



TESIS

**PENGALAMAN KLIEN CEDERA MEDULLA SPINALIS YANG
MENJALANI *INTERMITTENT SELF CATHETERIZATION*
DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSUP FATMAWATI JAKARTA**

Oleh:

**UMI ASYIYAH
NPM 0706195232**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**



TESIS

**PENGALAMAN KLIEN CEDERA MEDULLA SPINALIS YANG
MENJALANI *INTERMITTENT SELF CATHETERIZATION*
DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSUP FATMAWATI JAKARTA**

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Perkuliahan Mata Ajar Tesis
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh:

**UMI ASYIYAH
NPM 0706195232**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari, ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang diberikan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 17 Juli 2009

Umi Aisyiah

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Depok, 17 Juli 2009

Pembimbing I

DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc

Pembimbing II

Henny Permatasari, SKp.,M.Kep.,Sp.Kom

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Umi Aisyiah

NPM : 0706195232

Program Sudy : Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Judul Tesis : Pengalaman klien cedera medulla spinalis yang menjalani
intermittent self catheterization dalam konteks asuhan keperawatan
di RSUP Fatmawati Jakarta

Telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc ()

Pembimbing II: Henny Permatasari, SKp.,M.Kep.,Sp.Kom ()

Penguji : Lestari Sukmarini, SKp., MN ()

Penguji : Emiliana Tarigan, SKp., M.Kes ()

Ditetapkan di : Depk

Tanggal : Juli 2009

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009

Umi Aisyiyah

Pengalaman klien cedera medulla spinalis yang menjalani *intermittent self catheterization* dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta

xii+144 hal+8 skema + 11 lampiran

Abstrak

Dampak dari Cedera medula spinalis (CMS) adalah perubahan fungsi saluran kemih bagian bawah. Untuk mengatasi masalah tersebut klien CMS mendapatkan penatalaksanaan kandung kemih dengan metoda *intermittent self catheterization (ISC)*. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran “pengalaman klien CMS yang menjalani *ISC* dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati”. Metoda penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Data didapat dengan rekaman wawancara mendalam menggunakan MP4 terhadap 6 partisipan, dengan karakteristik 5 partisipan laki-laki dan 1 partisipan perempuan. Rentang usia 33 sampai dengan 51 tahun. Menderita CMS thorakal 12-Lumbal 1, *ASIA Impairment Scale (AIS)* A 5 orang dan *AIS* B 1 orang. Lama waktu penggunaan *ISC* antara setengah tahun hingga 5 tahun. Hasil wawancara dianalisis menggunakan metoda Colaizzi. Dari studi ini dihasilkan 8 tema, yaitu perubahan sistem tubuh, komplikasi penyakit, gangguan konsep diri, proses belajar *ISC*, berbeda dengan orang sehat, mampu beradaptasi dengan perubahan, sistem pendukung dan harapan klien CMS. Berdasarkan penelitian ini disimpulkan bahwa klien yang mengalami CMS dengan gangguan berkemih mengalami proses belajar *ISC* yang sama, mampu melakukan tindakan sesuai ketentuan dan dapat memodifikasi pola kehidupan, serta dapat beradaptasi dengan kondisi yang dihadapi. Penelitian dapat dilanjutkan dengan metode *Grounded Theory*.

Kata kunci: cedera medula spinalis, *self intermittent catheterization*, pengalaman

Daftar pustaka: 61 (1995-2009)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MEDICAL SURGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING

Thesis, Juli 2009
Umi Aisyiah

The experiences of the patient with spinal cord injury which use intermittent self catheterization on nursing care context at Fatmawati Hospital Jakarta

xii+144 pages+8 schemes +11 appendics

Abstract

The consequences of a Spinal cord injury (SCI) are alterations in lower urinary tract function. Therefore, client with SCI need to use bladder management methode of intermittent self catheterization (ISC). The purpose of the study was to explore the experiences of the clients with SCI using ISC on nursing care context at Fatmawati Hospital Jakarta. A qualitative approach was used based on phenomenology. Indepth MP4 interview were conductor to six partisipans, they were 5 males and 1 female, partisipans ages ranged between 33 -51 years. The segmental level of SCI is Thoracic 12 to Lumbar 1, the ASIA Impaiment Scale (AIS) is 5 clients and AIS B one client. Duration of using ISC ranged from 6 month to 5 years, and the frequency is four times per day. The result was analysed with Colaizzi method. The study showed that there were 8 themes. Those were altered of the neurology system, complication, decrease of self esteem, learning process ISC, differ from healthy peoples, self adaption, support system and the last client wishes. The research conclusion is SCI clients with urinary voiding difficulties, they had been same experience about ISC, skills of ISC and they made modification of them self. Recomendation for future research is Grounded Theory as Method.

Keywords: spinal cord injury, intermittent self catheterization, experiences.

References: 61 (1995-2009)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Pengalaman klien cedera medulla spinalis yang menjalani *intermittent self catheterization* dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta”.

Peneliti juga mengucapkan terima kasih atas segala bantuan semua pihak sehingga tesis ini selesai tepat waktu, kepada yang terhormat :

1. Dra. Dewi Irawati, M.A., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Direktur Utama RSUP Fatmawati yang telah memberikan ijin pelaksanaan penelitian di RSUP Fatmawati.
3. Krisna Yetty, M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar, cermat dan teliti kepada penulis selama penyusunan tesis.
5. Henny Permatasari, SKp., M.Kep., Sp.Kom selaku pembimbing II yang memberikan bimbingan dan arahan dengan sabar kepada penulis selama penyusunan tesis.
6. Para Dosen Pengampu Mata Ajar Riset kualitatif dalam keperawatan yang telah memberikan ilmunya sebagai bekal penulis menyusun penelitian.

7. Teman-teman mahasiswa Program Pasca Sarjana Jurusan Medikal Bedah 2007 yang telah memberikan dukungan dan semangat.
8. Kepala IRNA C RSUP Fatmawati dan staf, yang telah memfasilitasi penelitian ini sehingga mendapatkan sejumlah partisipan.
9. Orang tua, suami dan anak tercinta yang senantiasa mendoakan dan memberi motivasi.
10. Para partisipan yang telah rela dan berkenan terlibat dalam penelitian ini.

Peneliti menyadari tesis ini masih banyak kekurangan, karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan di masa datang.

Jakarta , Juli 2009

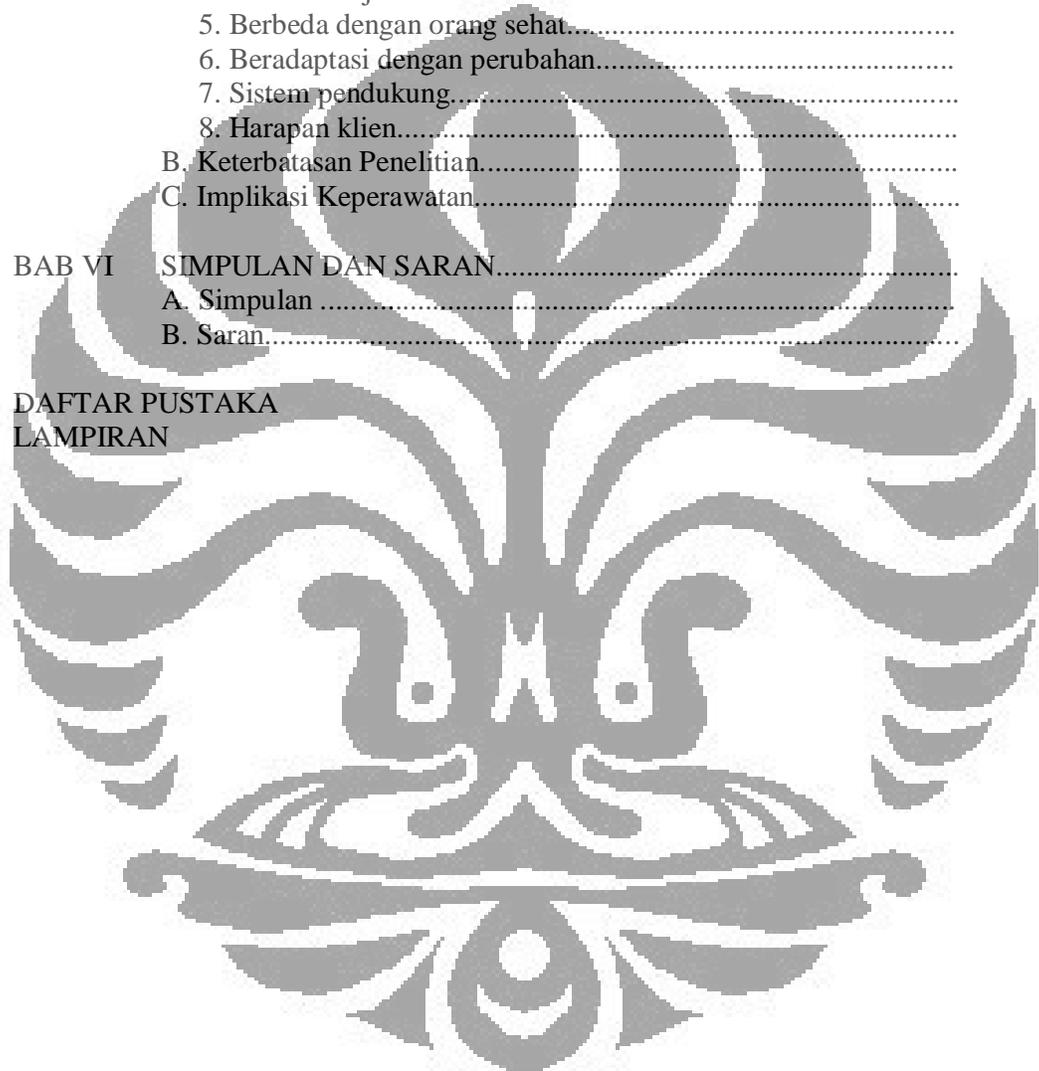
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Cedra Medulla Spinalis.....	10
1. Definisi.....	10
2. Etiologi.....	11
3. Tanda dan Gejala.....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Penatalaksanaan Medis.....	16
B. Asuhan Keperawatan.....	17
1. Pengkajian.....	18
2. Diagnosa Keperawatan.....	22
3. Perencanaan.....	23
BAB III METODA PENELITIAN.....	52
A. Rancangan Penelitian.....	52
B. Partisipan.....	54
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	55
D. Etika Penelitian.....	56
E. Prosedur Pengumpulan Data	57
F. Alat Pengumpul Data.....	59
G. Analisa Data.....	61
H. Keabsahan Data.....	62
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	64
A. Gambaran Karakteristik Partisipan.....	64
B. Analisis Tematik.....	68
1. Perubahan sistem syaraf	69
2. Komplikasi penyakit.....	71
3. Gangguan konsep diri.....	73
4. Proses belajar ISC.....	77
5. Berbeda dengan orang sehat.....	82

	6. Mampu beradaptasi dengan perubahan.....	83
	7. Sistem pendukung.....	85
	8. Harapan klien.....	87
BAB V	PEMBAHASAN.....	89
	A. Interpretasi Hasil penelitian.....	89
	1. Perubahan sistem syaraf.....	90
	2. Komplikasi penyakit.....	100
	3. Gangguan konsep diri.....	108
	4. Proses belajar.....	115
	5. Berbeda dengan orang sehat.....	126
	6. Beradaptasi dengan perubahan.....	130
	7. Sistem pendukung.....	132
	8. Harapan klien.....	134
	B. Keterbatasan Penelitian.....	135
	C. Implikasi Keperawatan.....	136
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN.....	137
	A. Simpulan.....	137
	B. Saran.....	138

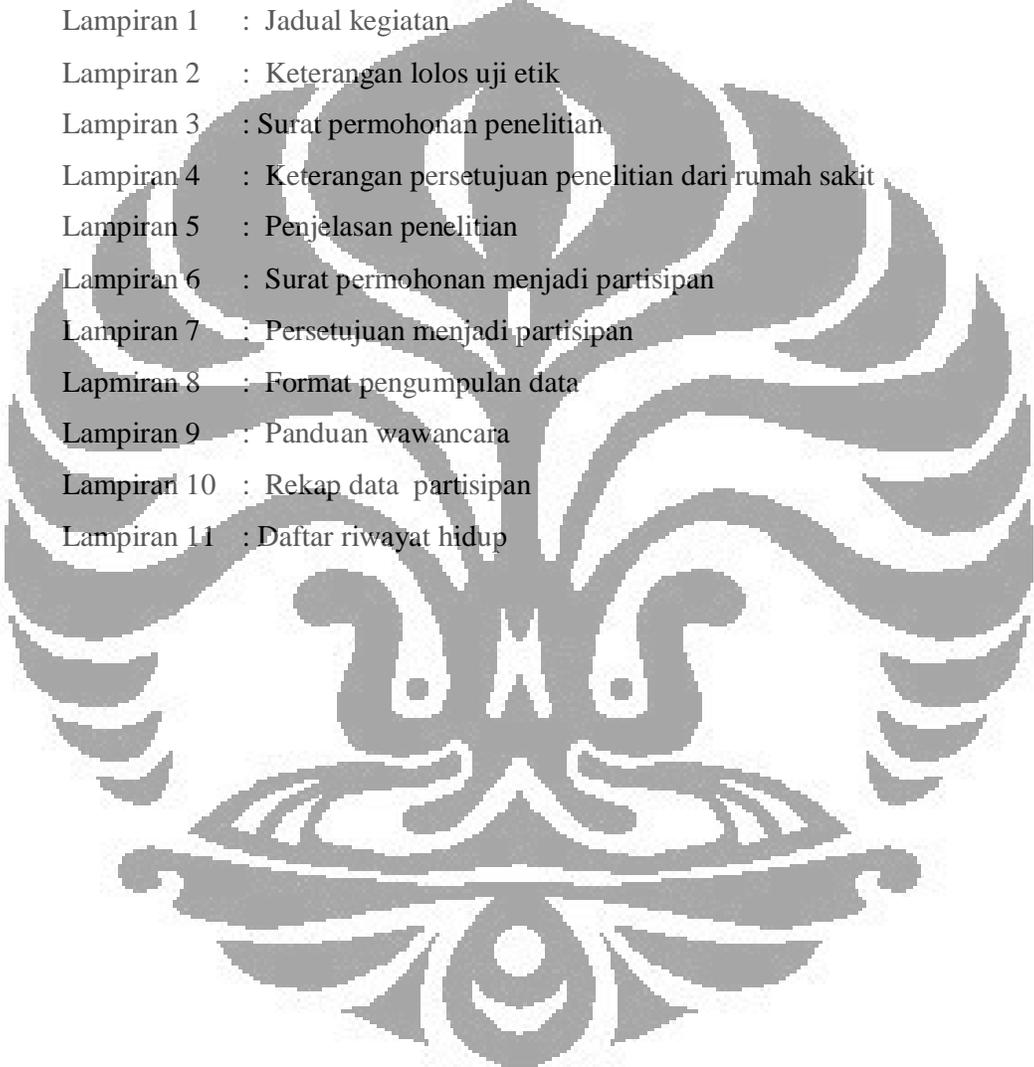
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR SKEMA

Skema 1. Tema perubahan sistem syaraf setelah mengalami CMS	Hal 69
Skema 2. Tema komplikasi penyakit setelah mengalami CMS	71
Skema 3. Tema gangguan konsep diri setelah CMS	74
Skema 4. Tema proses belajar pada klien CMS yang menjalani ISC	78
Skema 5. Berbeda dengan orang sehat	82
Skema 6. Tema mampu beradaptasi dengan perubahan setelah terjadi CMS dan menjalai ISC	84
Skema 7. Tema sistem pendukung	85
Skema 8. Tema harapan klien kepada perawat	87

DAFTAR LAMPIRAN

- 
- Lampiran 1 : Jadwal kegiatan
 - Lampiran 2 : Keterangan lolos uji etik
 - Lampiran 3 : Surat permohonan penelitian
 - Lampiran 4 : Keterangan persetujuan penelitian dari rumah sakit
 - Lampiran 5 : Penjelasan penelitian
 - Lampiran 6 : Surat permohonan menjadi partisipan
 - Lampiran 7 : Persetujuan menjadi partisipan
 - Lampiran 8 : Format pengumpulan data
 - Lampiran 9 : Panduan wawancara
 - Lampiran 10 : Rekap data partisipan
 - Lampiran 11 : Daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

Pada bab ini membahas mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian.

A. Latar Belakang

Cedera medulla spinalis (CMS) atau *spinal cord injury (SCI)* adalah masalah kesehatan yang besar. Hampir 200.000 orang di Amerika Serikat mengalami gangguan akibat cedera medulla spinalis (CMS) dan diperkirakan 12.000 – 14.000 kasus baru CMS setiap tahun (Mendel, Hentschel & Guiot, 2005 dalam Smeltzer, 2008). CMS lebih banyak dialami pada laki-laki (82%) dari pada perempuan (18%) (Bader & Littlejohns, 2004; Scivoletto & Morganti, 2004). Umum terjadi pada dewasa muda usia 16 – 30 tahun, disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor (35%); kekerasan (24%); jatuh (22%) dan olah raga (8%) (Bader & Littlejohn, 2004 dalam Smeltzer, 2008).

Menurut Pusat Data Nasional Cedera Medula Spinalis (*The National Spinal Cord Injury Databest, 2007*) kasus CMS cenderung meningkat, terdapat 40 kasus per 1.000.000 penduduk, 12.000 kasus baru tiap tahun. Sedangkan prevalen pada 2007 diperkirakan 255.702, antara 227,080 – 300,938, terdapat 25,415 orang menderita trauma medulla spinalis (www.spinalcord.uab.edu,

2008). Insiden CMS di Indonesia belum didapatkan data. Di RSUP Fatmawati tahun 2007 terdapat 66 kasus CMS yang dirawat di Ruang Melati dan kasus baru 5-7 klien perbulan.

CMS terjadi pada vertebra servikal 5, 6, 7 (C 5 - C7), thorakal 12 (T12), dan lumbal 1 (L1). Pada lokasi tersebut yang paling sering cedera karena tingkat mobilitas yang tinggi (Porth, 2005; Smeltzer, 2008). Akibat trauma atau CMS akan mengalami kelumpuhan atau paralisis. Jika cedera atau trauma pada daerah servikal klien akan mengalami *Quadriplegi* yaitu kelumpuhan pada daerah dibawah level trauma kelumpuhan batas leher ke bawah. Sedangkan pada kelumpuhan sebagian anggota badan disebut *Paraplegia*. Kelumpuhan ini salah satunya berakibat pada gangguan berkemih spontan atau kemampuan mengosongkan kandung kemih.

Klien CMS sesaat setelah kejadian keadaan sistem urinaria masih berfungsi normal, yaitu ginjal masih memproduksi urine secara kontinu, urine mengalir dari ureter ke uretra, hal ini terjadi oleh karena kerja respon *involunter* (respon tidak disadari). Sedangkan otot – otot spingter dan kandung kemih bekerja dibawah sadar dimana pesan dari otak dikoordinasikan pada otot – otot kandung kemih dan spingter untuk mengosongkan kandung kemih. Tetapi setelah CMS terjadi pesan yang di perintahkan otak tidak sampai menuju ujung saraf medula spinalis (level sakral dari spinal) sehingga seseorang tidak bisa merasakan keinginan untuk berkemih ketika kandung kemih telah penuh. Kelainan yang terjadi yaitu: *spastic bladder, flacid bladder* dan *dissynergia* (Hale & Shaw, 2008)

Dampak yang timbul dari CMS yaitu klien mengalami perkembangan retensi akut dan *overflow incontinence*, sehingga klien membutuhkan tindakan kateterisasi urin. Metode kateter yang digunakan adalah kateter menetap dan *intermittent catheterization*. Dari jajak pendapat dalam *Care Cure Community* (2007) terdapat 31 responden, dengan perolehan 29,73 % menjawab menggunakan *clean intermittent catheterization* dengan kateter baru, 29,73 % menggunakan kateter silikon pakai ulang, dan 16,22% menggunakan *intermittent catheterization* steril serta selebihnya menggunakan yang lain.

