_\_

Terpasang Selang Infus/ cateter : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya \_\_\_\_\_ Mulut:

Gusi: \_\_\_DBN \_\_\_stomatitis \_\_\_perdarahan\_\_\_\_\_

Gigi: \_\_\_DBN \_\_\_Caries \_\_\_Berlobang

#### Abdomen

Bising usus: \_\_\_Ada \_\_\_Tidak ada Ascites \_\_\_tidak \_\_\_Ya

Nyeri tekan : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya Jelaskan \_\_\_\_\_

Kembung : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya Tearaba massa/tumor : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya

Regio \_\_\_\_\_

#### D. NEURO/SENSORI

Pupil: \_\_\_Sama \_\_\_Tidak sama \_\_\_Kiri: \_\_\_Kanan: \_\_\_Ki dan Ka

Reaksi terhadap cahaya

Kiri: \_\_\_Ya \_\_\_Tidak/Sebutkan\_\_\_\_\_

Kanan: \_\_\_Ya \_\_\_Tidak sebutkan\_\_\_\_\_

**Keseimbangan:** 1) skore \_\_\_\_\_, kesimpulan \_\_\_\_\_ baik \_\_\_\_\_Kurang

2) Kecepatan berjalan : skore \_\_\_\_\_,

kesimpulan : \_\_\_\_\_ baik \_\_\_cukup \_\_\_kurang \_\_\_tidak mampu **(Lihat**

**Lampiran Form 8 )**

Genggaman tangan: \_\_\_Sama Kuat \_\_\_Lemah/Paralisis ( \_\_\_Ka \_\_\_Ki)

Otot kaki: \_\_\_Sama Kuat \_\_\_Lemah paralysis ( \_\_\_Ka \_\_\_Ki)

Parastesia/kesemutan : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya Sebutkan \_\_\_\_\_

Anastesia : \_\_\_Tidak \_\_\_Ya Sebutkan \_\_\_\_\_

#### E. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

##### 1. Laboratorium

<b>Jenis</b>	Hb	GDP/GD 2 Jam PP	HDL/ LDL/VLDL	Uric Acid	Ureum	Widal	Lain-2 .....	Lain-2 .....
<b>Hasil</b>								
<b>Tgl</b>								

2. Foto Rontgen :

3. ECG :

4. USG :

5. Lain-lain :

**F. DAFTAR PENGOBATAN SEKARANG (diresepkan)**

Nama Obat	Dosis	Cara pemberian

NAMA PERAWAT: \_\_\_\_\_ TANDA TANGAN : \_\_\_\_\_

JABATAN : \_\_\_\_\_ TANGGAL : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lampiran Form 1 :**

**Pengkajian determinan nutrisi pada lansia:**

No	Indicators	Ya	Tidak
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	0
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0
7.	Lebih sering makan sendirian	1	0

8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	0
	<b>Total score</b>		

*American Dietetic Association and National Council on the Aging, dalam Introductory Gerontological Nursing, 2001*

**Interpretations:**

**0 – 2 : Good          3 – 5 : Moderate nutritional risk          6 ≥ : High nutritional risk**

## Lampiran Form 2

### 1. Pengkajian Masalah emosional

Pertanyaan tahap 1

- (1) Apakah klien mengalami susah tidur
- (2) Ada masalah atau banyak pikiran
- (3) Apakah klien murung atau menangis sendiri
- (4) Apakah klien sering was-was atau takut



Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika jawaban ya  
1 atau lebih

Pertanyaan tahap 2

- (1) Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam satu bulan
- (2) Ada masalah atau banyak pikiran
- (3) Ada gangguan atau masalah dengan orang lain
- (4) Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter
- (5) Cenderung mengurung diri



Lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawaban ya,  
maka masalah emosional ada atau ada  
gangguan emosional

Gangguan emosional

Kesimpulan : .....

(Depkes RI, 2004)

### **Lampiran FORM 3**

#### **2. Pengkajian Tingkat kerusakan intelektual**

Dengan menggunakan SPMSQ (short portable mental status questioner).