Sedangkan di Indonesia angka yang pasti belum diketahui berapa orang yang mengalami CMS dan menggunakan *intermittent catheterization*. Di RSUP Fatmawati tahun 2007 klien CMS yang mendapat tindakan kateterisasi urine yang dilakukan secara mandiri oleh klien sendiri atau *intermittent self catheterization (ISC)* sebanyak 37 orang dan tahun 2008 terdapat 47 klien menjalani *ISC*.

Klien CMS yang mengalami gangguan berkemih akan menjalani program kateterisasi urin, dan akan dilanjutkan hingga pulang dari rawat inap. Penggunaan kateter urin menurut literatur Departemen Kesehatan RI (2007) “kateter dipasang menetap selama 7 x 24 jam kemudian dicabut dan dipasang kembali dengan alat yang baru”. Tindakan kateterisasi urine tersebut adalah pemasangan kateter yang menetap, tidak dicabut sampai waktu tertentu atau indikasi pemasangan kateter telah selesai.

Intermittent Catheterization (IC) adalah teknik penatalaksanaan kandung kemih setelah CMS akut, dilakukan apabila kondisi klien sudah stabil. *IC* untuk memelihara kandung kemih menampung urine kurang dari 400 ml. Frekwensi *IC* 6 kali /hari. Teknik steril apabila dilakukan oleh perawat, apabila oleh klien sendiri di rumah dianjurkan teknik bersih (Lin, 2003).

Tahun 1993 dihasilkan konsensus dari “ *Nation Institute on Disability and Rehabilitation* ” menyimpulkan bahwa *Intermittent catheterization* teknik bersih tidak lebih berisiko terjadi infeksi dari pada teknik steril *ISC* dan lebih ekonomis. Bahkan digunakan ulang setelah dibersihkan. Sejak saat itu *Intermittent catheterization* teknik bersih sebagai standar praktik pada klien CMS dan menjadi standar internasional pada manajemen kandung kemih setelah CMS. *Intermittent catheterization* direkomendasikan sebagai metode pengosongan kandung kemih pada kasus *neurogenic bladder* (*Consorsium for Spinal Cord Medicine Member Organization, 2006*).

Untuk pemulangan klien, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangatlah penting, perawat bertanggung jawab dalam memandirikan klien untuk melakukan *ISC* sebelum klien pulang dari perawatan. Hal ini sesuai teori Orem dalam keperawatan rehabilitasi mengenai berbagai tingkat kemampuan perawatan diri klien, perhatian dan pentingnya pendidikan pada klien. Di institusi pelayanan klien dapat memulai dan melakukan kegiatan yang penting untuk memelihara kehidupan, kesehatan, dan kemampuan yang dimiliki. Sedangkan di masyarakat klien

dapat mandiri atau tidaktergantungan dalam hal memenuhi kebutuhannya. (Orem, 1995, dalam Hoeman, 1996).

Konsep *self care* pada praktek keperawatan rehabilitasi antara lain kebutuhan *toileting*, pembelajaran yang meliputi pengetahuan dalam ketrampilan eliminasi urin (Hoeman, 1996). Perawatan diri menurut Orem yaitu adanya ketepatan yang berhubungan dengan eliminasi (Tomey, 2004). Pada klien yang mengalami gangguan berkemih spontan akibat adanya kelumpuhan, sehingga perlu tindakan yang spesifik yaitu khusus manajemen bladder (Levisieur, 2003). Perawat memberikan tindakan untuk membantu klien agar dapat eliminasi urine sesuai pola kebiasaan sebelum sakit . Klien diajarkan untuk melakukan kateterisasi secara mandiri, sehingga pada saat pulang sudah mampu melakukan secara mandiri dan sesuai prosedur dengan benar .

Perry dan Potter (2000) menjelaskan bahwa :

“memampukan klien yang tidak lagi mempunyai kontrol kandung kemih volunter untuk secara mandiri mempertahankan kontinensia urine. Kateterisasi mandiri dapat diajarkan pada klien dengan paraplegia, hemiplegia, atau penyakit-penyakit lain yang membatasi kontrol kandung kemih volunter. Kateterisasi mandiri adalah komponen penting dari rehabilitasi dan kembali ketinggian fungsi maksimal klien”.

Pengalaman klien yang menjalani ISC metode bersih dapat dieksplorasi sejak mereka terdiagnosa penyakitnya dan ditetapkan untuk menjalani kateter intermiten, mereka belajar untuk dapat melaksanakan sendiri dan kepatuhan mereka untuk melaksanakan sesuai prosedur agar terhindar dari infeksi dan komplikasi. Pengalaman tersebut seperti dilaporkan oleh beberapa peneliti seperti berikut ini.

Pengalaman klien belajar *ISC* telah dilakukan studi kualitatif tahun 2006 dengan judul “ *Patients’ experiences of learning clean ISC: a qualitative study*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman klien dalam melakukan *ISC* dengan metode bersih. Tindakan ini melibatkan pengguna *ISC* yaitu klien, fisik dan emosionalnya. Menginvestigasi keselamatan klien dari infeksi dan komplikasi. Apa yang diketahui saat ini oleh klien tentang topik dari perspektif pemeriksaan dasar, kegiatan atau laporan anekdot dari kontinen. Metoda yang digunakan yaitu wawancara mendalam pada 8 orang pria dan 7 orang wanita, berusia 33 – 81 tahun (median 65 tahun). Hasil: teridentifikasi tema isu psikologis, masalah fisik dan interaksi (Logan, 2008).

Penelitian tentang ketaatan klien dalam pelaksanaan *ISC* metode bersih yaitu didapat faktor-faktor yang umum terjadi, meliputi: pengetahuan, kompleksitas prosedur, salah konsepsi, ketakutan, malu, motivasi, kualitas dan kesinambungan pemberi perawatan. *ISC* juga dapat menyulitkan dalam kehidupan sehari-hari. Pada penderita muda kegunaan material, kelemahan fisik dan resisten pada penyakit (Achterberg, et al 2008).

Pengalaman Diana De Avila seorang klien dengan inkontinensia urin yang menggunakan *ISC*:

“Sebelum menggunakan Intermittent Self Catheter (ISC) : saya membutuhkan waktu untuk buang air kecil sesering mungkin dan segera mungkin sampai membuat saya kehilangan berat badan. Tetapi setelah saya menggunakan ISC saya lebih stabil dan merasa bebas serta mengurangi frekwensi saya ke kamar kecil , Sejujurnya selama minggu pertama saya merasa khawatir dengan kemampuan saya untuk mempelajari anatomi tubuh saya dan kemampuan untuk memasang ISC dengan menggunakan cermin. Akan tetapi pada

minggu ke dua saya merasa lebih mudah memasang ISC tanpa menggunakan cermin tetapi menggunakan metode sentuhan. Saya berpikir bahwa ISC merupakan alat untuk tetap sehat bagi saya ” (Avila, 2002) .

Berdasarkan fenomena dan gambaran tersebut diatas menjelaskan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan penting bagi perawat untuk mempertimbangkan aspek-aspek dari sisi klien sebagai individu, pengalaman klien dalam menerima prosedur ISC, klien menerima pembelajaran agar mampu melakukan prosedur ISC dan mandiri hingga pulang dari perawatan.

Penelitian kualitatif tentang pengalaman menggunakan ISC masih sedikit dan di Indonesia belum didapatkan informasi penelitian ini baik dibuku, jurnal maupun internet. Dengan penelitian kualitatif ini diharapkan peneliti mendapatkan informasi yang penting, yang selama ini belum terdali dari sisi klien sebagai penerima asuhan keperawatan. Dengan bekal informasi tersebut pelayanan asuhan keperawatan dapat dikembangkan sesuai kebutuhan dan harapan klien.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka penulis telah melakukan penelitian studi fenomenologi tentang “ pengalaman klien CMS yang menjalani ISC di RSUP Fatmawati Jakarta”.

B. Rumusan Masalah

Klien pada kondisi pasca CMS mengalami gangguan berkemih secara spontan sehingga membutuhkan tindakan kateterisasi urin untuk jangka waktu yang lama bahkan seumur hidup klien. Diharapkan klien dapat mandiri

melakukan *ISC*, tetapi ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemandirian klien yaitu faktor fisiologis, mental dan perkembangan. Masalah yang muncul: psikologis, masalah fisik dan interaksi, kurang pengetahuan, kompleksitas prosedur, salah konsepsi, ketakutan, malu, motivasi, kualitas dan kesinambungan pemberi perawatan, menyulitkan dalam kehidupan sehari-hari dan lain-lain. Meskipun di luar negeri sudah banyak penelitian dan hasilnya tentang gambaran permasalahan yang dihadapi oleh klien dengan CMS, tetapi di Indonesia dengan kondisi sosial dan kultural yang berbeda belum ditemukan adanya laporan mengenai hal ini.

Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, maka penulis merasa perlu untuk mempelajari bagaimana pengalaman klien CMS dalam apa arti dan makna *ISC* bagi klien. Untuk memahami fenomena-fenomena tersebut, maka pertanyaan penelitian dalam studi ini adalah “Bagaimana pengalaman klien CMS dalam menjalani *ISC* ?”

C. Tujuan

Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman klien CMS yang menjalani *ISC* dan bagaimana klien memaknai pengalaman tersebut.

Tujuan Khusus:

1. Tereksplorasi gambaran tentang perubahan-perubahan fisik dan psikososial yang terjadi dalam kehidupan klien setelah mengalami CMS

2. Tereksplorasi gambaran tentang pengalaman klien dalam menggunakan *ISC*.
3. Tereksplorasi gambaran tentang perubahan pola kehidupan klien setelah menggunakan *ISC*
4. Tereksplorasi gambaran respon adaptasi / penyesuaian diri klien terhadap *ISC*.
5. Teridentifikasi sistem pendukung klien CMS yang menjalani *ISC*.
6. Teridentifikasi harapan klien CMS terkait *ISC* pada pelayanan asuhan keperawatan

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

1. Pelayanan keperawatan medikal bedah

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan intervensi keperawatan yang spesifik dalam konteks asuhan keperawatan CMS.

2. Perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini diharapkan akan menjadi bahan masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan, khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat di peroleh gambaran yang nyata tentang pengalaman klien hidup dengan *ISC*.

3. Penelitian selanjutnya

Penelitian ini sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya terkait topik serupa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Cedera Medula Spinalis

1. Definisi

Cedera medula spinalis (CMS) atau *spinal cord injury (SCI)* ditandai dengan adanya *tetraplegia* atau *paraplegia*, parsial atau komplit, dan tingkatan atau level tergantung area terjadinya lesi atau CMS. *Tetraplegia* atau *quadriplegia* adalah kehilangan fungsi sensorik dan motorik di segmen servikal medulla spinalis. Sedangkan *paraplegia* adalah gangguan fungsi sensorik dan motorik di segmen thorakal, lumbal dan sakrum (Kirshblum & Benevento, 2009).

CMS diklasifikasikan sebagai komplit dan tidak komplit. CMS komplit adalah kehilangan sensasi dan fungsi motorik volunter total sedangkan tidak komplit adalah campuran kehilangan sensasi dan fungsi motorik volunter (Doenges, 2000). Definisi lainnya yaitu CMS komplit ditandai tidak adanya fungsi sensorik dan motorik yang keluar di bawah level cedera sedangkan CMS inkomplit masih ada fungsi sensorik dan motorik dibawah level cedera (Hoeman, 1996).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa CMS adalah cedera, trauma atau lesi pada medula spinalis yang mengakibatkan kelumpuhan pada bagian dibawah cedera, berupa komplit dan tidak komplit yang ditandai tangan, badan dan kaki menjadi lumpuh, terjadi gangguan sistem pernapasan , eliminasi faeses dan eliminansi urine.

2. Etiologi

Penyebab terjadinya CMS yaitu cedera akibat kendaraan bermotor, tindak kekerasan, jatuh, dan cedera olah raga (Smeltzer, 2008). Menurut data statistik dari *The National Spinal Cord Injury Statistical Center* Brimingham, Alabama (2008)“ akibat kecelakaan kendaraan bermotor 42%, kesalahan 27,1%, kekerasan 15,3%, olah raga 7,4% dan penyebab lainnya 8,1%”.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala bervariasi, tergantung pada tingkat cedera, derajat syok spinal, dan fase serta derajat pemulihan (Doenges, 2000):

- C 1-3 : *Quadriplegia* dengan kehilangan fungsi pernapasan / sistem muskuloskeletal total.
- C 4-5 : *Quadriplegia* dengan kerusakan, menurunnya kapasitas paru, ketergantungan total terhadap aktivitas sehari-hari.
- C 6-7 : *Quadriplegia* dengan beberapa gerakan lengan / tangan yang memungkinkan untuk melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari.
- C 7-8 : *Quadriplegia* dengan keterbatasan menggunakan jari tangan, meningkat kemandiriannya.
- T 1-L1 : *Paraplegia* dengan fungsi tangan dan berbagai fungsi dari otot

intercostal dan abdomen masih baik

L 1-2 : dan/ atau dibawahnya : Kehilangan fungsi motorik dan sensorik, kehilangan fungsi defekasi dan berkemih.

Skala kerusakan menurut ASIA adalah sebagai berikut (Smeltzer, 2008) :

A = Komplit : tidak ada fungsi motorik dan sensorik , tertekan pada segmen sakral S4-5

B = Tidak komplit : sensori tetapi bukan fungsi motorik yang tertekan dibawah level neurologi, dan termasuk segmen sakral S4-S5

C = Tidak komplit : fungsi motorik tertekan dibawah level neurologik, dan lebih dari setengahnya otot-otot dibawah level neurologik masih mempunyai kekuatan lebih dari 3

D = Tidak komplit : fungsi motorik tertekan dibawah level neurologik, dan lebih dari setengahnya otot-otot dibawah level neurologik memiliki kekuatan lebih baik diatas 3.

E = Normal : fungsi motorik dan sensorik normal.

4. Patofisiologi

a. Patofisiologi CMS

Derajat kerusakan medula spinalis sesuai dengan kondisi akibat dari trauma kontusio, laserasi, dan kompresi pada substansi medula (bisa tunggal atau kombinasi), sampai kerusakan komplit (sangat berat) pada medula (ditandai adanya paralisis dibawah level cedera).

CMS dapat dibagi menjadi dua kategori : primer dan sekunder cedera (Porth, 2005). Cedera primer akibat dari trauma dan biasanya permanen. Cedera sekunder biasanya akibat dari kontusio atau robekan, beberapa serabut saraf mulai bengkak dan tidak terintegrasi. Rantai sekunder menghasilkan iskemia, hipoksia, edem, dan perdarahan, mengakibatkan destruksi mielin dan akson (Hickey, 2003; Smeltzer, 2008).

Patogenesis CMS terdiri dari primer dan sekunder. Primer yaitu akibat dari tenaga mekanis trauma, terjadi disrupsi dan destruksi neuron, perdarahan petekie, hematomielia. Perubahan histologis tampak perdarahan dan ekstravasasi protein pada substansia kelabu dan diperbatasan substansia putih. Daerah trauma mengalami nekrosis dan pembentukan skargila. Edema terjadi maksimal pada 3 hari dan menetap selama dua minggu. Sekunder yaitu karena aktivitas biokimia, enzim dan proses mikrovaskuler sesuai dengan beratnya lesi awal. Kerusakan disebabkan oleh nekrosis hemoragik progresif, edema dan inflamasi. Proses ini menyebabkan stasis vaskuler, penurunan spinal blood flow dan kematian sel (Jannis, 2002).

Disabilitas (kecacatan) setelah cedera medula spinalis tergantung beratnya cedera. Destruksi dari serabut-serabut saraf yang membawa sinyal motorik ke tubuh dan ekstremitas akan mengakibatkan kelumpuhan (paralisis). Begitu juga bila terjadi destruksi pada serabut sensoris akan berakibat hilangnya sensasi sentuhan, tekanan, temperatur dan kadang-kadang nyeri. Konsekuensi lain yang dapat terjadi adalah meningkatnya

refleks, hilangnya kontrol buang air kecil dan buang air besar, disfungsi seksual dan menurunnya kapasitas bernapas kegagalan refleks batuk dan spastisitas (Jannis, 2002).

b. Patofisiologi gangguan berkemih

1) Fungsi berkemih normal

Fisiologi berkemih menurut Smeltzer (2008) adalah sebagai berikut : Eliminasi urine atau berkemih dikontrol oleh sistem saraf otonom yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis dan system saraf somatis yaitu N. Pudendal.

Fisiologi kandung kemih, menurut Hoeman (1997) secara normal berkemih melalui tiga fase berikut ini:

- a) Fase pengisian kandung kemih, yaitu dikontrol oleh saraf simpatis, kandung kemih relaks untuk pengisian. Kapasitas kandung kemih sekitar 450 cc pada wanita dan 350 cc pada pria.
- b) Fase pengeluaran, yaitu dikontrol oleh saraf parasimpatikus dan saraf somatic pudendus. Mulai terjadi sensasi ingin berkemih setelah terisi 100-150 cc, kemudian sensasi penuh dikirim ke otak.
- c) Fase pengeluaran, yaitu otak mengontrol sfingter eksternal , terjadi kontraksi otot dinding kandung kemih dan relaksasi otot katup leher kandung kemih dan terjadi pengeluaran urine setelah mencapai volume 300 – 500 cc.

2) Gangguan berkemih

Gangguan eliminasi urine pada kasus CMS disebut *neurogenic bladder*, yaitu gangguan fungsi kandung kemih yang disebabkan oleh tidak berfungsinya saraf yang mengendalikan fungsi berkemih. Lesi pada supra sakral yaitu cedera pada daerah servikal – thorakal , klien berkemih secara refleks tanpa kontrol otak disebut sebagai kandung kemih hiperrefleksi termasuk tipe spastik dimana kandung sangat reaktif, terjadi kontraksi spontan otot kandung kemih.

Lesi pada konus dan kauda akibat cedera daerah lumbal menyebabkan terjadinya refleks berkemih tidak ada, disebut sebagai *bladder arefleksi* termasuk tipe *flaksid* yaitu tidak reaktif; tidak ada kontraksi walaupun kandung kemih sudah penuh. Pada kelainan berkemih tersebut jika tidak ditangani dapat menimbulkan komplikasi dan menyebabkan kematian. Komplikasi berupa infeksi saluran kemih, batu saluran kemih, hidronefrosis, gagal ginjal (Smeltzer, 2008).

CMS diatas Thorakal 10 ditandai kandung kemih bisa menampung urine, sensasi penuh tidak dirasakan, tidak ada koordinasi otot – otot destruktur dengan sfingter eksterna (*destructor external spinctert dissinergia*) sehingga terjadilah retensio atau inkontinensia. Pada thorakal 10 – 12 kandung kemih tidak dapat menampung urine (volume kandung kemih kecil), sensasi kadang terasa dan kadang pula tidak, koordinasi negatif (tidak ada) sehingga dapat terjadi pula

retensio atau inkontinensia. CMS Lumbal 2 – Sacrum 2, kandung kemih dapat menampung urine, sensasi dapat dirasakan, tetapi peran sfingter eksterna pada kandung kemih tidak dapat relaksasi sehingga terjadi retensio (Lin, 2003).

5. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan cedera medula spinalis meliputi 5 aspek :

- a. Terapi emergensi dengan memperhatikan *Air way Breathing Circulation* (ABC), imobilisasi dan transfer pasien.
- b. Terapi masalah umum seperti gangguan respirasi, kardiovaskuler, gastrointestinal.
- c. Kesegaran spinal
- d. Dekompresi bedah bila ada indikasi
- e. Program rehabilitasi

Dalam program rehabilitasi, khususnya dalam masalah eliminasi urine dilakukan manajemen berkemih. Manajemen kandung kemih menurut Bodner dan Perkas (2003) “ Manajemen kandung kemih setelah CMS yaitu buat keseimbangan di kandung kemih, diset kontraksi kandung kemih rendah (lebih dari 60–70 mmH₂O) dan residu urine kurang dari 100 ml. Pada laki-laki pemasangan kateter atau kondom kateter. Pada wanita tidak menggunakan kantong penampung urine diluar, alternatif menggunakan kateter kronik, obat antikolinergik dengan *Intermittent catheterization, bladder augmentation, dan posterior sacral rhizotomies*”.