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini :

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini ?
		2	Hari apa sekarang ?
		3	Apa nama tempat ini ?
		4	Dimana alamat anda ?
		5	Berapa umur anda ?
		6	Kapan anda lahir ?
		7	Siapa presiden Indonesia ?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
		9	Siapa nama ibu anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
JUMLAH			

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Kesimpulan : .....

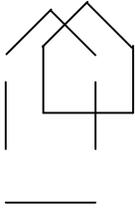
**Lampiran FORM 4**

**3. IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF**

Dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai maksimal	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar :  Tahun : ..... Hari : .....  Musim : ..... Bulan : .....

				Tanggal :
2	Orientasi	5		<p>Dimana sekarang kita berada ?</p> <p>Negara: ..... Panti : .....</p> <p>Propinsi: ..... Wisma : .....</p> <p>Kabupaten/kota : .....</p>
3	Registrasi	3		<p>Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudia ditanyakan kepada klien, menjawab :</p> <p>1) Kursi          2). Meja          3). Kertas</p>
4	Perhatian dan kalkulasi	5		<p>Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudia kurangi 7 sampai 5 tingkat.</p> <p>Jawaban :</p> <p>1). 93    2). 86    3). 79    4). 72    5). 65</p>
5	Mengingat	3		<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke- 2 (tiap poin nilai 1)</p>
6	Bahasa	9		<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut).</p> <p>1). .....</p> <p>2). .....</p> <p>3). Minta klien untuk mengulangi kata berikut : “ tidak ada, dan, jika, atau tetapi )</p> <p>Klien menjawab :</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>4). Ambil kertas ditangan anda</p> <p>5). Lipat dua</p> <p>6). Taruh dilantai.</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas</p>

			<p>sesuai perintah nilai satu poin.</p> <p>7). "Tutup mata anda"</p> <p>8). Perintahkan kepada klien untuk menulis kalimat dan</p> <p>9). Menyalin gambar 2 segi lima yang saling bertumpuk</p> 
Total nilai	30		

Interpretasi hasil :

24 – 30 : tidak ada gangguan kognitif

18 – 23 : gangguan kognitif sedang

0 - 17 : gangguan kognitif berat

Kesimpulan : .....



**Lampiran Form 5**

**Pengkajian Kecemasan (Geriatric Anxiety Scale)**

No	Pertanyaan	Nilai				Keterangan
		Tidak Pernah (0)	Pernah (1)	Jarang (2)	Sering (3)	
1.	Apakah Anda merasa jantung berdebar kencang dan kuat?					
2.	Apakah nafas Anda pendek?					
3.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?					
4.	Apakah Anda merasa seperti hal yang tidak nyata atau diluar diri Anda sendiri?					
5.	Apakah Anda merasa seperti kehilangan kontrol?					
6.	Apakah Anda takut dihakimi oleh orang lain?					
7.	Apakah Anda malu/takut dipermalukan?					
8.	Apakah Anda sulit untuk tidur?					
9.	Apakah Anda kesulitan untuk tetap tertidur /tidak nyenyak?					
10.	Apakah Anda mudah tersinggung?					
11.	Apakah Anda mudah marah?					
12.	Apakah Anda mengalami kesulitan berkonsentrasi?					
13.	Apakah Anda mudah terkejut?					
14.	Apakah Anda kurang tertarik dalam melakukan sesuatu					

	yang Anda senangi?					
15.	Apakah Anda merasa terpisah atau terisolasi dari orang lain					
16.	Apakah Anda merasa seperti pusing/bingung?					
17.	Apakah Anda sulit untuk duduk diam?					
18.	Apakah Anda merasa terlalu khawatir?					
19.	Apakah Anda tidak bisa mengendalikan kecemasan Anda?					
20.	Apakah Anda merasa gelisah, tegang?					
21.	Apakah Anda merasa lelah?					
22.	Apakah Anda merasa otot-otot tegang?					
23.	Apakah Anda mengalami sakit punggung, sakit leher, atau otot kram?					
No	Pertanyaan	Nilai				Keterangan
		Tidak Pernah (0)	Pernah (1)	Jarang (2)	Sering (3)	
24.	Apakah Anda merasa hidup Anda tidak terkontrol?					
25.	Apakah Anda merasa sesuatu yang menakutkan akan terjadi?					

Jawaban dengan rentang dari 0 (tidak sama sekali) hingga 3 (sering). Adapun cara penilaiannya adalah dengan sistem skoring tersebut yaitu:

Nilai 0 = Tidak pernah sama sekali, Nilai 1 = Pernah, Nilai 2 = Jarang, Nilai 3 = Sering

Rentang hasil skor dari 0 hingga 75, semakin tinggi skor mengindikasikan semakin level kecemasan tertinggi.

Nilai 0-18 : level minimal dari kecemasan  
Nilai 19-37 : kecemasan ringan  
Nilai 38-55 : kecemasan sedang  
Nilai 56-75 : kecemasan berat

### Pengkajian Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban		
		Ya	Tdk	Hasil
1.	Anda puas dengan kehidupan anda saat ini	0	1	
2.	Anda merasa bosan dengan berbagai aktifitas dan kesenangan	1	0	
3.	Anda merasa bahwa hidup anda hampa / kosong	1	0	
4.	Anda sering merasa bosan	1	0	
5.	Anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda	1	0	
7.	Anda lebih merasa bahagia di sepanjang waktu	0	1	
8.	Anda sering merasakan butuh bantuan	1	0	
9.	Anda lebih senang tinggal dirumah daripada keluar melakukan sesuatu hal	1	0	
10.	Anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda	1	0	
11.	Anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa	0	1	
12.	Anda tidak tertarik dengan jalan hidup anda	1	0	
13.	Anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat	0	1	
14.	Anda merasa tidak punya harapan	1	0	
15.	Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda	1	0	
<b>Jumlah</b>				

*Geriatric Depressioin Scale (Short Form) dari Yesafage (1983) dalam Gerontological Nursing, 2006*

Interpretasi :

Jika Diperoleh skore 5 atau lebih, maka diindikasikan depresi

**Lampiran Form 7:**

**APGAR KELUARGA DENGAN LANSIA**

**Alat Skrining yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi sosial lansia**

NO	URAIAN	FUNGSI	SKORE		
			S	K	T
1.	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	Adaptation	2	1	0
2.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman)saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	Partnership	2	1	0

3.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas / arah baru	Growth	2	1	0
4.	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih/mencintai	Affection	2	1	0
5.	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	Resolve	2	1	0
<b>Kategori Skor:</b> Pertanyaan-pertanyaan yang dijawab: 1). S = Selalu : skor 2 2). K = Kadang-kadang : 1 3). T = Hampir tidak pernah : 0 <b>Intepretasi:</b> < 3 = Disfungsi berat 4 - 6 = Disfungsi sedang > 6 = Fungsi baik		TOTAL			

*Smilkstein, 1978 dalam Gerontologic Nursing and health aging 2005*

**Lampiran Form 8:**

### Pengkajian Keseimbangan

No	INSTRUKSI PENILAIAN ( <i>TINETTI BALANCE</i> )	Skor
1.	Posisi Duduk a. Belajar atau slide di kursi b. Stabil dan aman	0 1
2.	Berdiri dari kursi a. Tidak mampu, bila tanpa bantuan b. Mampu, tapi menggunakan kekuatan lengan c. Mampu berdiri spontan, tanpa menggunakan lengan	0 1 2
3.	Usaha untuk berdiri a. Tidak mampu, bila tanpa bantuan b. Mampu, tapi lebih dari 1 upaya c. Mampu dalam satu kali upaya	0 1 2
4.	Berdiri dari kursi (segera dalam 5 detik pertama) a. Tidak kokoh (Goyah, terhuyun-huyun, tidak stabil) b. Kokoh, tapi dengan alat bantu (walker atau tongkat, pegangan sesuatu) c. Berdiri tegak, kaki rapat tanpa alat bantu/pegangan	0 1 2
5.	Keseimbangan berdiri a. Tidak kokoh (Goyah, tidak stabil) b. Berdiri dengan kaki melebar (jarak antara kedua kaki > 4 inci) atau menggunakan alat bantu (walker atau tongkat, pegangan sesuatu) c. Berdiri tegak, jarak kaki berdekatan, tanpa alat bantu/pegangan	0 1 2
6.	Subyek dalam posisi maksimum dengan kaki sedekat mungkin, kemudian pemeriksa mendorong perlahan tulang dada subyek 3x dengan telapak tangan a. Mulai terjatuh b. Goyah/Sempoyongan, tapi dapat mengendalikan diri c. Kokoh berdiri (stabil)	0 1