Intermittent catheterization (IC) adalah tehnik manajemen kandung kemih setelah CMS akut teratasi. Kateterisasi dianjurkan untuk merawat kandung kemih dengan residu urine kurang dari 400 ml. Tindakan kateterisasi dimulai 6 jam sekali.

Tindakan kateterisasi dengan tehnik steril dianjurkan pada perawat yang mengerjakan, tetapi pada klien diperbolehkan dengan metode bersih di rumah yang dikerjakan oleh klien sendiri. Periksa kultur urine secara rutin satu bulan sekali. Tindakan kateter berlangsung lama berisiko adanya mikroorganisme di kandung kemih. Individu tidak di terapi antibiotik jika bakteriuria asimtomatik. Karena akan membuat resisten terhadap antibiotik. Bila ada tanda dan gejala infeksi yang nyata disarankan pemberian terapi antibiotik.

B. Asuhan Keperawatan Klien CMS dengan Gangguan Berkemih

Asuhan keperawatan klien CMS bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi dan ketidakmampuan klien akibat penyakit atau injuri. Asuhan keperawatan CMS merupakan bagian dari keperawatan rehabilitasi yang terintegrasi, merupakan prinsip dasar dalam perawatan kritis, keperawatan urologi, dan keperawatan komunitas untuk memberikan pelayanan secara holistik dan merencanakan asuhan keperawatan untuk mendukung klien kembali ke masyarakat.

Konsep keperawatan CMS pada dasarnya untuk memandirikan klien dan keluarga sebagai persiapan kembali ke masyarakat semula. Menurut model

Dorothy Orem di definisikan sebagai asuhan keperawatan yang diberikan karena adanya perbedaan antara yang dibutuhkan dan kemampuan klien dalam perawatan diri. Asuhan keperawatan CMS adalah dinamis, menghendaki adanya peran perawat rehabilitasi dalam membantu klien untuk mandiri dan memberi pembelajaran agar klien berpartisipasi dan terlibat langsung dalam perawatan (Alverzo, 2009).

Klien CMS mengalami berbagai macam gangguan sistem tubuh, satu diantaranya yaitu gangguan fungsi berkemih. Satu kemampuan yang harus dimiliki oleh klien CMS adalah program berkemih. Untuk membantu klien mencapai kemandirian yaitu dengan menggunakan proses keperawatan.

Proses keperawatan dimulai dari mengidentifikasi kebutuhan klien dengan cara mengkaji dan menentukan masalah dan diagnosa keperawatan yang tepat, intervensi yang diberikan berupa promotif, preventif, implementasi dan evaluasi. Berikut ini akan diuraikan asuhan keperawatan khusus masalah eliminasi urine, yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan data, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien dengan tujuan menetapkan dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan, nilai, tujuan dan gaya hidup yang dilakukan klien (Potter & Perry, 2005). Pengkajian pada klien CMS dengan gangguan berkemih, meliputi data :

a. Data identitas klien

- b. Penampilan fisik umum, kemampuan mobilisasi, gaya hidup, psikologi dan spiritual klien
- c. Keluhan utama, riwayat CMS, riwayat penyakit sistemik dan infeksi yang mempengaruhi mekanisme berkemih riwayat pemakaian obat, adanya alergi, pembedahan sebelumnya.
- d. Pengkajian level cedera sesuai klasifikasi *American Spinal Injury Association* (ASIA). Klien mengalami spinal syok dan menggunakan keteter menetap. Pada saat spinal syok terjadi paralisis, flasid dan kehilangan aktifitas refleks dibawah level cedera.
- e. Gejala: sensasi kandung kemih penuh, distensi kandung kemih, inkontinensia, *dribling*, dan derajat kontrol motorik serta gejala infeksi saluran kemih.
- f. Data jumlah pemasukan dan pengeluaran cairan, jumlah urinee, frekwensi buang air kecil, perubahan warna, partikel dan kejernihan serta jumlah residu urine. Bila residu urine lebih dari 20 % dari jumlah yang dikeluarkan direkomendasikan *intermittent catheterization*.
- g. Kondisi meatus ureteri adanya bengkak, kemerahan, tanda iritasi dan eskoriasi.
- h. Pengetahuan klien terhadap gangguan berkemih akibat CMS, prognosis, rehabilitasi kandung kemih, penggunaan alat kateter dan perawatannya.
- i. Kepedulian klien terhadap fungsi berkemihnya , termasuk gejala nyeri, urgensi dan rasa penuh. Klien suka atau tidak suka terhadap manajemen berkemih menggunakan alat dan tehnik yang digunakan.
- j. Kemampuan klien secara fisik, sensori, pengalaman tindakan kateter, dan lingkungan (Woodward & Rew, 2003).

- k. Status hidrasi, kaji status cairan dan nutrisi. Kekurangan cairan berpengaruh pada fungsi berkemih dan kesuksesan program berkemih. Karena gangguan berbagai fungsi tubuh berhubungan dengan CMS. Autoregulasi normal terkait pada regulasi suhu tubuh dan keseimbangan elektrolit mungkin berubah. Adanya indikator dehidrasi : turgor kulit kurang, warna urine gelap, jumlah urine kurang.
- l. Nutrisi : kebutuhan nutrisi pada klien CMS meningkat, kaji berat badan, tinggi badan, riwayat diet, protein, albumin, dan asupan nutrisi.
- m. Eliminasi faeses: pola, frekwensi buang air besar.
- n. Integumen : kondisi kulit apakah ada luka lecet akibat dari urine, dekubitus akibat tirah baring lama, penekanan lama akibat kelumpukan ekstremitas bawah.
- o. Pengalaman klien secara fisiologis, dan perubahan psikologis. Perubahan konsep diri, harga diri, citra diri, peran. Pada klien CMS dengan *neurogenic bladder* mengalami depresi, depresi tersembunyi terkait tindakan *intermittent catheterization*. (Oh, Shin, Paik, Yoo & Ku, 2006).
- p. Seksual: pengalaman klien sebelum sakit dan sesudah sakit.
- q. Laboratorium: darah lengkap, albumin, elektrolit, ureum, kreatinin, hasil urinealisis, dan biakan kuman (urine kultur) sensitifitas untuk melihat adanya infeksi.
- r. Pemeriksaan penunjang meliputi :
- 1) *Ultrasound Scan (USS)* : untuk mengetahui gambaran organ tubuh. Ini aman dan tidak ada radiasi. Pada klien CMS digunakan untuk melihat ginjal, adanya dilatasi ginjal (hidronephrosis) dan jaringan skar. Juga

untuk melihat kandung kemih dan mengecek jumlah residu urine setelah berkemih.

2) *KUB (Kidney, Ureters and Bladder) X-ray* : foto ini fokus pada abdomen untuk melihat ginjal, ureter, dan kandung kemih. Untuk mendeteksi adanya batu di salurah kemih.

3) *Urodinamics* : untuk melihat tekanan kandung kemih sejak ada pesan berkemih dan mengosongkan kandung kemih. Ini sering dihubungkan dengan foto kandung kemih terlihat kebiasaan spingter dapat terlihat dan deteksi refluk. Kateter dimasukan ke dalam kandung kemih dan kateter kedua masuk ke anus untuk menimbulkan tekanan, kandung kemih secara perlahan tekanan akan terekam dan observasi kandung kemih sejak siklus perasaan ingin berkemih dan berkemih. Ini berisiko terjadi infeksi maka antibiotik diberikan, juga merangsang terjadinya *Autonomic dysreflexia* , juga tekanan darah termonitor. Tes ini dilakukan selama 30 menit sampai satu jam dan kadang tidak sakit, tapi kadang tidak nyaman dan memalukan.

4) *Intravenous Pyelogram (IVP or Intravenous Urogram IVU)* : untuk melihat secara rinci gambaran masalah ginjal dan ureter (batu atau hidroneprosis). Diijeksikan kontras secara intravena hingga keluar melalui urine dan dibuat foto serial. Sebelum IVP penting dilakukan pengosongan / pembersihan feses dari usus besar dengan memberikan laxativ sebelum tes. Agar hasilnya baik juga dilakukan pengurangan masukan cairan sebelum tes dilakukan. Klien kadang terjadi alergi , sehingga sebelum tes ini penting dilaporkan adanya riwayat alergi.

- 5) Renography : dengan injeksi radioaktif dosis rendah dan risiko minimal, untuk melihat fungsi ginjal.
- 6) CT atau MRI Scans : untuk melihat detail gambaran anatomi atau patologi dari ginjal dan kandung kemih.
- 7) Cytoscopy : untuk inspeksi kandung kemih, adanya batu, infeksi atau darah di urine (Alverzo, 2009 ; SIA, 2004).

2. Diagnosa keperawatan

Dari pengkajian data tersebut, terdapat masalah atau diagnosa keperawatan :

- a. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan ketidakmampuan mengosongkan secara spontan. Ditandai adanya : paraplegia, kehilangan kontrol kandung kemih, retensi urine, distensi kandung kemih, inkontinensia, residu urine positif lebih dari 20 % jumlah urine yang keluar spontan (Smeltzer, 2008; Alverzo, 2009)
- b. Perubahan pola eliminasi berhubungan dengan gangguan persyarafan kandung kemih, atoni kandung kemih. Ditandai : distensi kandung, inkontinensia, retensi, infeksi saluran kemih (Doenges, 2000).
- c. Risiko terjadi infeksi saluran kemih berhubungan dengan adanya retensi urine.
- d. Konstipasi berhubungan dengan efek CMS.
- e. Gangguan integritas kulit : dekubitus berhubungan dengan tirah baring lama, paraplegia.
- f. Perubahan psikologis berhubungan dengan penyakit CMS.
- g. Perubahan konsep diri berhubungan dengan perubahan fisik setelah CMS.
- h. Gangguan fungsi seks berhubungan dengan disfungsi neurologi.

3. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan disusun sesuai diagnosa keperawatan dan diawali dengan prinsip dan rasional asuhan keperawatan.

a. Perencanaan asuhan keperawatan pada masalah eliminasi urine.

Prinsip dan rasional asuhan keperawatan pada eliminasi urine menurut Carperito (2000) meliputi pertimbangan umum, infeksi dan kateterisasi intermiten, yang diuraikan berikut ini.

Pertimbangan umum dari prinsip dan rasional asuhan keperawatan pada eliminasi urine adalah :

1) Tiga komponen dari saluran perkemihan bagian bawah yang dapat membantu untuk mempertahankan kontinensia (Plyman & Turner, 1988):

- a) Otot destruktur di dalam dinding saluran kemih, yang memungkinkan mengembangnya kandung kemih untuk meningkatkan volume urine.
- b) Sfingter internal atau uretra bagian proksimal, bila berkontraksi, mencegah urine merembes.
- c) Sfingter eksternal, bila terkontrol dengan sengaja akan menambah dukungan selama situasi stres (misal. Kandung kemih yang sangat tegang).

2) Bagian inervasi kandung kemih berasal dari saraf spinal pada tingkat S2-S4. Kandung kemih berada di bawah kontrol saraf simpatis. Kontrol yang dikehendaki dari urine yang berlebihan, dipengaruhi oleh saraf dibagian korteks, otak bagian tengah dan medulla.

- 3) Uretra wanita panjangnya 3-5 cm. Uretra laki-laki panjangnya mendekati 20 cm. Kontinensia dipertahankan terutama oleh uretra, tetapi korteks serebral merupakan daerah yang prinsipil untuk menekan keinginan berkemih.
- 4) Kapasitas kandung kemih normal (tanpa mengalami ketidaknyamanan) adalah 250 – 400 ml. Keinginan untuk mengosongkan terjadi bila urine dalam kandung kemih sebanyak 150 – 250 ml.
- 5) Posisi duduk bagi klien wanita dan posisi berdiri bagi klien pria memungkinkan relaksasi optimal dari sfingter urinarius eksternal dan otot-otot perineal.
- 6) Tonus serabut-serabut halus kandung kemih dapat hilang bila kandung kemihnya meregang sampai 1000 ml (kandung kemih atoni) atau tersalurkan secara kontinu (dengan kateter Foley).
- 7) Mekanisme untuk merangsang refleks pengosongan atau metode *Crede* mungkin tidak efektif bila kapasitas kandung kemih kurang dari 200 ml.
- 8) Alkohol, kopi, dan teh memiliki efek diuretik alami dan akan mengiritasi kandung kemih.
- 9) Nyeri pada saraf spinal S2-S4 menghasilkan tonus kandung kemih spastis atau refleks. Cedera pada saraf spinal dibawah S2-S4 menghasilkan kandung kemih atoni atau lemah.
- 10) Beberapa lesi mengakibatkan pusat-pusat inhibisi dalam otak atau celah-celah yang memindahkan impuls-impuls sampai ke kandung kemih, terus ke dalam kandung kemih tidak terhambat.

Prinsip dan rasional terkait infeksi pada saluran kemih adalah sebagai berikut:

- 1) Statis atau penumpukan urine menunjang pertumbuhan bakteri. Bakteri dapat berpindah, berjalan ke ureter sampai ke ginjal (infeksi asenden).
- 2) Infeksi ulang kandung kemih menyebabkan perubahan fibrosis dalam dinding kandung kemih disertai penurunan lanjut dalam kapasitas kandung kemih.
- 3) Statis urine, infeksi, urine alkalin, dan penurunan volume urine menyokong pada pembentukan batu saluran urine.
- 4) Urine asam encer akan mencegah infeksi memungkinkan material anorganik larut

Prinsip dan rasional terkait kateterisasi intermiten, meliputi:

- 1) Melakukan sendiri pemasangan kateter intermiten, merupakan episode pengaliran urine oleh individu dengan memasukkan kateter ke saluran kandung kemih, yang diindikasikan apabila terjadi gangguan neurologis terhadap pengosongan kandung kemih.
- 2) Metode ini akan mempertahankan tonus dan otot-otot kandung kemih, mencegah meningkatnya peregangannya, dan mendukung terjadinya pengosongan kandung kemih yang sempurna.
- 3) Kateterisasi intermiten pada saat dilaksanakan di pelayanan kesehatan, harus mengikuti teknik-teknik aseptik, karena kemungkinan masuknya mikroorganisme, pada beberapa peralatan yang lebih virulen dan resisten terhadap obat-obatan dari organisme yang ditemukan diluar tubuh.

Seseorang yang tinggal (dirawat) di rumah, dapat melakukan teknik bersih oleh karena di lingkungan rumah tingkat virulensi kuman lebih sedikit.

- 4) Pembuangan awal melebihi 500 ml urine dari distensi kandung kemih kronis dapat menyebabkan hemoragie berat, yang mengakibatkan pembuluh darah vena kandung kemih tertekan oleh distensi kandung kemih sebelumnya, kecepatan pelebaran dan ruptur pada saat kandung kemih tertekan, akan mengembalikan keadaan tersebut dengan tiba-tiba (setelah diketahui pengeluaran 500 ml urine, lebih baik mengeluarkan 100 ml urine dengan menjepit kateter selama 15 menit).
- 5) Keadaan kandung kemih yang sangat tegang, menurunkan aliran darah ke dinding kandung kemih, hal tersebut akan lebih memungkinkan infeksi bakteri.
- 6) Akumulasi urine lebih dari 500 – 700 ml dalam kandung kemih harus dihindarkan.
- 7) Kateterisasi intermiten memungkinkan untuk menurunkan angka kesakitan, sehubungan dengan lamanya waktu penggunaan kateter, peningkatan kemandirian, lebih memberikan konsep diri yang positif, dan hubungan seksual lebih normal.
- 8) Bila seseorang yang mengalami cedera spinal antara tulang T 4 atau di atasnya, memerlukan pengosongan kandung kemih secara lengkap, dari volume yang besar (> 500 ml) yang memungkinkan terjadinya risiko disrefleksia saraf otonom. Kerusakan sistem saraf simpatis menyebabkan pembuluh darah vena tidak segera berdilatasi.

Rencana asuhan keperawatan pada klien CMS dengan gangguan eliminasi urine, adalah dengan tujuan : Klien mampu mengontrol eliminasi urine. Diharapkan klien mampu memprediksi patensi pengosongan kandung kemih, berkemih lebih dari 150 ml / kali buang air kecil, berkemih secara lengkap, tidak inkontinensia, tidak ada retensi urine, distensi kandung kemih, tidak ada tanda infeksi saluran kemih. Rencana tindakan : kateter menetap secepatnya dilepas, dilanjutkan *intermittent catheterization (IC)* tiap 4 jam jika urine lebih dari 500 ml, periksa bladder ultrasound, minum 2000 – 2500 ml, observasi adanya infeksi saluran kemih, klien low motor neuron (LMN) minum terakhir jam 18.00 – 19.00 untuk mencegah berkemih tengah malam, pada *flacid bladder* dilakukan *IC* sebanyak 2-3 kali / hari. Pada klien obesitas dan level tinggi menggunakan kateter menetap (Ignatius & Workman, 2006).

Pendidikan kesehatan diberikan pada klien agar mampu mandiri. Menurut Perry dan Potter (2000) bahwa kateterisasi urine diajarkan pada klien yang memerlukan tindakan *ISC*. Dengan tujuan untuk memampukan klien yang tidak lagi mempunyai kontrol kandung kemih volunter untuk secara mandiri mempertahankan kontinensia urine. Kateterisasi urine selain diajarkan pada klien juga kepada anggota keluarga atau orang terdekat dengan harapan mereka mengetahui teknik prosedur ini kalau klien menjadi tidak mampu dan tidak dapat mengosongkan kandung kemih.

Rencana keperawatan pada klien dengan *IC* menurut Dochterman dan Bulechek (2004): Bahwa *intermittent catheterization* adalah penggunaan

kateter secara periodik untuk mengosongkan kandung kemih. Aktifitas *Nursing Interventions Classification (NIC)* terdiri dari :

- a) Kaji penampilan urinary secara menyeluruh fokus pada penyebab inkontinensia (jumlah urine yang keluar, pola berkemih, fungsi kognitif, masalah berkemih sebelumnya).
- b) Ajarkan pada klien / keluarga tentang : maksud, alat-alat, metoda dan rasional penggunaan *IC*.
- c) Ajarkan pada klien / keluarga tehnik *Clean intermittent catheterization (CIC)*.
- d) Monitor tehnik dari staf yang memberikan perawatan harian *IC* di ruang pelatihan dan dokumen yang diperlukan
- e) Tentukan anak mampu membaca dan mau melakukan *ISC*.
- f) Instruksikan pada staf bagaimana memonitor dan mendukung anak untuk melakukan *ISC* di sekolah.
- g) Berikan tempat privasi saat melakukan prosedur.
- h) Berikan anak tempat khusus di sekolah untuk menyimpan alat kateter dalam tas sekolah atau alat lain yang sesuai untuk anak.
- i) Monitor anak melakukan *ISC* secara berkala dan terus menerus dan dukungan yang diperlukan.
- j) Tunjukkan prosedur dan demonstrasikan kembali secara tepat.
- k) Pasang alat kateter secara tepat.
- l) Gunakan tehnik bersih atau steril.
- m) Tentukan jadwal melakukan kateterisasi sesuai pengkajian yang menyeluruh.

- n) Atur frekwensi kateterisasi untuk memelihara output urine 300 ml atau kurang dari ukuran dewasa.
- o) Pemberian terapi antibakteri profilaksis 2-3 minggu sejak mulai kateterisasi secara tepat.
- p) Periksa urinealisis tiap 2 minggu – 1 bulan sekali.
- q) Tetapkan jadwal kateterisasi sesuai kebutuhan klien.
- r) Buat catatan secara detail jadwal kateterisasi, jumlah intake dan output.
- s) Ajarkan keluarga/keluarga tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
- t) Monitor warna, bau dan kejernihan urine.