		2
7.	Berdiri dengan mata tertutup (dengan posisi seperti no. 6) a. Tidak kokoh (goyah, sempoyongan) b. Berdiri kokoh (stabil)	0 1
8.	8.1 Berbalik 360° a. Tidak mampu melanjutkan langkah (berputar) b. Dapat melanjutkan langkah (berputar) 8.2 Berbalik 360° c. Tidak kokoh (goyah, sempoyongan) d. Berdiri kokoh (stabil)	0 1 0 1
9.	Duduk ke kursi a. Tidak aman (kesalahan mempersepsikan jarak, langsung menjatuhkan diri ke kursi) b. Menggunakan kekuatan lengan atas, tidak secara perlahan c. Aman, gerakan perlahan-lahan	0 1 2
10.	Melakukan perintah untuk berjalan a. Ragu-ragu, mencari objek untuk dukungan b. Tidak ragu-ragu, mantap, aman	0 1
11.	11.1. Ketinggian kaki saat melangkah a. Kaki kanan: • Kenaikan tidak konstan, menyeret, atau mengangkat kaki terlalu tinggi > 5 cm • Konstan dan tinggi langkah normal b. Kaki kiri: • Kenaikan tidak konstan, menyeret, atau mengangkat kaki terlalu tinggi > 5 cm • Konstan dan tinggi langkah normal 11.2. Panjang langkah kaki: a. Kaki kanan • Langkah pendek tidak melewati kaki kiri • Melewati kaki kiri b. Kaki kiri	0 1 0 1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langkah pendek tidak melewati kaki kanan</li> <li>• Melewati kaki kanan</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>1</p>
12.	<p>Kesimetrisan langkah</p> <p>a. Panjang langkah kaki kanan dan kaki kiri tidak sama</p> <p>b. Panjang langkah kaki kanan dan kaki kiri sama</p>	<p>0</p> <p>1</p>
13.	<p>Kontinuitas langkah kaki</p> <p>a. Menghentikan langkah kaki diantara langkah (langkah-behenti-langkah)</p> <p>b. Langkah terus-menerus/berkesinambungan</p>	<p>0</p> <p>1</p>
14.	<p>Berjalan pada jalur yang ditentukan atau koridor</p> <p>a. Penyimpangan jalur yang terlalu jauh</p> <p>b. Penyimpangan jalur ringan/sedang/butuh alat bantu</p> <p>c. Berjalan lurus sesuai jalur tanpa alat bantu</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
15.	<p>Sikap tubuh saat berdiri:</p> <p>a. Terhuyun-huyun, butuh alat bantu</p> <p>b. Tidak terhuyun-huyun, tapi lutut fleksi/kedua tangan dilebarkan</p> <p>c. Tubuh stabil, tanpa lutut fleksi dan meregangkan tangan</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
16.	<p>Sikap berjalan</p> <p>a. Tumit tidak menempel lantai sepenuhnya</p> <p>b. Tumit menyentuh lantai</p>	<p>0</p> <p>1</p>
<b>TOTAL SKOR</b>		<b>12</b>
		<b>28</b>

*Tinetti Balance and Tenetti Gait (1993, dalam Gerontological Nursing, 2006*

**Intepretasi:**

≤ 18 = resiko jatuh tinggi

19-23 = resiko jatuh sedang

≥24 = resiko jatuh rendah

**PENGAJIAN FOKUS**

Tanggal/ Nama Perawat	Data Fokus	Masalah
	Pola ..... S:  O:	