Adapun konsep *ISC* akan diuraikan berikut ini yang meliputi: definisi, jenis kateter, indikasi dan kontra indikasi, komplikasi, waktu tindakan, prosedur.

a) Definisi

Definisi dari *intermittent catheterization* adalah penempatan sementara kateter untuk mengeluarkan urine dari tubuh. Kateter dimasukkan kedalam uretra untuk mengosongkan kandung kemih, jika tidak mampu berkemih secara normal (Sherman, 2006; George, 2006).

ISC adalah tindakan kateter yang dilakukan oleh klien sendiri. *ISC* suatu metoda yang aman dan efektif untuk mengosongkan kandung kemih pada waktu yang tertentu. Dilaksanakan setiap tiga sampai delapan jam, atau sesuai rekomendasi dari dokter dan tidak pernah berhenti kecuali ada perintah dari dokter yang merawat. Sedangkan *Intermittent Clean Self Cathetersation (CISC)* adalah tindakan kateter intermiten tehnik bersih dilakukan secara mandiri oleh klien atau pengasuh (*care giver*),

bertujuan untuk mengeluarkan urine dari kandung kemih (Health.gld.gov.au, 2006).

- b) Jenis Kateter yang digunakan antara lain: berbahan dasar silicone, karet, *Polyvinyl chloride* (PVC/ plastic), Polyether block amide (PEBA) (Geng, 2006).
- c) Indikasi dan kontra indikasi.

Indikasi *ISC* menurut Min (2001) yaitu bagi klien : *neurogenic bladder* dimana klien berkemih tidak komplit atau adanya peningkatan tekanan intravesika seperti pada spina cord lesi; *hypotonic bladder* yaitu otot destructor tidak mampu kontraksi sehingga urine residu meningkat dan risiko terjadi infeksi; klien inkontinensia. Indikasi untuk dilakukan *IC* yaitu : distensi kandung kemih, merasa kepenuhan, gelisah, peluh, rasa dingin dan sakit kepala.

Kontraindikasi pada pemasangan *IC* yaitu ; tidak dianjurkan pada klien yang mengalami *experiencing priapism*, fraktur pada bagian corpus cavernosum penis, klien dengan tumor uretra, stricture, injury pada penis yang dapat menyebabkan hematome scrotum, pendarahan sekitar meatus dan infeksi (Geng, Emblem, Gratzl, Incesu, & Jensen, 2006). Menurut Nursing Standart (2002), pemasangan *IC* tidak dianjurkan jika klien dalam keadaan cemas atau tidak rileks dan bisa menimbulkan ketidaknyamanan untuk awal terapi ini.

- d) Efek dan komplikasi: tindakan *ISC* pada klien dapat menimbulkan efek negatif yang berakibat pada psikologi klien, dan gaya hidup (Shaw, 2007).

Sedangkan komplikasi pada kondisi fisik yaitu adanya infeksi saluran kemih, trauma, striktur uretra (Wyndaele, 2002).

e) Waktu tindakan

Kateterisasi intermiten dilaksanakan 4 – 6 kali / hari. Jadwal kateterisasi dapat disesuaikan dengan kondisi klien. Sebagai contoh klien dijadwalkan setiap pukul : 07.00 ; 11.00; 15.00; 19.00 dan pukul 23.00 .

f) Prosedur tindakan terdiri dari : persiapan, prosedur insersi, dan pembersihan keteter. Persiapan klien untuk tindakan *ISC* yaitu diberikan *informed consent*, karena tindakan tersebut adalah tindakan invasif yang dapat menyebabkan klien malu, ketidaknyamanan fisik dan psikologis dan berpengaruh pada gambaran diri klien. Jaminan klien merasa siap untuk tindakan kateter adalah tanggung jawab pemberi perawatan secara profesional untuk memberi informasi kepada klien tentang alasan dan pentingnya prosedur dilakukan, serta mendapat ijin dari klien.

Informasi, dukungan dan perintah : perencanaan prosedur dan pemberian alasan dari kateterisasi akan membantu klien meredam ansietas dan rasa malu dan menolong klien melaporkan masalahnya akibat dari penggunaan kateter. Relaksasi pada klien membantu menentramkan hati dan dukungan akan mempermudah insersi kateter secara perlahan, mencegah ketidaknyamanan dan potensial trauma pada uretra sejak mulai insersi (Geng, 2006).

Prosedur insersi atau memasukan kateter kedalam uretra pada laki-laki dan perempuan dengan tehnik steril dan bersih. Adapun tehnik steril adalah

menggunakan alat steril dan prinsip aseptik antiseptik dilakukan saat di rumah sakit. Sedangkan prinsip bersih dilakukan dengan cara bersih dan dilakukan di rumah atau di luar rumah sakit. Berikut ini langkah-langkah tindakan *ISC*.

Langkah tindakan *ISC* dengan tehnik steril untuk perempuan. Persiapan alat yang digunakan meliputi : kateter pak steril, alat penampung urine, handuk, antiseptic/ sabun , sarung tangan steril, waslap dan air untuk membersihkan genitalia, cermin. Tindakan : cuci tangan , atur posisi seperti duduk, pasang pengalas dan pasang cermin didepannya, pembersihan genitalia, buka pembungkus kateter pak, pakai sarung tangan steril, pasang duk steril, pindahkan peralatan ke atas duk, tuang cairan pembersih, buka bungkus pelumas, buka labia mayor kemudian bersihkan uretral, masukan kateter steril, ujung kateter salurkan ke tempat penampungan urine tunggu sampai urine tidak mengalir, cabut kateter jika aliran berhenti (habis), cabut kateter, ukur dan catat jumlah urine, laporkan pada perawat atau dokter bila didapatkan urine berwarna keruh, bau, ada darah atau endapan pada urine, rapihkan alat, cuci tangan.

Langkah tindakan *ISC* tehnik steril untuk laki-laki, yaitu persiapan alat yang terdiri dari kateter pak steril, air dalam baskom, sabun, tiga buah disposibel paper, linen penutup. Tindakan: cuci tangan, bersihkan penis dan skrotum dengan sabun dan air kemudian keringkan, buka kateter pak, pakai sarung tangan steril, letakan alat steril dekat area, tuang cairan pembersih, buka bungkus pelumas, tegakan penis, masukan kateter steril, ujung kateter salurkan

ke tempat penampungan urine tunggu sampai urine tidak mengalir, cabut kateter jika aliran berhenti (habis), cabut kateter, ukur dan catat jumlah urine, lapor pada perawat atau dokter bila didapatkan urine berwarna keruh, bau, ada darah atau endapan pada urine, rapihkan alat, cuci tangan.

Prosedur tindakan *ISC* tehnik bersih pada pria (Sherman, 2006), terdiri dari :
Persiapkan alat-alat : kateter, pelumas, tempat tampung urine. Tindakan: Cuci tangan dengan sabun dan air, bersihkan penis dan uretra, umasi kateter, pegang penis, tegakan lurus dari tubuh, mulai masukkan kateter ke dalam uretra, jika ditemukan tertahan oleh dekat prostate, lakukan relaksasi dengan tarik napas dalam, dan lanjutkan pemasukan kateter. Urine mulai keluar, pertahankan kateter sampai urine berhenti mengalir dan kandung kemih kosong. Cabut kateter perlahan sampai kandung kemih kosong.

Cuci kateter dengan sabun dan air. Jika kateter sekali pakai langsung dibuang. Jika dipakai ulang, bersihkan hingga benar-benar bersih kemudian dikeringkan pada bagian luar dan dalam lumen. Simpan kateter dalam kondisi bersih dan kering di tempat yang aman. Catat jumlah urine sesuai intruksi dari dokter.

Prosedur tindakan *ISC* tehnik bersih wanita, yaitu: Persiapkan alat-alat yang terdiri dari kateter, pelumas, tempat tampung urine. Tindakan: Cuci tangan dengan sabun dan air, bersihkan vulva dan uretra, lumasi kateter. Buka lokasi uretra, dibawah klitoris dan di atas vagina. Buka labia dengan jari kedua dan keempat, jari tengah untuk meraba telah dibuka. Mulai masukan kateter 5-7 cm sampai urine tampak keluar. Urine mulai keluar, lanjutkan dan tarik

perlahan hingga 2,5 cm dan urine berhenti mengalir dan kandung kemih kosong. Cabut kateter perlahan sampai keluar. Cuci kateter dengan sabun dan air. Catat jumlah urine sesuai intruksi dari dokter.

Jika kateter sekali pakai langsung dibuang. Jika dipakai ulang, bersihkan kateter dengan sabun kemudian dibilas dengan air mengalir hingga benar-benar bersih dan dikeringkan luar dalam lumen. Simpan kateter dalam kondisi bersih dan kering di tempat yang aman. Pakai ulang kateter dianggap aman (Kovindha, 2004)

Cara membersihkan kateter adalah sebagai berikut : Selalu cuci tangan sebelum dan setelah prosedur. Cuci kateter setelah digunakan dengan air hangat dan bersabun. Cuci dengan air mengalir masuk ke dalam kateter. Tempatkan kateter di atas tisu / handuk untuk dikeringkan.

Mengganti kateter adalah suatu gagasan yang baik. Ganti tempat penyimpanan kateter dengan yang bersih. Kateter diganti dan dibuang bila sudah lunak/ tidak fleksibel lagi, sudah rapuh atau pudar warnanya. Pilihan untuk membersihkan kateter yaitu merendam kedalam larutan cuka dan air dengan konsentrasi perbandingan 1:3, seminggu sekali untuk membuang endapan atau kristal urine didalam lumen kateter.

Tindakan mandiri klien dalam membersihkan kateter sesuai jenis untuk persiapan perawatan jangka panjang di rumah :

- a) Kateter nelaton, setelah kateter digunakan bersihkan dengan air mengalir, beri sabun dan cuci dengan air mengalir, keringkan dan simpan pada tempat yang bersih (kantong plastik).
- b) Kateter silikon, setelah digunakan bersihkan dibawah air mengalir, cuci dengan sabun dan air, keringkan, kemudian simpan dalam tempatnya berisi desinfektan 2,5 : 75 aquades steril untuk dipakai pada kateter berikutnya pada klien yang sama.

Rencana keperawatan mengatasi masalah risiko infeksi saluran kemih. Dampak terhadap fisik meliputi adanya komplikasi dari penggunaan kateter intermiten. Komplikasi yang sering yaitu infeksi saluran kemih, ditandai urine keruh, berbau, adanya demam, hasil pemeriksaan urine adanya piuria, bakteriuria. Komplikasi yang lain: perdarahan, iritasi.

Pencegahan komplikasi pada infeksi saluran kemih yang di rekomendasikan dari *Centers for Disease Control and Preventing (CDC)* (2005), adalah sebagai berikut:

Kategori I : Rekomendasi yang harus dilaksanakan : pendidikan pada person dalam tindakan kateterisasi dan perawatannya. Pemasangan kateter bila perlu saja. Cuci tangan. Pemasangan kateter dengan teknik aseptik dan peralatan steril. Pemakaian kateter dengan metode tertutup. Pengambilan sample urine secara aseptik. Jaga kelancaran pengeluaran urine.

Kategori II: Rekomendasi pelaksanaan moderat: secara periodic pemberian pendidikan kepada person yang melaksanakan tindakan kateter.

Penggunaan kateter ukuran kecil. Hindari irigasi kateter kecuali diperlukan untuk mencegah sumbatan. Jangan mengganti kateter sekehendak hati.

Kategori III : kurang direkomendasikan : mengganti kateter menetap dengan alternative teknik drainase lain. Mengganti urine bag ketika menggunakan drainase tertutup. Tidak dianjurkan memeriksa bakteri secara rutin.

b. Perencanaan asuhan keperawatan pada eliminasi faeses.

Klien CMS juga mengalami gangguan eliminasi faeses. Prinsip dan rasional asuhan keperawatan terkait eliminasi faeses (Carpnito,2000):

- 1) Kontinensia usus tergantung pada empat faktor: kemampuan rektal mengenali sensasi rektal untuk defekasi; kemampuan mengeritkan sfingter ani eksternal dan otot puborektalis; motivasi dan kemampuan kognitif untuk membuat keputusan yang tepat kapan defekasi, dan kemampuan rektum mengakomodasi simpanan faeses(Wald, 1986).
- 2) Aktivitas fisik reguler meningkatkan tonusitas otot yang diperlukan untuk pengeluaran faeses, juga meningkatkan sirkulasi pada sistem pencernaan, yang meningkatkan peristaltik dan memudahkan efakuasi faeses.
- 3) Pola eliminasi usus dipengaruhi oleh budaya dan keluarga, rentang normalnya usus dari tiga kali seharisampai sekali setiap 3 hari.
- 4) Pola eliminasi usus normal dipertahankan dengan diet serat setiap hari, air 6-8 gelas , latihan setiap hari. Selain itu individu harus dapat menilai kebutuhan untuk evakuasi dan menciptakan untuk rutinitas toileting (Mclane & McShane, 1991)

5) Dua reflek yang mengontrol eliminasi usus, pleksus mesenterika, di kolon yang mengontrol refleks intrinsik, refleks dalam segmen sakrum di medula spinalis distimulasi oleh makanan dan memulai peristaltik. Massa fekal didorong ke rektum. Distensi rektum menstimulasi refleks defekasi melalui pleksus mesenterika, sfingter ani eksterna relaksasi, terjadi defekasi (Maas&Specht, 1991)

Rencana asuhan keperawatan masalah eliminasi faeses konstipasi berhubungan dengan efek CMS, bertujuan klien dapat eliminasi faeses sesuai pola. Rencana tindakan : Kaji pola eliminasi faeses. Rencanakan program *bowel training* untuk evakuasi faeses. Jika CMS lefel bawah beri stimulasi untuk membangkitkan refleks sfingter ani. Gunakan sarung tangan dan pelumas untuk stimulasi pada 2,5 – 3,7 cm kedalam rektum dengan gerakan secara melingkat. Jika timbul rangsang anus untuk buang air besar pasang pispot. Tindakan stimulasi bisa diulang setelah 48 jam atau sesuai pola eliminasi di rumah. Kolaborasi diet tinggi serat dan pemberian minuman cukup untuk mensukseskan eliminasi faeses dan mencegah konstipasi dan penurunan risiko autonomik disrefleksia (Smeltzer, 2008)

c. Perencanaan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit

Klien dengan CMS mengalami imobilisasi dan kehilangan sensasi di area bawah dari level cedera, mereka memiliki prevalensi yang tinggi untuk terjadinya luka akibat tekanan (Philips,2003; Smeltzer, 2008). Luka tekan terjadi sejak 6 jam setelah terjadi tekanan terus menerus. Area yang tertekan akan mengalami iskemik jaringan, bila tekanan berlangsung terus menerus

maka sirkulasi perifer tidak adekwat, ini akibat dari spinal syok dan posisi terlentang. Klien mengalami imobilisasi yang lama, hal ini juga meningkatkan terjadinya luka akibat tekanan. Area yang sering terjadi luka tekan yaitu pada: ishium, trochanter, sakrum, dan osipital (Smeltzer,2008).

Luka akibat tekanan atau dekubitus ini dapat dikelompokkan dalam stadium menurut derajat luasnya kerusakan jaringan.

Stadium I. Eritema tanpa pemucatan pada kulit yang intak, lesi membesar dari ulserasi kulit.

Stadium II. Kehilangan kulit dengan ketebalan sebagian melibatkan epidermis dan / dermis.

Stadium III Kehilangan kulit dengan ketebalan penuh yang melibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan yang dapat meluas ke bawah, namun tidak melalui fasia dibawahnya.

Stadium IV. Kehilangan kulit dengan ketebalan penuh dengan destruksi hebat, nekrosis jaringan, atau kerusakan pada otot, tulang, atau struktur penyokong. (Hoeman, 1996).

Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah gangguan integritas kulit akibat imobilisasi yaitu pada luka akibat tekanan atau dekubitus dengan pencegahan dan perawatan luka apabila sudah terjadi. Berikut tindakan yang harus dilaksanakan:

- 1) Cegah terjadinya luka akibat tekanan. Pencegahan merupakan pendekatan yang paling hemat biaya dalam menangani luka dekubitus / ulkus tekan. Unsur penting dalam program pencegahan yang efektif

meliputi pendekatan pengelolaan tim yang terpadu yang menekankan perawatan yang baik, pelatihan yang benar dan edukasi pada klien, keluarga dan pengasuh, dukungan terhadap kepatuhan klien.

- 2) Periksa kulit secara teratur setiap pagi dan sore atau setiap kali klien berbaring atau menerima penanganan khusus. Adanya tanda kemerahan, perubahan warna kulit, iritasi, atau abrasi merupakan indikasi pembentukan luka dekubitus yang mengancam.
- 3) Jauhkan segala tekanan dari daerah tersebut dengan segera. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering setiap saat.
- 4) Bersihkan daerah tempat menumpuknya keringat atau cairan tubuh beberapa kali dalam sehari dengan sabun yang ringan, bilas dengan air hangat, dan tepuk-tepuk hingga kering.
- 5) Oleskan lotion atau krim setelah mencuci kulit. Pijat dengan baik hingga menyerap ke dalam kulit.
- 6) Hindari area tekanan dalam keadaan lembab yang dapat menimbulkan iritasi dan maserasi.
- 7) Pengaturan atau perubahan posisi klien untuk membebaskan tekanan dan memelihara aliran darah kapiler. Putar posisi klien yang berisiko tinggi terjadi luka dekubitus setiap 2 jam: 2 jam pada sisi miring, 2 jam terlentang dan 2 jam miring ke sisi lain tanpa mengindahkan jenis permukaan penyokong.
- 8) Gunakan kain pemindah dibawah klien bila memindahkan klien.
- 9) Gunakan permukaan kasur anti dekubitus untuk meminimalkan tekanan pada daerah tubuh yang rapuh

- 10)Gunakan bantal untuk menyokong ekstremitas sehingga tekanan berkurang karena lutut dan pergelangan kakinya akan saling berlawanan.
- 11)Ajarkan klien duduk di kursi roda untuk memindahkan beratnya dan menaikkan dirinya sendiri selama lebih kurang 15 detik setiap 30 menit. Pemulihan tekanan ini memungkinkan klien melanjutkan duduk beberapa jam pada satu waktu tanpa risiko berkembangnya luka dekubitus.

Perawatan dan pengobatan luka dekubitus berdasarkan derajat atau grade, yaitu:

- 1) Derajat I: Hindari masase dan tekanan pada area lesi. Gunakan balutan hidrokoloid atau film dressing. Bila tidak ada gunakan krem kulit untuk mempertahankan kulit tetap lembab. Lakukan perubahan posisi tubuh klien, miring kiri-kanan setiap 2 jam sekali. Berikan nutrisi yang adekuat dan vitamin : A,D,E. Berikan sokongan dengan menggunakan bantal.
 - 2) Derajat II: Sama tindakannya seperti derajat satu. Ditambah menggunakan balutan yang sifatnya semipermeabel untuk mencegah kekeringan dan menjaga jaringan tetap baik. Atau gunakan balutan yang sifatnya lembab.
 - 3) Derajat III: Bila terdapat nekrosis lakukan debridement, dan bersihkan dengan normal salin. Pertahankan lingkungan luka dalam keadaan lembab bila sekeliling jaringan kering. Gunakan balutan hidrokoloid, bila ada. Hindari penekanan dan kaji factor risiko. Beri pengobatan antibiotic bila terdapat infeksi.
 - 4) Derajat IV: Sama seperti derajat III
- (Smeltzer, 2008. , Hoeman, 1996., Carperito, 2000).

d. Perencanaan asuhan keperawatan perubahan psikologis

Rencana keperawatan mengatasi masalah perubahan psikologis pada klien yang menjalani kateter intermiten. Dari hasil penelitian didapat dampak fisik adanya infeksi saluran kemih dan dampak psikologis adanya distress dan ketidaknyamanan klien. Adanya ketidakmampuan berisiko terjadi komplikasi fisik.