	Pola ..... S:  O:	
	Pola ..... S:  O:	

**Lampiran: ANALISA DATA**

**Identifikasi masalah/diagnosa keperawatan yang muncul, dengan membuat bagan Pohon masalah:**



**DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Nama Klien :

Ruang :

Diagnosa Keperawatan/Masalah Kolaboratif	Evaluasi Kemajuan					
	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl


<b>Kode Status</b>	A = Aktif	T = Teratasi	D	=	*T	=	Tidak
<b>Kode Evaluasi</b>	S = Stabil	M = Membaik	Disingkirkan		Berubah		
			*B	=	K	=	Kemajuan
			Memburuk		*TK=		Tidak ada
							Kemajuan

### FORMAT RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Ruang :

Diagnosa Keperawatan/Masalah Kolaboratif	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tgl/Inisial Perawat	Intervensi

--	--	--	--

**CATATAN KEMAJUAN KEPERAWATAN (SOAPIE)**

Nama Klien :

Ruang :

<b>Tanggal, /Jam/ Diagnosa Keperawatan</b>	<b>CATATAN</b>	<b>Nama/Tanda Tangan Perawat</b>
--	----------------	--------------------------------------

S:

O:

A:

P:

## Lampiran 6

### PEDOMAN PENGKAJIAN INKONTINENSIA URINE

#### 1. Riwayat

##### A. Keluhan utama

##### B. Gejala perkemihan

###### 1. Frekuensi

- Seberapa sering anda berkemih sepanjang hari? \_\_\_\_x/hari

###### 2. Nokturia

- Seberapa sering anda berkemih pada malam hari? \_\_\_\_x/malam
- Apa anda terjaga pada malam hari? Ya/tidak
- Berapa malam dalam seminggu? \_\_\_\_malam

###### 3. Urgensi

- Ketika merasa ingin berkemih berapa lama anda dapat menahannya? \_\_\_\_menit
- Dapatkah anda memastikan bila kandung kemih penuh? Ya/tidak

###### 4. Stress

- Apakah anda pernah mengompol ketika tertawa, batuk, bersin atau berubah posisi? Ya/tidak
- Apakah jumlah urine yang keluar? Banyak/sedikit

###### 5. Kesulitan

- Apakah anda mengalami kesulitan memulai berkemih? Ya/tidak

###### 6. Aliran

- Apakah laju aliran urine berubah akhir-akhir ini? Ya/tidak
- Apakah derasannya aliran berubah akhir-akhir ini? Ya/tidak
- Apakah anda sanggup memulai dan menghentikan aliran tersebut? Ya/tidak

###### 7. Mengejan

- Apakah anda mengejan saat berkemih? Ya/tidak
- Pernahkah anda tidak dapat berkemih walaupun mengejan? Ya/tidak
- Apakah anda menggunakan bantuan manual disaat akan berkemih? Ya/tidak

###### 8. Dribbling pasca berkemih

- Apakah anda pernah mengalami dribbling urine ketika selesai berkemih? Ya/tidak

###### 9. Disuria

- Apakah anda merasa nyeri atau sensasi terbakar di saat anda berkemih? Ya/tidak

###### 10. Turbiditas

- Apakah urine anda jernih? Ya/tidak
- Apakah urine tampak mengandung lendir? Ya/tidak

#### 11. Hematuria

- Apakah warna urine anda? Merah/ kuning pekat/ kuning khas urine/ tidak berwarna/dll
- Apakah urine anda bercampur darah? Ya/tidak

#### 12. Kendali

- Apakah anda pernah memiliki masalah dalam mengendalikan pengeluaran urine? Ya/tidak
- Jika demikian kapan hal itu mulai terjadi? Dalam minggu ini/ dalam bulan ini/ beberapa bulan yang lalu
- Seberapa sering masalah itu mulai terjadi? Setiap hari/ beberapa kali dalam seminggu/ beberapa kali dalam sebulan/ pernah
- Berapa banyak urine yang keluar? Sedikit/ banyak
- Bagaimana anda mengatasi hal ini? jelaskan: \_\_\_\_\_
- Apakah cara itu efektif? Ya/ tidak
- Apakah anda melakukan tindakan kewaspadaan tertentu untuk melindungi kulit anda? Ya/ tidak
- Tindakan kewaspadaan apa? Jelaskan: \_\_\_\_\_
- Apakah anda mengalami kerusakan kulit? Ya/ tidak
- Apakah hidup anda sehari-hari berubah karena anda kesulitan mengendalikan pengeluaran urine? Ya/ tidak

#### 13. Pengosongan

- Apakah anda merasa kandung kemih anda benar-benar kosong saat anda berkemih? Ya/ tidak

### C. Asupan Cairan

#### 1. Jumlah

- Berapa gelas air yang anda minm dalam satu hari? 1-3 gelas/ 4-6 gelas/ 7-8 gelas/ >8 gelas
- Apakah anda membatasi asupan cairan yang anda minum dalam cara tertentu? Ya/ tidak

#### 2. Jenis

- Apakah anda minum kopi? Ya/ tidak berkafein? Ya/ tidak berapa gelas perhari? \_\_\_\_\_ gelas
- teh? Ya/ tidak berapa gelas perhari? \_\_\_\_\_ gelas

#### 3. Pengaturan waktu

- Apakah anda biasanya hanya minum ketika makan? Ya/ tidak
- Apakah anda minum setelah makan malam atau sepanjang malam? Ya/ tidak

### D. Catatan tentang kandung kemih

Klien, anggota keluarga, atau orang terdekat lain diminta mengisi catatan spesifikasi kontinensia urine, yang disajikan pada pedoman pengkajian 22-2. Apabila tidak memungkinkan, staf keperawatan harus mengisinya. Catatan diisi setiap hari selama satu minggu.

## E. Riwayat medis

### 1. Kondisi kesehatan yang relevan

- Pernahkah anda menjalani pembedahan atau terapi ginekologi, abdomen, atau genitalia? Ya/ tidak
- Pernahkah anda mengidap infeksi kandung kemih atau ginjal? Ya/ tidak
- Pernahkah anda menderita penyakit medulla spinalis atau otak atau cedera sejenis lain? Ya/ tidak
- [wanita] jumlah kehamilan? \_\_\_\_ Kali
- Jumlah kelahiran hidup? \_\_\_\_
- Apakah sudah menopause? Ya/ tidak
- Berapa usiasaat menopause? \_\_\_\_ Tahun
- Apakah anda memiliki riwayat stroke? Ya/ tidak
- diabetes? Ya/ tidak
- penyakit kronis lain? Jelaskan: \_\_\_\_
- apakah anda pernah mengalami masalah mengompol pada malam hari ketika masih anak-anak? Ya/ tidak

### 2. Kesehatan saat ini

- Apakah masalah kesehatan saat ini? Jelaskan: \_\_\_\_
- Apakah anda merokok? Ya/ tidak berapa lama? Beberapa minggu/ beberapa bulan/ tahunan berapa banyak perhari? 1-2 batang/ 2-3 batang/ lebih dari 3 batang

### 3. Obat obatan

- Obat apa saja yang anda konsumsi? Jelaskan \_\_\_\_

## F. Defekasi

### 1. Kebiasaan

- Berapa sering anda melakukan defekasi? \_\_\_\_x/ hari
- Apakah anda mengalami kesulitan? Ya/ tidak
- konstipasi? Ya/ tidak inkontinensia? Ya/ tidak diare? Ya/ tidak impaksi? Ya/ tidak

### 2. Terapi

- Apakah anda menggunakan laksatif atau bantuan lainnya, misalnya diet untuk membantu defekasi anda teratur? Jelaskan: \_\_\_\_

## G. Kemampuan fungsional

### 1. Mobilitas

- Apakah anda mengalami kesulitan untuk pergi ke toilet? Ya/ tidak
- Apakah anda mengalami kesulitan naik dan turun dari toilet? Ya/ tidak
- Apakah anda mengalami masalah dengan keseimbangan yang mempengaruhi kemampuan menggunakan toilet? Ya/ tidak