Pada kelainan *neuropathic bladder* dan *intermittent catheterization* dapat mempengaruhi sosial dan psikologi keluarga. Dari hasil penelitian Borzyskowski, Cox & Owen (2003) dengan jumlah sampel 23 laki-laki dan 17 perempuan, bahwa *ISC* tidak menjadi penyebab utama masalah emosional dan behavior bagi keluarga. Walaupun orang tua tidak suka *ISC*, hal ini penting diketahui oleh manajemen dan akan sukses dengan adanya masukan yang diberikan oleh medik, psikologis, dan perawat spesialis. Dukungan dari tim multidisiplin adalah esensial untuk masalah yang berkepanjangan.

Pengalaman belajar *ISC* dari studi kualitatif pada 8 laki-laki dan 7 perempuan, teridentifikasi isu psikologi, masalah fisik dan servis interaksi. Komunikasi perawat sangat membantu memfasilitasi pengalaman belajar klien. Ketrampilan klinik dan pendekatan perawat sebagai teman dapat merelaksasi klien sehingga menurunkan stress, memfasilitasi penyampaian informasi dan penerimaan informasi (Logan, et al, 2008).

Persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan besar termasuk adanya kecacatan mengalami gangguan berkemih dan harus eliminasi menggunakan *intermittent catheterization* dapat menimbulkan stress. Bagi keluargapun menimbulkan stres, seperti dikemukakan Borzyskowski (2004) bahwa “ dari hasil studi adaptasi orangtua terhadap anaknya dengan ketidakmampuan, orang tua mengalami stres, ansietas dan depresi ”.

Mengawali atau mencetuskan perubahan disebut stressor. Stressor menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi dan kebutuhan tersebut bisa saja kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan, spiritual atau kebutuhan kultural. Manifestasi fisik dari stress tergantung dari bagaimana seseorang memandang setiap kejadian yang penuh dengan stress dan tergantung strategi coping seseorang. Stress dapat mempengaruhi aktivitas dari sistem saraf simpatis. Meningkatnya saraf simpatis mengakibatkan dilatasi pupil, *diaphoresis*, meningkatnya denyut nadi, kulit pucat, meningkatnya tekanan darah, meningkatnya irama dan kedalaman pernafasan, berkurangnya pengeluaran urine, mulut menjadi kering, menurunnya peristaltik usus, ketegangan otot meningkat, meningkatnya gula darah, dan lain – lain (Potter & Perry, 2005).

Secara psikologis, manifestasi stress antara lain cemas, ketakutan, marah, depresi, perilaku kognitif, respon verbal dan motorik, dan mekanisme pertahanan ego yang tidak disadari. Kecemasan bisa muncul pada berbagai tingkatan dari cemas ringan, sedang, berat dan panik. Manifestasi kognitif dari stress adalah adanya *thinking responses* termasuk penyelesaian masalah,

structuring, control diri atau disiplin diri, supresi, fantasi dan berdoa. Manifestasi verbal dapat berupa menangis, *verbal abuse*, tertawa, berteriak, memukul, menendang, memegang dan menyentuh. Manifestasi dari pengalaman stress baik fisik maupun psikologis mungkin dijadikan sebagai strategi koping atau mekanisme koping. Koping dapat bersifat adaptif atau maladaptif. Koping adaptif membantu seseorang untuk menghadapi secara efektif setiap kejadian stress dan meminimalkan distress yang berhubungan dengannya. Koping maladaptif dapat mengakibatkan distress bagi seseorang dan orang lain yang dihubungkan dengan seseorang atau kejadian yang penuh dengan stress (Potter & Perry, 2005).

Prinsip dan rasional asuhan keperawatan terkait koping (Carpnito, 2002)

- 1) Lazarus (1985) mengidentifikasi koping sebagai “ perubahan kognisi atau perilaku secara konstan berupaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.
- 2) Kefektifan suatu koping dipengaruhi oleh jumlah, lama dan intensitas dari stresor pengalaman masa lalu, sitem pendukung dan keribadian individu (Fuller & Schaller-Ayers, 1990).
- 3) Koping yang efektif memerlukan kesuksesan dalam mengatur berbagai tugas: mempertahankan konsep diri, mempertahankan hubungan baik dengan orang lain, mempertahankan keseimbangan emosi dan pengaturan stres.
- 4) Perilaku koping dibagi menjadi dua kategori (Lazarus & Folleman, 1984)

Fokus pada masalah : usaha-usaha untuk memperbaiki situasi dengan mengubah atau melakukan tindakan.

Fokus pada emosi : pikiran-pikiran atau tindakan yang dilakukan untuk mengurangi keadaan emosi yang membahayakan karena situasi. Perilaku koping dengan fokus pada emosi yang tidak mengganggu situasi tapi membuat orang mnerasa lebih baik.

5) Perilaku yang berfokus pada masalah :

- a) Penyusunan tujuan : adalah proses sadar untuk mennetukan batasan waktu pada perilaku, yang digunakan bila tujuan dapat diatasi dan dikendalikan
- b) Mencari informasi merupakan proses belajar tentang semua aspek dari masalah, yang akan memberikan perspektif dan pada beberapa kasus, merupakan dorongan untuk montrol diri.
- c) Keahlian adalah belajar tentang prosedur-prosedur baru atau ketrampilan-ketrampilan baru yang memfasilitasi harga diri dan kontrol diri: sebagai contoh : perawatan kateter.
- d) Mencari bantuan adalah mencapai jalan keluar untuk dukungan lainnya. Bernagi perasaan dengan yang lainnya untuk memberikan kesempatan terhadap ungkapan emosi , ketentraman hati dan kenyamanan. Sebagai contoh penurunan berat badan, membantu orang lain dan pendukung.

6) Koping terhadap kemampuan : keberhasilan koping dengan cedera fisik atau kehilangan (Hamburg & Adams, 1953):

- a) Menurunkan stres sampai batas dapat diatasi
- b) Mempertahankan perasaan harga diri

- c) Membina hubungan dengan orang terdekat
- d) Mencari penyembuhan fungsi fisik
- e) Memprakarsai situasi (proyek, pekerjaan, tugas) setelah pulih maksimum yang dipandang sebagai nilai yang dapat diterima secara pribadi dan sosial.
- f) Meningkatkan kenikmatan dari penguasaan.

Klien CMS dapat mengalami stress, berduka, kehilangan dimana adanya perubahan pada fisik selain kelumpuhan anggota gerak juga gangguan dalam eliminasi urine. Sehingga klien membutuhkan dukungan psikologis. Dukungan psikologis selama proses berduka dibutuhkan. Dukungan ini menyangkut *body image*, aktivitas seksual, tanggung jawab keluarga dan perubahan dalam gaya hidup. Klien bisa menjadi sangat marah dan takut terhadap urine yang harus dikeluarkan oleh diri sendiri dengan alat bantu kateter.

Banyak faktor yang mempengaruhi kemampuan klien untuk beradaptasi terhadap perubahan *body image*, yang menyangkut klien dan keluarganya. Faktor-faktor tersebut antara lain proses penyakit, diagnosis, penanganan dan pengobatan, serta asuhan keperawatan selama di rumah sakit untuk kembali ke masyarakat (Black, 2000; Moverman, 2003).

Perawat harus mempersiapkan klien agar dapat kembali ke masyarakat seperti sedia kala dapat hidup wajar dimasyarakat dengan kondisi kekurangan yang ada. Untuk mempersiapkan psikologis klien perawat berkolaborasi dengan psikolog yang bertujuan untuk menyiapkan mental klien. Perawat juga

berkolaborasi dengan sosial medik untuk mensurvei dan memberi saran persiapan kondisi fisik tempat tinggal agar klien dapat menyesuaikan diri di rumah dan tidak mengalami hambatan mobilitas fisik untuk eliminasi urine.

e. Perencanaan asuhan keperawatan perubahan konsep diri

Prinsip dan rasional asuhan keperawatan terkait konsep diri (Carpernito, 2000), adalah sebagai berikut:

- 1) Konsep diri melibatkan perasaan-perasaan seseorang, sikap, penilaian, dan pengaruh reaksi-reaksinya terhadap seluruh pengalamannya.
- 2) Konsep diri berkembang sejak masa pertumbuhan hingga umur lanjut. Dengan perubahan umur ini, akan muncul kemampuan-kemampuan baru dan tantangan-tantangan. Penyelesaian yang baik atau peran/ tugas akan mempengaruhi konsep diri yang positif.
- 3) Konsep diri dipengaruhi oleh interaksi seseorang dengan yang lainnya, dengan beragam sosial budaya dan keberhasilan dalam melakukan tugas/peran (Fuller & Schaeler Ayers, 1990)
- 4) Konsep diri ini meliputi beberapa komponen-komponen termasuk cita tubuh, ideal diri, harga diri, peran.tugas yang diemban, dan identitas pribadi (Stuart&Sunden, 1988)
- 5) Gambaran tubuh: Sikap seseorang terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak, menyangkut persepsi sekarang dan masa lalu. Persepsi seseorang terhadap bagaimana seharusnya ia bersikap yang dilandaskan pada target yang hendak dicapai, keinginan, keberhasilan, dan penilaian.

Ideal diri: Persepsi individu tentang bagaimana ia harus bersikap berdasarkan standar pribadi tertentu , aspirasi, tujuan, atau nilai.

Harga diri: Pertimbangan diri terhadap penghargaan yang didapat dari analisa bagaimana perilaku itu sesuai dengan cita-cita idealnya. Rasa percaya diri yang tinggi merupakan suatu perasaan yang berakar pada tak terkoordinasikannya penerimaan terhadap diri, meskipun kesalahan-kekalahan, dan kegagalan dianggap sebagai suatu pembawaan yang layak dan penting.

Penampilan peran: Perilaku-perilaku yang diharapkan oleh struktur masyarakat yang ditujukan dengan fungsi-fungsi individu dalam kelompok masyarakat yang heterogen. Peran-peran bawaan merupakan peran dimana orang tidak memiliki pilihan. Peran-peran yang ditugaskan merupakan peran-peran yang diseleksi oleh individu.

Identitas pribadi: Pengorganisasian prinsip-prinsip pribadi pada kelompok, kontinuitas, konsistensi, dan kebiasaan-kebiasaan seseorang, ini bermakna otonomi, dan juga termasuk didalamnya tentang persepsi seksualitas seseorang. Pembentukan identitas diribermula pada masa bayi dan terus berproses selama masa kehidupan, tetapi merupakan tugas perkembangan selanjutnya.

- 6) Gangguan-gangguan pada komponen-komponen konsep diri di uraikan sebagai berikut :

Citra tubuh: memandang diri sendiri yang berbeda sebagai suatu hasil dari aktualisasi atau perubahan yang diterima dalam struktur tubuh atau fungsi.

Ideal diri: Suatu perubahan pada harapan diri

Harga diri : Rasa kurang percaya diri atas kemampuan menyelesaikan sesuatu yang diinginkan

Penampilan peran: Ketidakmampuan dalam mengaktualisasikan fungsi/ potensi dan aktivitas yang diharapkan dalam suatu peran khusus di masyarakat.

Identitas pribadi: Gangguan atau krisis dalam persepsi diri(siapa saya ?)

Rencana keperawatan perubahan konsep diri, bertujuan klien mampu mencapai konsep diri yang positif, dengan rencana tindakan :

- 1) Meningkatkan gambaran diri klien dengan cara : meningkatkan hubungan saling percaya dan mendorong klien untuk mengungkapkan perasaannya
- 2) Meningkatkan interaksi sosial
- 3) Berikan pemahaman tentang kehilangan fungsi tubuhnya akibat CMS, dan gali kemampuan alternatif yang dapat membantu mengatasinya.
- 4) Tingkatkan harga diri klien :
 - a) Bantu klien untuk mandiri dan menurunkan tingkat ketergantungannya pada orang lain .
 - b) Tingkatkan sensitivitas dirinya pada hal yang positif yang masih dimilikinya.
 - c) Bantu ekspresikan pikiran dan perasaannya
 - d) Beri kesempatan untuk aktivitas sosial yang positif
 - e) Beri kesempatan mengembangkan ketrampilannya
- 5) Perbaiki identitas diri klien :
 - a) Mengenal diri sendiri sebagai bagian dari tubuhnya
 - b) Memandang berbagai aspek pada dirinya sebagai keseluruhan
 - c) Menilai diri sesuai penilaian masyarakat pada hal yang positif

- 6) Memperbaiki peran klien :
 - a) Bantu peningkatan pengetahuan tentang peran
 - b) Pertahankan konsistensi terhadap peran yang dilakukan
 - c) Penyesuaian antara peran yang diemban
 - d) Menyelaraskan antara budaya dan harapan perilaku peran.

f. Perencanaan asuhan keperawatan gangguan fungsi seksual

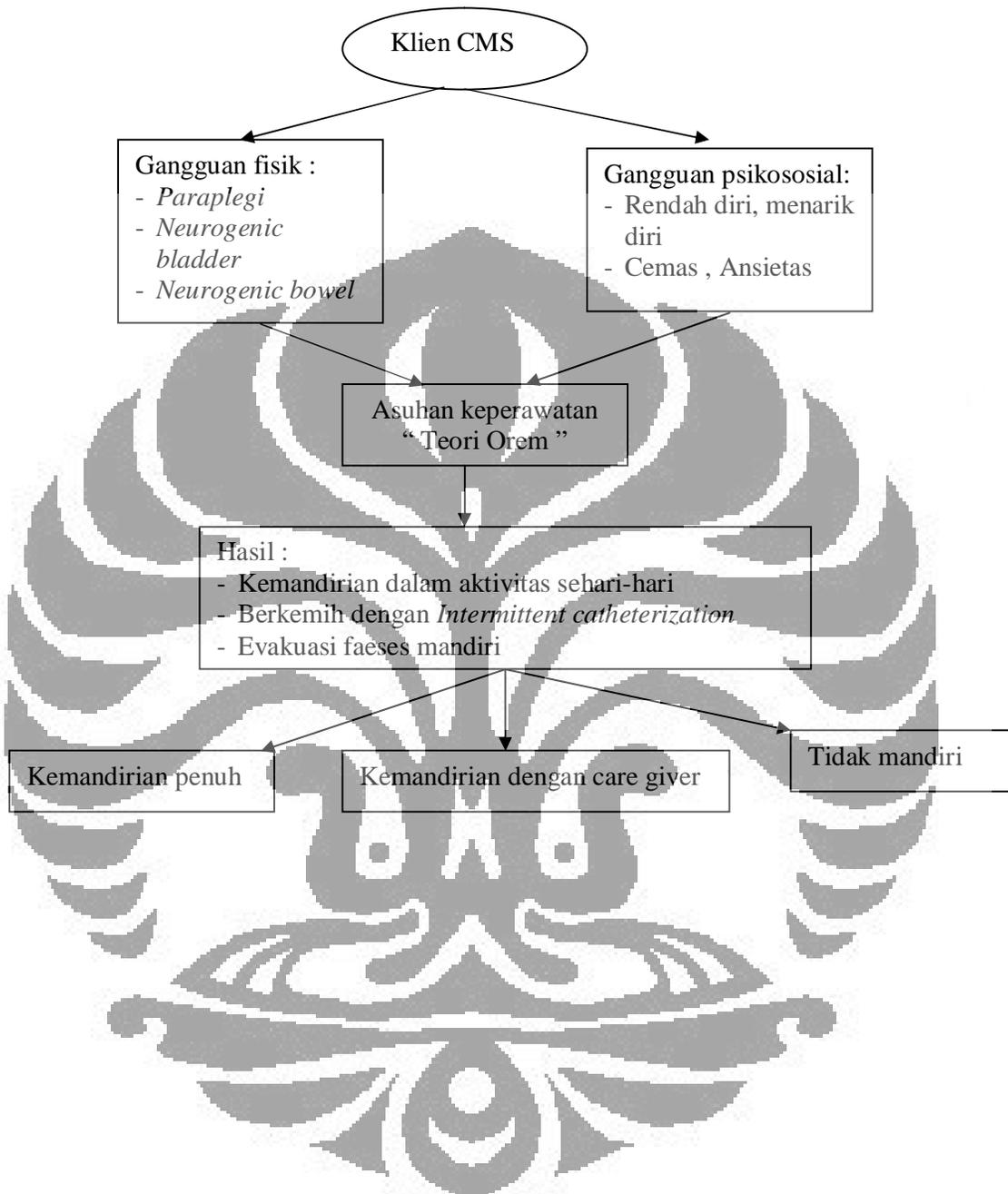
Prinsip dan rasional asuhan keperawatan terkait seksual, yaitu:

- 1) Semua orang adalah makhluk seksual. Seksualitas merupakan bagian integral dari identitas (WHO, 1975).
- 2) Seksualitas mencakup bagaimana perasaan seseorang terhadap dirinya dan bagaimana interaksinya dengan orang lain
- 3) Fungsi seksual mengacu pada kemampuan fisik dan psikologis untuk tampil dalam kepuasan, baik tanpa maupun dengan pasangan.
- 4) Fungsi seksual dipengaruhi oleh umur, status perkawinan, orientasi seksual, sistem nilai seseorang, pengetahuan tentang seks, sumber-sumber (sosial, ekonomi, geografi) budayan kesehatan fisik, dan kesehatan mental (Katzum, 1992; Smith, 1993)
- 5) Penelitian memperlihatkan bahwa banyak individu dengan penyakit serius, menurun keinginan seksualnya, aktivitas seksualnya juga menurun, dan penurunan kepuasan dalam melakukan aktivitas seksual (Fitzsimmon, Varderber, & Shirley, 1993; Thranov & Klee, 1994)
- 6) Karakteristik individu yang sehat seksualnya adalah (Lion, 1992)
 - a) Gambaran tubuh yang positif

- b) Menerima fungsi tubuh dan seksual sebagai suatu yang alami dan normal
 - c) Pengetahuan yang akurat tentang seksualitas manusia dan fungsi seksual
 - d) Mengenal dan menerima perasaan seksual sendiri
 - e) Hubungan interpersonal yang efektif
 - f) Menerima kekurangan diri dan orang lain
- 7) Ekspresi seksual tidak hanya terbatas pada senggama; termasuk juga kedekatan dan rabaan sebagaimana bentuk lain seperti komunikasi verbal dan non verbal (Steinke dan Berger, 1986).

Rencana keperawatan masalah gangguan fungsi seksual, bertujuan klien mampu mengekspresikan fungsi seksual, dengan rencana tindakan rujuk untuk konseling seksual dan Edukasi seksual untuk klien dan pasangannya. Seksual edukasi dan konseling adalah termasuk dalam rehabilitasi CMS, klien bergabung pada kelompok untuk melakukan pertemuan, berbagi perasaan, informasi, dan diskusi tentang seksual, dan aspek praktik seperti ini dapat menolong klien menampilkan perilaku yang positif dan penyesuaian diri (Bader & Littlejohns, 2004; Smeltzer, 2008).

Kerangka Pikir Penelitian



BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan aplikasi rancangan penelitian kualitatif fenomenologi dalam usaha mengungkap pengalaman klien cedera medulla spinalis (CMS) dalam menjalani *self intermittent cateterization (ISC)* di RSUP Fatmawati Jakarta.

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif-fenomenologi. Menurut Brockopp dan Tolsma (1995) “ Penelitian kualitatif mencoba untuk menggali / eksplorasi, menggambarkan atau mengembangkan pengetahuan bagaimana kenyataan di alami”. Dalam hal ini untuk menggambarkan dan menggali bagaimana pengalaman klien CMS dalam menjalani *ISC*. Pendekatan ini memberikan peluang pada klien untuk berbagi pengalamannya selama *ISC* pada saat dirawat dan setelah pulang dari perawatan di RSUP Fatmawati.

Metode penelitian kualitatif merupakan metode penelitian yang penting dalam membentuk sekumpulan pengetahuan keperawatan (*body of nursing knowledge*) (Sandelowski, 1986 dalam Brockopp, 2000), pengembangan teori keperawatan sebagai landasan praktik keperawatan yang berdasarkan fakta (*evidence-based nursing*), dan menjawab masalah-masalah keperawatan yang sebagian besar berkaitan dengan respon manusia terhadap masalah kesehatan

aktual maupun risiko (Ploeg, 1999). Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi. Studi fenomenologi mencoba mendefinisikan pengalaman dalam konteks yang spesifik dan kemudian secara induktif mengidentifikasi tema tentang pengalaman yang unik (Patton, 1992). Metode ini bertujuan untuk menggali persepsi atau pengertian yang mendalam dari sebuah peristiwa atau pengalaman hidup seseorang (Speziale & Carpenter, 2003), Rancangan fenomenologi ini dilaksanakan dengan berpedoman pada pendapat Spiegelberg (1975, dalam Speziale & Carpenter, 2003) tentang tiga tahapan fenomenologi deskriptif yaitu tahapan intuitif, analisis dan deskriptif.