### 2. Keterampilan manual

- Apakah anda mengalami kesulitan melepas atau mengenakan pakaian saat mengenakan pakaian saat ke toilet? Ya/ tidak
  - Apakah anda mengalami kesulitan membersihkan diri anda setelah melakukan eliminasi? Ya/ tidak
3. Pengelihatan
- Apakah anda mampu melihat dengan cukup baik untuk pergi ke toilet dan menggunakan fasilitas tersebut? Ya/ tidak
  - Apakah pengelihatan anda menjadi bermasalah pada malam hari? Ya/ tidak
4. Lingkungan
- Apakah kamar mandi atau toilet anda terletak dilokasi yang nyaman? Ya/ tidak
  - Apakah fasilitas tersebut tersedia untuk anda setiap saat anda membutuhkan? Ya/ tidak
  - Apakah ada masalah dengan kondisi fisik toilet tersebut? Ya/ tidak
  - Apakah anda mengalami demensia? Ya/ tidak apakah ada petunjuk dilingkungan yang menunjukkan lokasi kamar mandi? Ya/ tidak
5. Status psikologik
- Jelaskan sikap dan perasaan anda tentang inkontinensia yang anda alami? Jelaskan: \_\_\_\_\_
6. Hubungan sosial
- Apakah inkontinensia membatasi aktivitas atau hubungan yang telah anda jalin? Ya/ tidak
7. Sasaran
- Apakah yang ingin anda capai melalui terapi untuk mengatasi inkontinensia anda? Jelaskan: \_\_\_\_\_

## B. Pemeriksaan fisik

1. suhu \_\_ °C Nadi \_\_ x/ menit Pernafasan \_\_ x/menit Berat badan \_\_ Kg
2. Abdomen
  - Bising usus? \_\_\_\_\_ x/ menit
  - Jaringan parut? Ada/ tidak ada
  - Distensi kandung kemih sebelum dan setelah berkemih? Ya/ tidak
3. Genitalia
  - Meatus uretra  
Uji stress ( berdiri dengan kandung kemih penuh dan perhatikan apakah terjadi kebocoran urine) Ya/ tidak
  - Wanita; mukosa vagina? Kering/ lembap apakah terdapat protrusi dari atau pada vagina? Ya/ tidak apakah terdapat benda di dalam vagina? Ya/ tidak dapatkah pasien merasakan jari anda dalam vagina? Ya/ tidak dapatkah pasien menjepit jari tersebut dengan vagina? Ya/ tidak apakah daya jepit tersebut kuat? Ya/ tidak
4. Rektum
  - hemoroid? Ya/tidak
  - tonus otot? Kuat/ lemah
  - feses? lunak / keras/ tidak ada
5. fungsi mental

- Konfusi/ orientasi/ pelupa
- Memiliki kemampuan mengenali perlengkapan toilet dan bagaimana cara ia ke toilet? Ya/ tidak
- Memiliki kemampuan melakukan tindakan yang lazim, misalnya mengejan saat defekasi? Ya/ tidak
- Apakah persepsi tubuh utuh? Ya/ tidak  
Uji dengan menyentuh bokong kontralateral

6. Mobilitas

- Ambulasi mandiri? Mampu tanpa dibantu/ mampu dengan dibantu/ tidak mampu
- Berpindah secara mandiri? Ya/ tidak
- Manipulasi pakaian? Ya/ tidak
- Kekuatan? Kuat/ lemah ketahanan? Baik/ cukup/ kurang gaya berjalan? Baik/ cukup/ kurang keseimbangan? Baik/ cukup/ kurang
- Waktu yang dibutuhkan untuk pergi ke toilet setelah urgensi dan sebelum berkemih? \_\_\_\_\_ menit
- Kemampuan pergi ke toilet tepat waktu untuk mencegah inkontinensia? Ya/ tidak

7. Pemeriksaan urodinamika

## Lampiran 7

### 3 INCONTINENCE QUESTION

#### ALAT PENGKAJIAN

*The 3 Incontinence Questions* atau 3IQ adalah pertanyaan untuk pasien yang membantu membedakan inkontinensia stres dan inkontinensia urgensi.