Pada tahapan intuitif, peneliti mengeksplorasi pengalaman partisipan setelah terjadi CMS dan mendapat tindakan kateterisasi urine, pengalaman partisipan melakukan ISC dalam kehidupan sehari-hari selama di rumah sakit dan di rumah. Peneliti menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung (*bracketing*) semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena tersebut.

Pada tahap analisis, peneliti mengidentifikasi kategori-kategori, sub tema dan tema-tema, tentang pengalaman partisipan setelah CMS dan melaksanakan ISC berdasarkan data dari transkrip wawancara dengan partisipan guna menjamin keakuratan dan kemurnian hasil penelitian. Bertolak dari hasil tahap analisis ini, pada tahap deskripsi peneliti membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena yang dialami klien CMS yang menjalani ISC.

B. Partisipan

Partisipan pada penelitian ini adalah individu dengan CMS dan melakukan *ISC* sebanyak 6 orang. Dua partisipan sedang dalam perawatan pertama setelah mengalami CMS dan tiga partisipan pernah dirawat untuk rehabilitasi dan saat ini dirawat dengan dekubitus, sedangkan satu partisipan telah pulang dari rawat inap bulan Maret 2009 di RSUP Fatmawati Jakarta. Rekrutmen partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling*, sesuai yang direkomendasikan untuk penelitian kualitatif, khususnya pada penelitian fenomenologi yang mengungkap tentang pengalaman partisipan (Creswell, 1998). Semua partisipan yang terpilih adalah individu yang memiliki karakteristik sebagai berikut: klien penderita CMS yang menjalani *ISC*, mampu berkomunikasi verbal menggunakan Bahasa Indonesia dengan baik, telah bersedia menjadi partisipan dan menyetujui *informed consent* yang diberikan.

Rekrutmen partisipan dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama partisipan yang diperoleh peneliti melalui dokumen rekam medik atau catatan nama-nama klien yang sedang di rawat di Gedung Prof DR Soelarto. Klien yang telah memenuhi kriteria yang masih di rawat sebanyak 5 orang dan ditemui di ruang perawatan. Sedangkan satu orang klien yang sudah pulang dari perawatan ditemui saat berkunjung ke Poli Klinik Rehabilitasi Medik dan partisipan menyetujui untuk pertemuan di lantai 4 dimana partisipan pernah dirawat.

Pertemuan dengan partisipan dilakukan secara bertahap : tahap pertama peneliti mendatangi klien di ruang rawat inap lantai 1 dan 4 Gedung Prof DR Soelarto

RSUP Fatmawati dalam rangka perkenalan dan membina hubungan saling percaya. Kedua mengobservasi tingkat kemandirian yang telah dicapai dalam melaksanakan *ISC* serta memvalidasi kemandirian klien melaksanakan *ISC* kepada perawat ruangan. Ketiga bertemu dengan klien untuk meminta persetujuan partisipan dan membuat perjanjian untuk wawancara. Keempat melaksanakan wawancara dengan partisipan sesuai waktu yang disepakati dan kelima menverifikasi dan validasi hasil wawancara.

Jumlah partisipan yang didapat yaitu 6 partisipan dan telah terkumpul data yang jenuh atau saturasi data, yaitu pada informasi yang diberikan oleh partisipan ke-6 sudah tidak memberikan tambahan informasi baru tentang fenomena yang di teliti. Partisipan tersebut dapat berperanserta dari awal sampai akhir penelitian.

C. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu

Penelitian ini diawali dengan penyiapan dan pembuatan proposal yang dimulai sejak bulan Desember 2008. Seminar proposal dilaksanakan pada bulan April 2009. Pengumpulan dan analisa data pada bulan April sampai Juni 2009. Seminar hasil penelitian pada bulan Juli 2009. Waktu kegiatan penelitian terlampir (lampiran 1).

2. Tempat

Tempat penelitian adalah di ruang rawat inap lantai 1 dan 4 Gedung Prof Dr Soelarto dimana klien CMS yang menjalani *ISC* dirawat inap dan Poli Klinik Rehabilitasi Medik RSUP Fatmawati Jakarta dimana klien kontrol

setelah pulang dari perawatan. RSUP Fatmawati Jakarta dipilih menjadi tempat penelitian karena RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit rujukan Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik, banyak merawat klien dengan gangguan tulang belakang dan cedera medulla spinalis, sehingga dapat mempermudah peneliti dalam memperoleh partisipan penelitian.

D. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan keterangan lolos kaji etik dari Komite etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, sebagai upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan (lampiran 2). Peneliti juga telah mendapat persetujuan pelaksanaan penelitian dari Direktur Umum, Sumberdaya Manusia dan Pendidikan RSUP Fatmawati untuk dilaksanakan di RSUP Fatmawati (lampiran 4).

Penelitian ini telah melibatkan klien yang bersedia menjadi partisipan tanpa paksaan. Partisipan telah diberikan penjelasan tentang penelitian (*informed consent*) (lampiran 5) yang meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bagaimana partisipan diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipan diberi surat permohonan menjadi responden (lampiran 6). Partisipan yang menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebanyak 6 orang dan telah menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan (lampiran 7).

Pertimbangan etik dalam penelitian ini dilaksanakan dengan memenuhi prinsip-prinsip *Confidentiality* dan *Anonymity* (Speziale & Carpenter). Menurut Polit, et al. (2001) “*Confidentiality* adalah sebuah perjanjian bahwa kerahasiaan partisipan akan terjamin, informasi yang diberikan tidak akan di sebarluaskan untuk umum atau untuk penelitian yang lain”. *Confidentiality* atau kerahasiaan dimana klien-CMS yang berpartisipasi dalam penelitian tetap terjaga dan merupakan tanggung jawab peneliti untuk melindungi semua data yang dikumpulkan.

Untuk menjamin kerahasiaan (*confidentiality*), maka peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa dibuka oleh peneliti. Hasil wawancara di MP 4 ditransfer ke dalam komputer dan disimpan dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian selesai disusun. Dalam menyusun laporan penelitian, peneliti menguraikan data tanpa mengungkap identitas partisipan (*anonymous*). *Anonymity* adalah konsep penting yang berhubungan dengan perlindungan peserta dalam penelitian. Peserta mempunyai hak untuk tetap anonim (menyembunyikan nama) sepanjang proses penelitian (Brockop & Tolsma, 1995).

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari partisipan dilakukan peneliti melalui beberapa tahap yaitu:

1. Mengurus surat ijin penelitian di kampus untuk dilanjutkan kepada Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta (lampiran 3).
2. Menemui Bagian Diklit RSUP Fatmawati untuk mengurus ijin penelitian. Peneliti mengikuti prosedur yang berlaku, yaitu presentasi proposal di Bagian Diklit RSUP Fatmawati, dan mendapat surat ijin pelaksanaan penelitian, kemudian melaksanakan penelitian di RSUP Fatmawati.
3. Menghubungi Kepala IRNA C, Kepala ruang rawat Lantai 1 dan 4 Gedung Prof Dr Soelarto RSUP Fatmawati Jakarta untuk memulai penelitian.
4. Mengidentifikasi daftar nama klien yang dirawat inap di Lantai 1 dan 4 Gedung Prof Dr Soelarto dan klien yang telah pulang dari perawatan dalam lima bulan terakhir.
5. Menghubungi partisipan yang dirawat inap melalui tatap muka langsung dan satu klien yang telah pulang dirawat ditemui saat kunjungan ke Poli Klinik Rehabilitasi Medik. Peneliti meminta ijin kepada partisipan untuk ikut dalam penelitian ini. Partisipan menyetujui pertemuan berikutnya di ruang rawat.
6. Bertemu dengan 5 partisipan yang masih dirawat di dikamar rawat inap dan 1 partisipan yang telah pulang dari perawatan bertemu di kantor kepala lantai 4. Peneliti memberikan *informed consent* untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan menyatakan persetujuannya, partisipan dipersilahkan menandatangani surat persetujuan sebagai partisipan. Selanjutnya peneliti melakukan proses pengambilan data dengan wawancara mendalam dan direkam dengan dua buah MP4.

Wawancara dilakukan dikamar rawat klien dan di ruang kepala ruangan. Wawancara untuk tiap partisipan dilakukan dalam waktu setengah jam sampai satu jam disesuaikan dengan kondisi klien, dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan partisipan. Kemudian peneliti melakukan pencatatan data partisipan sebagai informasi dasar yang meliputi: nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anak, pemberi pengasuhan (*care giver*), pendidikan, pekerjaan, alamat dan status pembayaran rawat inap (lampiran 8). Sedangkan data riwayat kesehatan didapat dari buku rekam medik klien yang terdiri dari : tanggal masuk dirawat, diagnosa medik, level cedera, lama penggunaan kateter, frekwensi kateterisasi, metode kateterisasi dan komplikasi. Setelah data tersebut didapat kemudian peneliti memulai wawancara.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur dengan pertanyaan terbuka untuk menjawab pertanyaan penelitian. Dimulai dari pertanyaan yang sifatnya umum seperti pengalaman klien menderita CMS. Dilanjutkan dengan spesifik pada penggunaan *ISC*. Selain wawancara peneliti membuat catatan lapangan. Mendokumentasikan kondisi lingkungan dan klien saat wawancara berlangsung.

F. Alat Pengumpul Data

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan alat bantu berupa format pengumpulan data (lampiran 8) berisi data biografi dan status medis, pertanyaan-pertanyaan tertulis sebagai pedoman untuk wawancara (lampiran9), buku catatan, dan MP4 sebanyak dua buah untuk merekam wawancara antara

peneliti dengan partisipan. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti setelah pedoman wawancara dilakukan uji coba oleh peneliti.

Ujicoba wawancara telah dilakukan pada partisipan laki-laki yang mengalami CMS dan sudah mandiri dalam melakukan *ISC*. Dari hasil uji coba terdapat 7 pertanyaan terbuka dari 8 pertanyaan, yang dapat dijawab oleh partisipan dan satu pertanyaan yang belum ditanyakan kepada partisipan yaitu masalah hubungan seksual dengan pasangannya. Namun pertanyaan tentang seksual pada saat pengambilan data dapat disampaikan kepada partisipan dan dijawab oleh partisipan.

Tujuan dilakukan ujicoba wawancara adalah untuk mengetahui apakah pertanyaan - pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara dapat dipahami dengan baik oleh partisipan dan untuk menguji kemampuan peneliti dalam proses wawancara serta mencoba kemampuan peneliti dalam membuat catatan lapangan. Uji coba juga dilakukan pada alat perekam wawancara (MP4), untuk menghindari terjadinya kemacetan atau tidak berfungsinya alat pada saat digunakan untuk merekam proses wawancara, dan hasil rekaman cukup baik, jelas dan suara dapat didengarkan oleh peneliti.

Setelah uji coba panduan wawancara dan hasilnya sesuai harapan peneliti, maka dilanjutkan dengan pengumpulan data. Data biografi dan riwayat medik dari seluruh partisipan yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, biaya rawat, pekerjaan sebelum dan sesudah sakit, tempat tinggal, lama menderita

CMS, level dari CMS, lama menggunakan *ISC* dan frekwensi *ISC* dimasukkan dalam tabel (lampiran 10)

G. Analisis Data

Peneliti memaparkan analisis data kualitatif yang didapat dari hasil wawancara dengan partisipan menggunakan pendekatan fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi (1987). Adapun langkah-langkah analisis data yang telah dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Membuat transkrip data untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang bermakna dari partisipan dengan memberinya garis bawah. Dengan cara peneliti melakukan pengetikan hasil wawancara dengan partisipan, kemudian mengidentifikasi pernyataan partisipan yang relevan dengan tujuan dan panduan wawancara, selanjutnya menggarisbawahi pernyataan yang bermakna.
2. Membaca transkrip secara keseluruhan dan berulang-ulang sampai hapal seluruhnya.
3. Membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan. Peneliti menyusun kategori-kategori dari keenam partisipan dan memasukkan ke dalam tabel analisis data.
4. Menentukan kategori tersebut menjadi pernyataan-pernyataan yang bermakna dan saling berhubungan serta menjadikannya tema-tema potensial. Peneliti menyusun kategori menjadi sub-tema dan tema sehingga dihasilkan 7 tema.

5. Mengelompokkan tema-tema sejenis menjadi tema-tema akhir, lalu membandingkan / memeriksa kembali dengan deskripsi asli yang terdapat dalam masing-masing transkrip.
6. Kembali kepada partisipan untuk konfirmasi / verifikasi tema-tema tersebut, dan mendapatkan tambahan data.
7. Menggabungkan data tambahan yang diperoleh selama verifikasi ke dalam suatu deskripsi akhir tema.

H. Keabsahan Data

Untuk menjamin kebenaran data maka peneliti melakukan konfirmasi informasi yang telah ditemukan dengan cara : *credibility, dependability, confirmability, dan transferability* (Moleong, 2006). Kredibilitas (*credibility*), merupakan suatu tujuan untuk menilai kebenaran dari temuan penelitian kualitatif. Kredibilitas ditunjukkan ketika partisipan mengungkapkan bahwa tema-tema penelitian memang benar-benar sebagai pengalaman dirinya sendiri. Dalam hal ini peneliti menyampaikan tema-tema yang telah diperoleh dengan cara dibacakan kepada partisipan, karena partisipan mengalami kesulitan membaca pada posisi tengkurap setelah operasi bedah plastik dan pada partisipan mampu membaca diberikan daftar tema untuk dibaca ulang. Tema tersebut antara lain pada antara lain tema perubahan sistem persyarafan yaitu adanya kelumpuhan, perubahan eliminasi urine, perubahan eliminasi faeses, dan mengalami komplikasi infeksi saluran kemih, dekubitus dan lain-lain. Setelah mendengar dan membaca tema tersebut partisipan mengatakan bahwa tema tersebut sesuai yang dialami setelah menderita CMS, maka dianggap telah memiliki kredibilitas.

Dependability dari data kualitatif adalah kestabilan data dari waktu ke waktu dan kondisi atau disebut reliabilitas. Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah para pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

Confirmability, adalah objektivitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkatagorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian.

Transferability, sering disebut validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi di mana sampel tersebut diambil. Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti membuat laporan dengan memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Bila pembaca laporan penelitian ini memperoleh gambaran yang sedemikian jelasnya, maka dapat diberlakukan (*transferability*), maka laporan tersebut memenuhi standar *transferability*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bagian ini menjelaskan pengalaman klien cedera medula spinalis (CMS) yang menjalani *intermittent self catheterization (ISC)* dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta. Penelitian ini menghasilkan 8 tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena klien CMS. Hasil penelitian ini diuraikan menjadi 2 bagian. Bagian pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman klien setelah mengalami CMS dan menjalani *ISC*.

A. Gambaran Karakteristik Partisipan

Sebanyak 6 orang berpartisipasi dalam penelitian ini. Semua partisipan sesuai karakteristik inklusi yaitu klien penderita CMS yang menjalani *ISC*, mampu berkomunikasi Bahasa Indonesia dengan baik, bersedia menjadi partisipan dan telah menyepakati *informed consent*. Usia mereka bervariasi antara 33 tahun sampai dengan 51 tahun. Jenis kelamin partisipan laki-laki sebanyak 5 orang dan perempuan 1 orang. Tingkat pendidikan mereka bervariasi dari SLTP hingga Sarjana. Partisipan bertempat tinggal di wilayah DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat dan Jawa Tengah. Dua orang partisipan tinggal di panti khusus penderita cacat

milik Pemerintah DKI Jakarta di Pondok Bambu Jakarta Timur dan 4 orang partisipan tinggal bersama keluarganya. Hampir semua partisipan beragama Islam, sedangkan satu orang beragama Hindu. Pekerjaan partisipan sebelum sakit (menderita CMS) partisipan memiliki pekerjaan yang bervariasi yaitu : sebagai pelajar satu orang, mahasiswa dua orang, karyawan satu orang dan pedagang sebanyak dua orang. Setelah sakit satu orang sebagai guru, 2 orang bekerja sebagai pengrajin, dan tidak bekerja sebanyak 3 orang. Tiga orang partisipan telah menikah, 1 orang menduda, 2 orang partisipan lagi belum menikah. Lama waktu penggunaan kateterisasi urine juga bervariasi, yaitu antara setengah tahun hingga 5 tahun. Adapun karakteristik partisipan secara rinci adalah sebagai berikut :

Partisipan pertama (P1) adalah seorang wanita berusia 33 tahun, beragama Islam, belum menikah, pendidikan terakhir tamat SMA, pernah kuliah sampai semester dua di Akademi Pariwisata karena sakit sehingga berhenti kuliah. Sebelum sakit bekerja sambil kuliah, tinggal bersama orangtuanya, setelah sakit menjadi pengrajin sulam kristik dan tinggal di Panti Pondok Bambu Jakarta Timur. Biaya rawat dengan menggunakan Jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS). Riwayat penyakitnya yaitu CMS akibat kecelakaan lalu lintas tahun 1996, menjalani pengobatan di RS swasta setengah bulan, kemudian berobat ke alternatif selama dua tahun, sedangkan menjalani Rehabilitasi Medik di RSUP Fatmawati awal tahun 1999. Partisipan menderita CMS komplit level thorakal 12 (*Paraplegia*), mulai menggunakan kateter intermiten tahun 2004, frekwensi 6 kali / hari dengan tehnik bersih. Partisipan mandiri dalam kegiatan sehari-hari dan menggunakan kursi roda. Pernah mengalami komplikasi infeksi saluran

kemih, batu kandung kemih dan luka dekubitus. Partisipan masuk dirawat bulan April 2009 untuk perawatan luka dekubitus derajat II di bokong.

Partisipan kedua (P2) adalah seorang laki-laki, usia 51 tahun, beragama Hindu. Telah menikah dan memiliki satu anak angkat. Sebelum sakit sebagai pelajar SMA tahun 1976, setelah sakit menyelesaikan SMA dan kuliah di Akademi Komputer. Pekerjaannya sebagai guru les komputer. Tinggal bersama keluarganya di Tangerang. Mengalami kecelakaan lalu lintas tahun 1976 dirawat di RSCM, kemudian menjalani Rehabilitasi Medik dan perawatan luka dekubitus di RSUP Fatmawati. Menderita CMS komplit level thorakal 12 (*Paraplegia*). Bulan Pebruari 2009 masuk di rawat karena ada massa di abdomen dan menjalani operasi laparotomi, dengan pembiayaan tunai. Mulai menggunakan kateter intermiten bulan Pebruari 2009, frekwensi 6 kali/hari dengan tehnik steril. Partisipan mandiri dalam kegiatan sehari-hari dan menggunakan kursi roda. Pernah mengalami komplikasi infeksi saluran kemih dan luka dekubitus.

Partisipan ketiga (P3) seorang laki-laki berusia 40 tahun beragama Islam, Sarjana Pendidikan. Sebelum sakit telah menikah, bekerja di Perusahaan Swasta. Setelah sakit bercerai dengan isterinya dan berhenti dari pekerjaannya. Tinggal di Pekalongan Jawa Tengah dengan orangtuanya. Mengalami CMS komplit level thorakal 12 (*Paraplegia*) tahun 2001 akibat jatuh dari motor dua tahun sebelumnya, kemudian dirawat di berbagai rumah sakit antara lain di Jakarta, Jogjakarta dan Semarang dan tidak mendapat kesembuhan, kemudian berdiam diri di rumah selama 4 tahun. Menjalani Rehabilitasi Medik dan perawatan luka dekubitus di RSUP Fatmawati tahun 2005 dan mulai menggunakan kateter

intermiten dengan frekwensi 5 kali/hari metode bersih. Bulan April 2009 masuk dirawat karena luka akibat pengobatan tradisional batu panas. Partisipan mandiri dalam kegiatan sehari-hari dan menggunakan kursi roda. Pernah mengalami komplikasi batu kandung kemih dan luka dekubitus.