**1. Selama 3 bulan terakhir, pernahkan anda mengalami kebocoran urin (bahkan sejumlah kecil)?**

- iya
- Tidak ada (jika respon ini ditandai, tes 3IQ selesai)

**2. Selama 3 bulan terakhir, apakah anda mengalami kebocoran urin (periksa semua yang berlaku):**

- Ketika Anda melakukan beberapa aktivitas fisik, seperti batuk, bersin, mengangkat, atau berolahraga?
- Bila Anda memiliki dorongan atau perasaan bahwa Anda perlu untuk mengosongkan kandung kemih anda, tetapi Anda tidak bisa ke toilet cukup cepat?
- Tanpa aktivitas fisik dan tanpa rasa urgensi?

**3. Selama 3 bulan terakhir, apakah anda mengalami kebocoran urin paling sering (cek hanya satu):**

- Ketika Anda melakukan beberapa aktivitas fisik, seperti batuk, bersin, mengangkat, atau berolahraga?
- Bila Anda memiliki dorongan atau perasaan bahwa anda perlu untuk mengosongkan kandung kemih anda, tetapi Anda tidak bisa ke toilet cukup cepat?
- Tanpa aktivitas fisik dan tanpa rasa urgensi?
- sering dengan aktivitas fisik dan rasa mendesak?

#### Definisi jenis inkontinensia urin didasarkan pada tanggapan untuk 3IQ

Respon terhadap 3IQ	Tipe inkontinensia
Paling sering dengan aktivitas fisik	Stres saja atau dominan stres
Paling sering dengan dorongan untuk mengosongkan kandung kemih	urgensi saja atau dominan urgensi
Tanpa aktivitas fisik atau rasa urgensi	Penyebab lain
Dengan aktivitas fisik dan keterdesakan	campuran

## Lampiran 8

### SANDVIX SEVERITY INDEX (SSI)

(Hanley, J., dkk)

1. Seberapa sering anda mengalami kebocoran urin?

- Tidak pernah (0)
- Satu kali pebulanbulan (1)
- Satu atau beberapa kali pebulan (2)
- Satu atau beberapa kali perminggu (3)
- Setiap hari (4)

2. seberapa banyak kebocoran urin setiap kalinya

- Beberapa tetes atau sedikit (1)
- Lebih banyak (2)

Jumlah score:

0 = dry (tidak inkontinensia)

1-2 = slight incontinence (inkontinensia ringan)

3-4 = moderate incontinence (inkontinensia sedang)

6-8 = severe incontinence (inkontinensia berat)

## Lampiran 9

### STANDAR OPERATIONAL PROSEDUR (SOP)

#### PELAKSANAAN SENAM KEGEL

##### A. Persiapan

- a. Alat dan lingkungan:
  - Matras/ kursi/ tempat tidur
  - Ruangan yang tenang, nyaman dan mampu menjaga privasi pasien
- b. Klien
  - Klien diberi penjelasan dan dianjurkan untuk buang air kecil dulu
  - Menganjurkan klien untuk mengikuri semua instruksi yang diberikan

##### B. Pelaksanaan

1. Dilakukan saat klien tidak ada dorongan untuk kencing
2. Klien pada posisi berdiri atau duduk
3. Minta klien untuk mengencangkan (menahan) otot sekitar anus (rectum, Uretra, dan vagina) selama 4 hitungan
4. Minta klien untuk melakukan relaksasi secara menyeluruh. Rasakan sensasi saat otot dasar panggul mengendur secara perlahan. Cobalah untuk menguranginya (merelaksasikan) sedikit demi sedikit selama 4 hitungan
5. Ulangi 10 sampai 15 kali setiap melakukan latihan, dan lakukan latihan minimal 4 kali sehari

##### C. Evaluasi

- a. Klien mampu melakukan semua langkah dengan baik dan benar
- b. Klien mengetahui alasan dilakukannya senam kegel.