Partisipan keempat (P4), seorang laki-laki berusia 43 tahun, beragama Islam, belum menikah tapi pernah punya calon isteri dan batal menikah karena sakit. Sebelum sakit pernah kuliah di IKIP Semarang semester 4, kemudian berhenti kuliah karena sakit. Sakit CMS komplit thorakal 6 akibat tumor tulang belakang (Paraplegia) dirawat di RSCM tahun 1995, kemudian dirujuk untuk menjalani Rehabilitasi Medik di RSUP Fatmawati. Setelah sakit tinggal di Panti Pondok Bambu Jakarta Timur, memiliki ketrampilan papertul sebagai pekerjaannya. Partisipan mandiri dalam kegiatan sehari-hari dan menggunakan kursi roda.. Masuk dirawat pada Maret 2009 untuk perawatan luka dekubitus derajat III. Menjalani kateter intermiten tahun 2004 dengan tehnik steril, frekwensi 6 kali/hari, Pernah mengalami komplikasi infeksi saluran kemih dan batu kandung kemih.

Partisipan kelima(P5) adalah seorang laki-laki, usia 46 tahun beragama Islam, tamat SD, telah menikah memiliki 4 anak, pekerjaan tani/dagang, tinggal bersama keluarganya di Sawangan, Bogor Jawa Barat. Mengalami kecelakaan jatuh dari pohon nangka pada bulan Januari 2009 berobat tradisional di rumah. Masuk dirawat di RSUP Fatmawati bulan Maret 2009 dengan CMS komplit level thorakal 12 , mulai menggunakan kateter intermiten dengan frekwensi 6 kali/hari tehnik steril. Biaya rawat dengan kartu JAMKESMAS Kegiatan sehari-hari

belum mandiri, sedang latihan untuk mandiri menggunakan kursi roda. Pernah mengalami komplikasi infeksi saluran kemih, dan saat ini luka dekubitus derajat III di ishium kiri dan kanan.

Partisipan keenam(P6) seorang laki-laki, usia 33 tahun, beragama Islam, tamat SMP, telah menikah memiliki 3 anak, tinggal bersama keluarganya di Bekasi. Sebelum sakit berdagang gorengan dan kuli bangunan, setelah sakit belum mempunyai pekerjaan. Pada bulan Pebruari mengalami jatuh dari atap rumah kemudian berobat alternatif selama 3 hari, kemudian masuk RSUP Fatmawati dengan Fraktur kompresi dan CMS inkomplit level thoraka 12 lumbal 1. Mulai menjalani kateter intermiten 5 kali/hari pada bulan Maret 2009 teknik steril. Aktivitas sehari-hari belum mandiri, sedang belajar mandiri dan latihan kursi roda. Mengalami komplikasi infeksi saluran kemih dan luka dekubitus.

B. Analisis Tematik

Bagian ini memaparkan analisis data yang telah dilakukan dengan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi, 1978. Dengan langkah analisis tersebut, peneliti mendapatkan 8 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut adalah: (1) Perubahan sistem syaraf, (2) Komplikasi penyakit, (3) Gangguan konsep diri, (4) Proses belajar, (5) Berbeda dengan orang sehat, (6) Beradaptasi dengan perubahan, (7) Sistem pendukung dan (8) Harapan klien CMS.

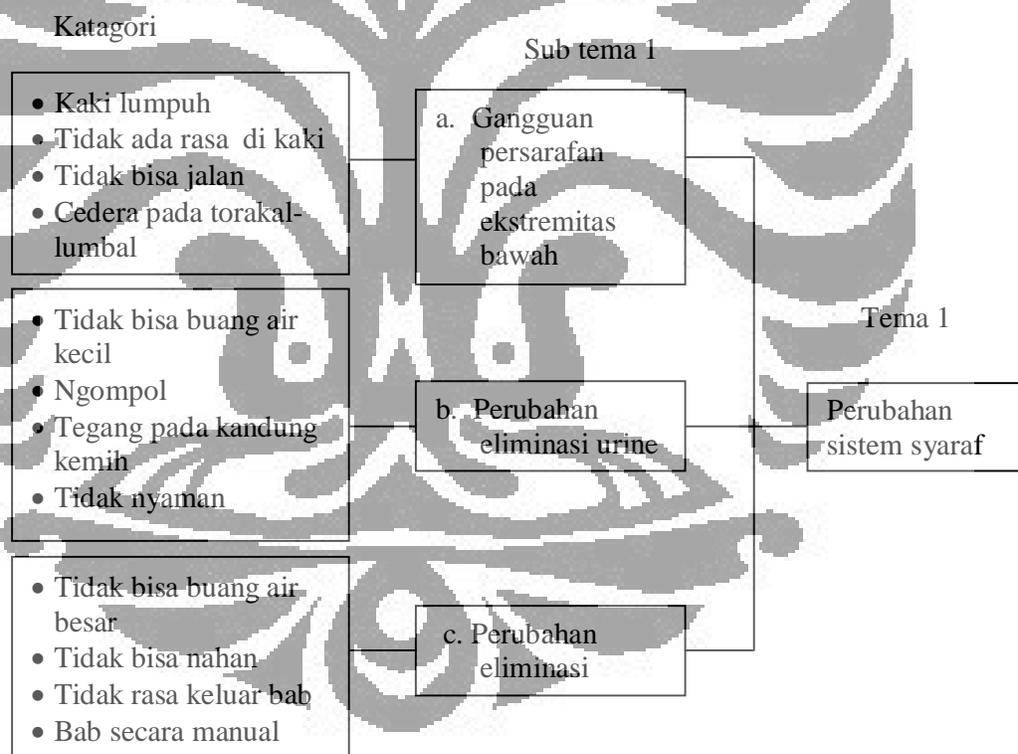
Tema-tema yang dibahas dalam penelitian ini, dibahas secara terpisah untuk mengungkap pengalaman klien CMS yang menjalani ISC. Walaupun dibahas

secara terpisah, namun tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi pengalaman para partisipan dalam studi ini, berikut disampaikan 7 tema yang teridentifikasi:

1. Perubahan sistem syaraf setelah CMS

Hampir semua partisipan menyatakan mengalami perubahan sistem persyarafan bawah (*lower motor neuron*). Mereka merasa mengalami gangguan persyarafan pada ekstremitas bawah, perubahan eliminasi urin dan mengalami perubahan eliminasi faeses. Dari pernyataan partisipan didapat tema dan subtema seperti tampak pada skema 1.

Skema 1. Perubahan sistem syaraf setelah mengalami CMS



Berikut adalah uraian ungkapan dari 6 partisipan yang mendukung tema dan subtema 1 diatas:

a. Gangguan persyarafan pada ekstremitas bawah setelah mengalami CMS.

Partisipan menyatakan mengalami gangguan persyarafan pada ekstremitas bawah, mereka mengungkapkan adanya lumpuh pada kaki, tidak ada rasa dikaki sampai pada ujung kaki, tidak bisa jalan, mengungkapkan lokasi cederanya pada tulang belakang thorakal 6, thorakal 12 dan lumbal. Akibat cedera pada tulang belakang yang mengenai syarafnya, seperti dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

“...aku lumpuh khan, enggak rasa apa-apa, enggak bisa bergerak, sarafku kejepit, lokasi cedera di thorakal 12 lumbal 1, jadi pas dibawah tulang ekornya, di thorakal 12 juga katanya ada patahnya”, “... Paraplegi kalau yang patahnya di tengah-tengah gini bawah di atas ditengah daerah pinggang yang ini” (P1)

“Dari kecelakaan memang langsung tidak terasa kakinya, waktu saya diangkat ke mobil kaki ini tidak ada rasa apa-apa”. “..terus fraktur lumbal 1 torakal 12, jadi masuk paraplegia..”, “Paraplegia adalah lumpuh setengah badan ... dari pinggang ke bawah... sebagian anggota badan aja”, “saya termasuk paraplegi” (P2)

b. Perubahan eliminasi urine setelah CMS

Perubahan fisik yang dialami oleh 6 partisipan terkait dengan eliminasi urine yaitu adanya ungkapan tidak bisa buang air kecil, ngompol, merasakan tegang pada kandung kemih sehingga klien tidak nyaman. Partisipan merasakan perbedaan saat buang air kecil tidak seperti sebelum sakit, seperti diungkapkan berikut ini :

“...mau kencing terasa tapi nggak bisa nahan....penuh jadi kencing keluar seperti ngompol..” (P1)

“ ... buli-buli penuh ngompol, rasa tegang itu nggak nyaman, nah ya ngompol ya kalau dulu sering ngompol, naik mobil ngompol.....” (P4)

c. Perubahan eliminasi faeses setelah CMS

Enam partisipan mengungkapkan adanya gangguan eliminasi faeses, yaitu tidak bisa buang air besar, tidak bisa nahan, tidak rasa keluar faeses dan buang air besarnya secara manual, seperti diungkapkan berikut ini :

“...pingin bab juga kebelet tapi nggak bisa nahan, suka kebablasan, keluar sendiri.....harus mengenali kalau kita sakit perut kalau kita ingin bab gemana rasanya perut kita..”(P1)

“...buang air besar keluar sendiri di rumah kadang ada rasa, tapi buang besar keluarnya nggak bisa gitu, tau-tau dah keluar sendiri, nggak ada rasa ngeluarin bab....., y. perasaan saya ya...ya... enggak normal lagi ”(P5)

2. Komplikasi penyakit setelah CMS

Sebagian besar partisipan mengalami komplikasi penyakit seperti diungkapkan oleh 6 partisipan, yaitu: 5 orang partisipan mengalami infeksi saluran kemih, 3 orang mengalami batu pada kandung kemih dan sebanyak 6 orang partisipan mengalami dekubitus. Dari ungkapan partisipan tersebut dapat digambarkan pada skema 2 berikut ini.

Skema 2. Komplikasi penyakit setelah mengalami CMS



a. Mengalami infeksi saluran kemih setelah CMS

Sebagian besar partisipan mengalami infeksi saluran kemih, ditandai dengan badannya demam, ada bakteri atau kuman pada kandung kemihnya, dan dari pemeriksaan urine terdapat leukosit yang tinggi lebih dari 50.000 ul. Sedangkan satu orang partisipan mengatakan belum

pernah mengalami infeksi saluran kemih (P3). Pengalaman partisipan diungkapkan berikut ini

“..... kalau dulu ditekan bisa infeksi karena kan residunya tinggi, kalau ditekan tidak bisa habis, kemarin saya kena infeksi.... sampai sekarang nggak minum obat, cukup pakai ICP saja karena kuman nggak sampai berkembang lagi karena dia benar-benar kosong, hasil laboratorium udah bersih dari tadinya lekositanya 200 sekarang sudah turun jadi 4 ”(P2)

“....infeksi ya ada kuman–kuman di dalam nya, banyak kumanya, ya katanya ngalamin ya sih kata mantri ada kuman saya gitu, ya dilihat dari hasil periksa kencing, penyebabnya tangan tidak bersih cuci tanganya”(P5)

“...kateter yang ditanem dalam jangka lama resiko nya infeksi....saya belum pernah infeksi” (P3)

b. Terdapat batu pada kandung kemih

Tiga partisipan mengungkapkan pernah mengalami komplikasi adanya batu pada kandung kemih yang disebabkan adanya residu urine dalam kandung kemih, berbaring terlentang dalam waktu yang lama, minum air dan obat yang tidak terkontrol. Berikut ini ungkapan partisipan terkait hal tersebut diatas :

“... di perut aku juga ada batu, ada batu lima..., di kandung kemih.... karena mungkin posisi 2 th itu kan tiduran terus terlentang terus, pakai kateter terus. Kita kan keluarga nggak tahu, pokoknya minum obat, minum apa, minum sembarangan, minum air putih juga kurang, nggak ngerti air kencing keruh apa, gemana, akhirnya ada batu, tahunya pas di Rountigen, di USG ada lah batu”(P1)

“..kalo residunya banyak kan risiko timbul batu terbukti setelah 4 tahun saya tergeletak tidak tahu ngatur air kencing itu....jadi di kantong kemih saya ada batu”(P3)

c. Mengalami dekubitus

Mayoritas partisipan mengalami komplikasi dekubitus, yaitu mengalami penekanan pada beberapa area dalam waktu lama sehingga timbul luka,

koreng, dan dekubitus seperti diungkapkan partisipan, berikut kutipan pernyataannya :

“... dekubitus dimana-mana... karena kan tidak ada sistem dibalik-balikin tiap dua jam. Tengku rep 5 jam baru dibalik, miring 10 jam saya miring kanan lecet, jadi dekubitus dimana-mana..... dirawat 8 bulan karena harus banyak diraway disini bokong dekubitus, disini dekubitus , kanan kiri, sini malah sampai operasi plastik”(P2).

“...Setelah 4 th tergeletak di tempat tidur kan akhirnya muncul dekubitus”(P3)

“...saya dekubitus di pantat, karena berbaring terus dapat menimbulkan luka dekubitus....”(P4)

3. Gangguan konsep diri setelah CMS

Mengalami gangguan konsep diri yang meliputi: perubahan gambaran citra diri (*body image*), kegagalan pencapaian ideal diri, harga diri rendah, dan kehilangan peran, tampak pada skema 3 halaman selanjutnya

Berikut ini ungkapan partisipan persubtema:

a. Perubahan gambaran citra diri (*body image*)

Semua partisipan mengalami perubahan citra diri, mereka mengemukakan adanya perubahan pada fisiknya yaitu kelumpuhan, buang air besar dan buang air kecilnya tidak normal, dan satu orang (P4) mengungkapkan dengan penuh perasaan dan mimik sedih, seperti pada kutipan berikut ini:

“... kehidupan secara pribadi yang ada dalam tubuh saya itu sangat memprihatinkan sekali ya..... tadinya bab nya bisa otomatis sekarang kalo bab harus pakai manual, dikorek atau dikeluarkan dengan obat, dan untuk kencingpun itu harus ditekan,-sangat menyakitkan, ... posisinya tadinya bisa jalan....sekarang nggak bisa jalan harus duduk di kursi roda....., tadinya yang bisa kerja dengan jalan itu harus di lepas”(P4)

Pengalaman 4 orang partisipan terkait hubungan seksual dengan pasangan, mereka mengungkapkan bagi laki-laki tidak mampu ereksi

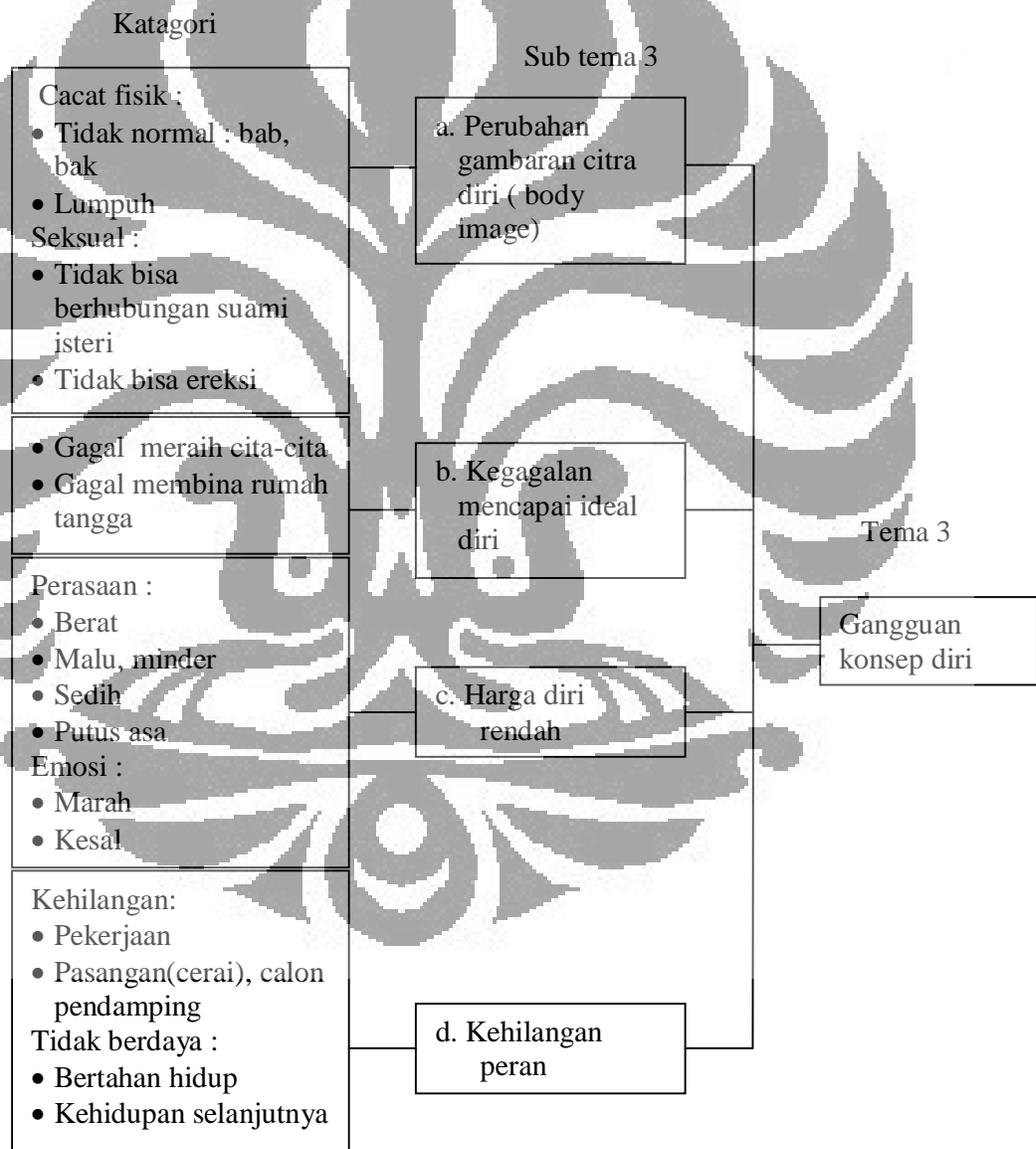
sehingga tidak dapat berhubungan seksual dengan pasangannya dan merasa tidak normal, berikut ungkapannya:

“... saya kha paraplegianya total... jadi memang saya gak bisa ereksi”(P2)

“... hubungan itu selama ini kan kita nggak bisa ... maaf ya nggak bisa bangkitlah (timbul nafsu birahi)”(P3)

“... ya gemana nggak normal, ya bedanya jauh nggak punya rasa ke prempuan ya gemana nggak punya rasa”(P5)

Skema 3. Gangguan konsep diri setelah CMS



b. Kegagalan mencapai ideal diri

Pengalaman gagal dalam pencapaian identitas ideal diri meliputi gagal meraih cita-cita dan gagal membina rumah tangga. Gagal meraih cita-cita terkait pendidikan dikemukakan oleh 2 partisipan seperti berikut ini :

“...bisa jalan mau kuliah lagi, punya rencana..banyak. Gemana hidup begini, di kursi roda gemanaaa gitu... ancur-ancuran deh bayangan yang mati kuliah lagi bisa ini-itu... bayangan hancur dalam sehari... .” (P1)

“Jurusan pendidikan di IKIP ya kalo dulu . IKIP Semarang , kan tahun 85 saya di IKIP Semarang” Engga klanjut, hanya 4 semester”

Sedangkan pengalaman gagal membina rumah tangga disampaikan oleh 2 partisipan. Satu partisipan (P3) telah menikah dan membina rumah tangga karena sakit sehingga menceraikan istrinya dan partisipan (P4) gagal menuju pernikahan karena calon isteri menginginkan anak sedangkan partisipan tidak memungkinkan untuk memberi keturunan. Pengalaman tersebut diungkapkan partisipan seperti berikut ini:

“... yang saya pikirkan bagaimana masa depan istri saya. Saya tawarin.. kondisi saya sudah seperti ini, setelah 1 tahun sakit saya tawarin.. kondisi saya sudah seperti ini. ” Saya kasih kesempatan untuk ambil keputusan apapun keputusannya saya terima , tapi istri saya waktu itu kan belum siap. Setelah tahun ke tiga kayaknya mulai bersedia tuk berpisah. Cuma kan dia tidak berani ngomong tapi kan saya tahu ekspresinya kalo dia sudah siap untuk pisah”(P3)

“...saya pacaran sempat 9 tahun, karena calon istri saya menginginkan punya anak, saya jelaskan kondisi saya tidak memungkinkan untuk punya anak, akhirnya dengan berat hati dan pengertian yang sangat mendalam saya putuskan”(P4)

c. Harga diri rendah

Pengalaman 6 orang partisipan terhadap harga dirinya yaitu mengungkapkan adanya rasa berat, malu, minder, sedih, merasa putus asa, marah dan kesal. Pengalaman tersebut seperti tergambar berikut ini:

“.....sedih..... marah..... kesal..... udah ampe ngamuk..... 3 hari.. nangiiis terus, mikirin...pingin mati..._” kita yang ada jadi kesal sendiri,, nangis sendiri, sedih sendiri, itu bikin frustrasi juga” (P1)

“...di jemur pagi di luar itu rasanya kan malu banget, menyedihkan ya.. yang tadinya sehat bisa mandiri, paling merasa sedih kalo mereka kasihan ke saya, perasaan yah dah tamat gitu, hidup ini udah tamat.... saya tambah down disitu”, ” mental saya mulai down gitu” dan ” timbul rasa mindernya masih muncul” , ”(P3)

“... perasaan saya...ya..ya.. enggak normal. Kadang keluar air mata gak kerasa gitu.....”(P5)

d. Kehilangan peran

Pengalaman partisipan setelah mengalami cedera yaitu adanya kehilangan peran. Peran sebagai kepala rumah tangga yang kehilangan pekerjaannya dan tidak mampu mencari nafkah untuk keluarga dialami oleh 3 partisipan, peran sebagai suami yang berpisah dengan isteri (P3) dan peran pemuda pisah dari calon isteri (P4). Terkait dengan pekerjaan 3 partisipan mengungkapkan sebagai berikut :

“... setelah 4 th kan dah keluar cukup banyak, ... aturan perusahaan....., lama-lam juga ada peraturan harus berhentiya diberhentiin dari pekerjaan,” (P3)

“... Ya saya mah diperintah orang, dulu mah disuruh-suruh orang, angkatin dagangan, kadang jual sayuran beli terus dibawa ke pasar, saya mah apa aja yang penting nggak nganggur, nggak ada yang mrentah, sedikit-sedikit ada dagangan bawa ke pasar, nyewa lagi lanka, ngojeg kalau lagi ada, lagi sepi ya ada ya nyuruh. Setelah sakit ya kagak bisa, ya nggak bisa ngapa-ngapain, pigemana ya memang saya nggak normal, ya sedih iya nggak bisa usaha”(P5)

Pengalaman partisipan yang berpisah dengan isterinya seperti diungkapkan berikut ini :

“.... 1 tahun setengah mulai berpikir, tahun ke tiga.... mulai bersedia tuk berpisah. Cuman ... dia tidak ngomong.....saya tahu ekspresinya kalo dia sudah siap untuk pisah.....”(P3)

Pengalaman seorang partisipan gagal membina rumah tangga yang dicitakan dituturkan oleh P4:

“ keinginan berumah tangga tiap orang punya ya, ingin mencurahkan kasih sayang , ketertarikan lawan jenis itu manusiawi sekali, tapi untuk saya... pacaran 9 tahun, karena calon istri saya menginginkan punya anak, saya jelaskan kondisi saya tidak memungkinkan untuk punya ana....., akhirnya dengan berat hati dan pengertian yang sangat mendalam saya putuskan.....(P4)

Pengalaman 3 partisipan belum tahu bagaimana bertahan hidup dimasa datang, mereka mempertanyakan bagaimana masa depannya setelah sakit:

“gemana hidup aku kedepannya..... nggak ngebayangin hidup di kursi roda..”(P1)

“... hidup ini memang begitu tidak sesuai dengan harapan, ... terlintas di kepala bagaimana saya bisa bertahan hidup, bagaimana masa depan saya selanjutnya.”(P2)

“ mersakan nanti masa kedepannya kita juga masih bingung untuk biayain anak”(P6)

4. Proses belajar ISC setelah mengalami CMS

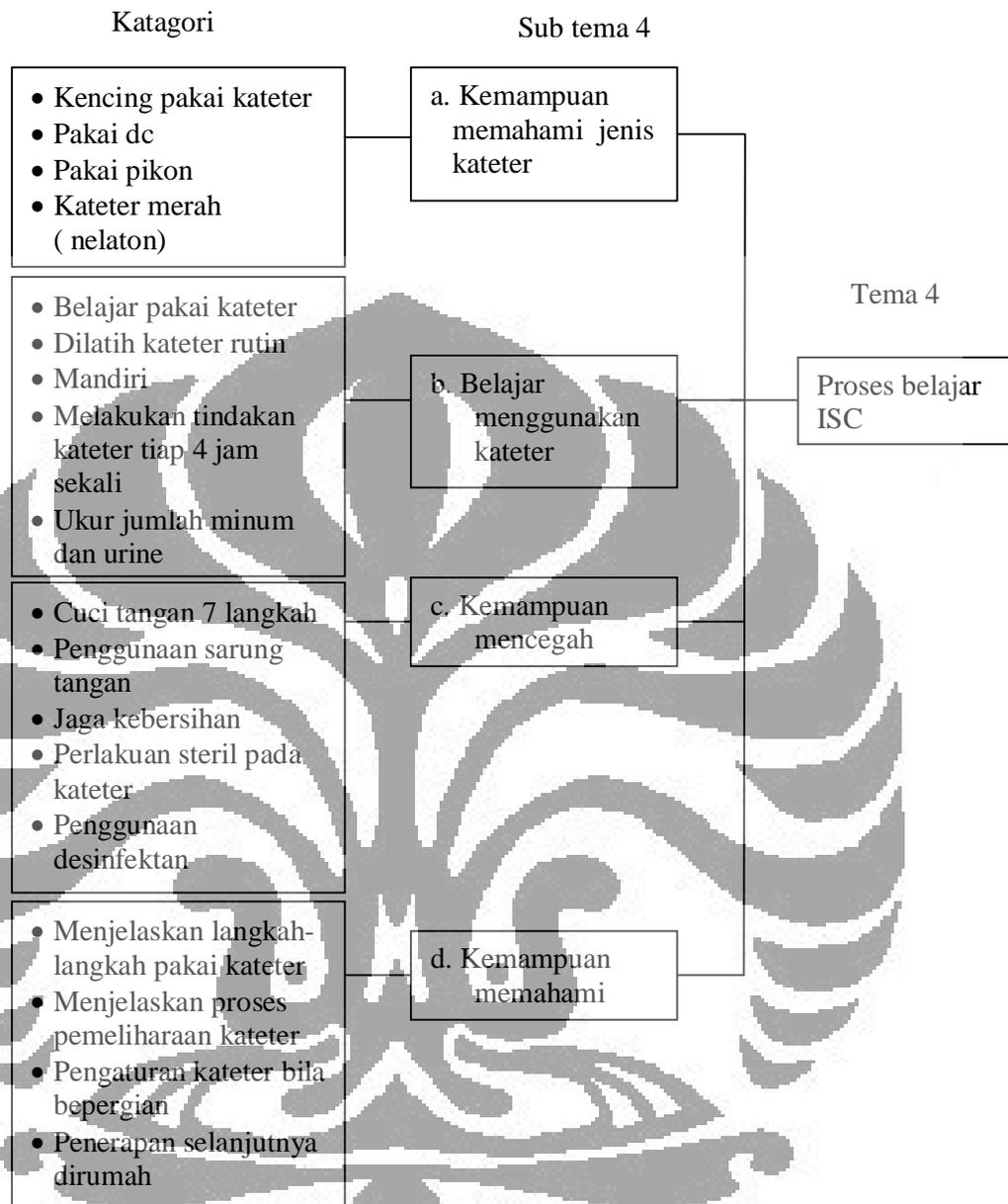
Pengalaman partisipan dalam proses pembelajaran tentang ISC yaitu dengan adanya kemampuan memahami jenis kateter urine yang digunakan, belajar menggunakan kateter urine, kemampuan mencegah infeksi dan kemampuan memahami prosedur. Tema dan sub tema proses belajar ISC seperti pada skema 4 .

Berikut sub tema proses belajar ISC:

a. Kemampuan memahami jenis kateter

Partisipan memahami jenis kateter yang digunakan buang air kecil yaitu dengan menggunakan kateter yang dipasang menetap, mereka mengungkapkan alat tersebut dikenal dengan douer kateter yang disingkat DC, menggunakan kateter warna merah yang dinamakan nelaton dan

Skema 4. Proses belajar ISC pada klien CMS



kateter digunakan jangka panjang yang populer namanya pikon, untuk kateterisasi mandiri di ruang rawat partisipan menyebutnya ICP (*Intermittent catheterizat Program*) yang dipakai oleh ke-6 partisipan .

Berikut ungkapan partisipan terkait jenis kateter :

“...kencing nggak bisa, terus saya di kateter, saya mengenal kateter ya yang pakai urin beg. Pertamakali saya dikateter belum pakai pikon ini, jadi saya ICP nya bisa 4 jam sekali” (P3)

“ . Kalo kencing mah pake kateter gitu yang digantung. Yang gantinya seminggu sekali. Ya pakai ... pakai pikon tiap 4 jam sekali pakai ICP sekarang.... ” (P5)

b. Partisipan belajar menggunakan kateter urine.

Enam partisipan belajar menggunakan kateter urine untuk mengeluarkan urine dari kandung kemihnya agar tidak terjadi ngompol dan penumpukan urine dalam kandung kemih, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“..Kalau belajar kateter sendiri pertama saya lihat, pertama kali saya dipasang kateter, saya melihat ooh pakai kateter pasangannya seperti itu. Dulu pakai kateter sebelum pakai pikon yang ini, masih pakai kateter rumah sakit, terus saya lihatin sekali terus saya minta pakai sendiri, ..., ngak mau dipakaiin setelah 3 hari pakai yang pikon ini..... Jadi saya lihat sekali langsung tahu”

“....Belajarnya itu gampang ya asal kita memperhatikan... tahapannya di RC itu kita diajarin.... ada 7 langkah ... untuk kateterisasi ... supaya bersih ya ,... jangan sampai ada bakteri dan lain-lain ikut masuk ... , ... kita harus menjaga kebersihan kateter itu sendiri.... karena itu sangat vital,.... yang masuk ke saluran kencing , ke dalam kandung kemih...” (P4)

c. Kemampuan mencegah infeksi

Selain belajar menggunakan kateter, partisipan juga mengungkapkan bagaimana belajar mencegah terjadinya infeksi pada saluran kemih yaitu dengan menjaga kebersihan tangan, metode 7 langkah menggosok tangan, menggunakan sarung tangan, perlakuan steril pada kateter, sterilitas alat dengan penggunaan desinfektan.

Partisipan mengungkapkan pengalaman dalam menjaga kebersihan tangan : *“... cuci tangan sebelum kateter”(P1) “....melakukan cuci tangan 7 langkah...”(P6)*

Mereka memperagakan dan menyebutkan langkah-demi langkah sebagai berikut :

“..Kita melakukan cuci tangan 7 langkah, pertama kita basuhkan tangan, setelah itu kita ambil air sabun, setelah itu kita bersihkan tangannya dengan 7 langkah. Kita bersihkan telapak tangan terus punggung-punggung dua langkah, ketiganya ini(sela jari), keempat disini(kait jari), disini(jempo), keenam gini(ujung jari) dan ketujuh ini (pergelangan) setelah itu kita basahin lagi dengan air”(P6)

Setelah cuci tangan semua partisipan mengatakan pakai sarung tangan untuk melakukan ICP : *“ setelah tangan bersih kita pakai sarung tangan” (P4)*. Perlakuan steril pada alat juga diungkapkan oleh 4 partisipan : *“...steril ya musti bersih kateternya..., Steril yang kata dokter ya bener-bener bersih, bebas dari bakteri dan kuman”(P1)*

Tiga partisipan menyampaikan cara penggunaan desinfektan untuk menyimpan kateter yang dimiliki yaitu dengan mengoplos savlon dan aquades steril, berikut ungapannya:

“...dikasih selebaran cara buat campuran airnya, ... air rendemannya gitu. Karena ini bentuknya beda dari yang dijual disini, jadi kalau aku oplosannya sama tapi dituangnya lebih banyak ini isinya 20 cc. Savlon sama aqua bidest, perbandingannya sebenarnya.... savlon 2,5 atau 3,5 cc pakai suntikan yang kecil dan aqua 70 cc.”(P1)

“setelah bersih pikon ini masukan lagi kedalamnya air tempatnya yang ada cairan savlon tersebut... ada suatu cairan untuk strilisasi namanya savlon , setiap hari haruts kita ganti sesuai jam ya 24 jam...(P4)

d. Kemampuan memahami prosedur kateterisasi urine

Pengalaman partisipan dalam menjalani tindakan kateterisasi urine mereka mampu memahami prosedur, menjelaskan langkah-langkah tindakan pakai kateter, menjelaskan proses pemeliharaan kateter,

pengaturan kateter saat bepergian dan mengemukakan penerapan selanjutnya setelah pulang dari rumah sakit. Langkah-langkah melakukan kateterisasi urine partisipan menguraikan dari persiapan sampai selesai tindakan, seperti pernyataan berikut ini :

“Cara dari masangnya, ya pertama-tama cuci tangan, setelah bersih pakai sarung tangan, terus basahin pikonnya pakai air panas, dikucurin tempat bengkok, diminyakin, terus bersihin pakai kapas barang saya, dimasukin tu pikon, terus sudah, pikon cuci lagi, bersihin lagi, terus air kencingnya di taker ada berapa, sudah itu cuci tangan lagi sampai bersih, pikonnya cuci lagi pakai air sabun, siram lagi ama air panas, terus dimasukan lagi ke tempat pikonnya lagi(P5)

Partisipan menceritakan pengalaman saat bepergian, partisipan wanita mengungkapkan menggunakan pempres(P1), sedang laki-laki dengan mengatur jadwal kateterisasi, seperti diungkapkan dari hasil studi ini :

“ Aku pake pempres, nggak bisa kateter walaupun bisa juga repot banget”(P1)

“ Kalo keluar saya atur sebelum keluar dari mobil .. saya kosongkan dulu di mobil..jadi ada penyesuaian jadwal. Eee... berpengaruh gitu jadi kita jadwalin benar..jadwal benar... kita harus berfikir... kita mau pergi kemana...jam nberapa... kan jadwalin 4 jam ”(P2)

Partisipan mengungkapkan bila nanti pulang dari perawatan akan melanjutkan program yang telah dipelajari dan dilaksanakan seperti saat ini dalam ruang perawatan, berikut penuturannya :

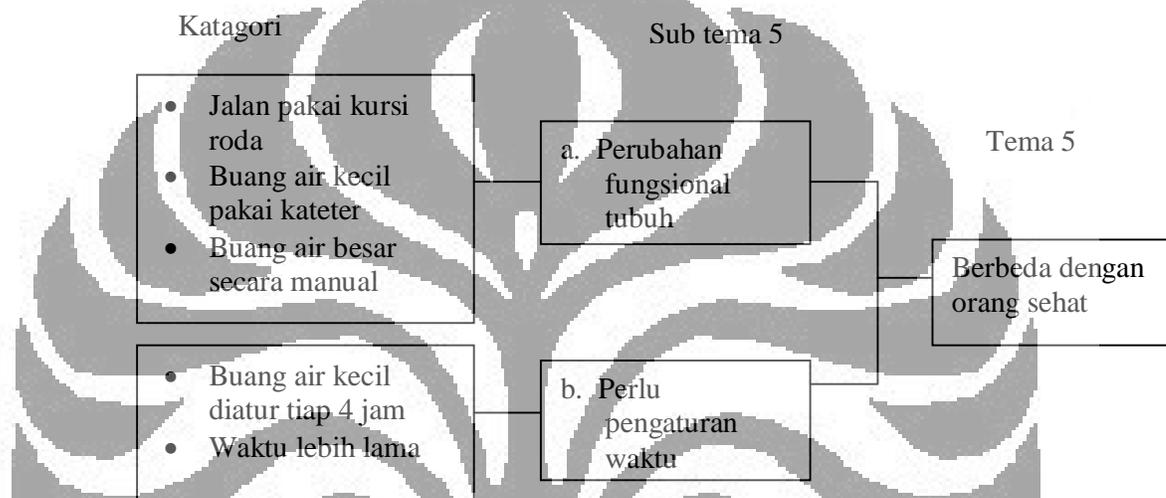
“...ya seperti disini gitu, kaya disini, saya nggak robah, tuk kebersihan seperti disini amannya saya pegang, caranya seperti itu nggak ditingal nggak dirobah gitu” (P5)

“... ya mungkin kita selanjutnya sesuai yang diajarkan disini, kita menjaga kebersihan tangan, kita hindari apa supaya tidak ada bakteri, kita harus ICP sendiri. Bahkan kalau ICP sendiri kan lebih bagus dri pada dilakukan oleh orang lain, jadi adanya bakteri lebih sedikit dari pada dibantu, karena pernah terjadi disini dibantu istri bukannya baik malah banyak bakterinya”(P6)

5. Berbeda dengan orang sehat

Semua partisipan mengalami perubahan pola kehidupan sehingga merasa berbeda dengan orang sehat, mengalami perubahan fungsional tubuh seperti cara berjalan, buang air kecil dan buang air besar, dan mengalami perubahan dalam pengaturan waktu, seperti tampak pada skema 5.

Skema 5. Berbeda dengan orang sehat setelah mengalami CMS



a. Perubahan fungsional tubuh.

Partisipan mengungkapkan bahwa setelah mengalami CMS mengalami perubahan dalam berjalan, dulu dapat berjalan secara normal sekarang menggunakan kursi roda, buang air kecil bisa spontan kini dengan kateter dan buang air besar sekarang dengan manual, seperti kutipan berikut :

".....yang tadinya sehat bisa mandiri....sekarang saya harus belajar mandiri lagi....ya berbeda dengan orang sehat.... sekarang nggak bisa jalan harus duduk di kursi roda....dulu buang air kecil sesuai keinginan sekarang diatur tiap 4 jam.....tadinya buang air besarnya secara otomatis sekarang pakai manual atau dikorek..."(P4)

"...Saya melaksanakan kegiatan sehari-hari pakai kursi roda....buang air kecil pakai kateter sejak dirawat kemarin..... kalau buang air besarnya pakai tangan.....(p2).

b. Pengaturan waktu

Partisipan mengungkapkan setelah mengalami CMS dan menggunakan kateter perlu pengaturan waktu untuk buang air kecil tiap 4 jam sekali dan kalau ke kamar mandi memerlukan waktu yang lebih lama, serta untuk bepergian harus mengatur waktu kapan harus kateter, seperti ungkapan berikut ini :

“...kencingnya tiap 4 jam sekali pakai kateter...waktunya diatur mulai jam 07.00, 11.00, 15.00, 19.00 dan terakhir jam 23.00.....”(P5)

“...kalau ke kamar mandi perlu waktu yang lama... lepas pakain pindah ke WC ngatur duduk terus mandi dan berpakaian kembali... di Panti juga kita harus mengatur waktu kapan makan pagi, olah raga, bekerja, kateter juga harus tepat waktu tiap 4 jam sekali.....minumnya diatur 500 ml/ 4 jam.....(P4)

6. Mampu beradaptasi dengan perubahan

Pengalaman partisipan dengan adanya perubahan setelah menjalani kateterisasi urine, mereka mengungkapkan bahwa kateter urine bukan merupakan hambatan dalam beribadah, mereka patuh pada jadwal kateterisasi urien dan merasa nyaman dengan penggunaan kateter.

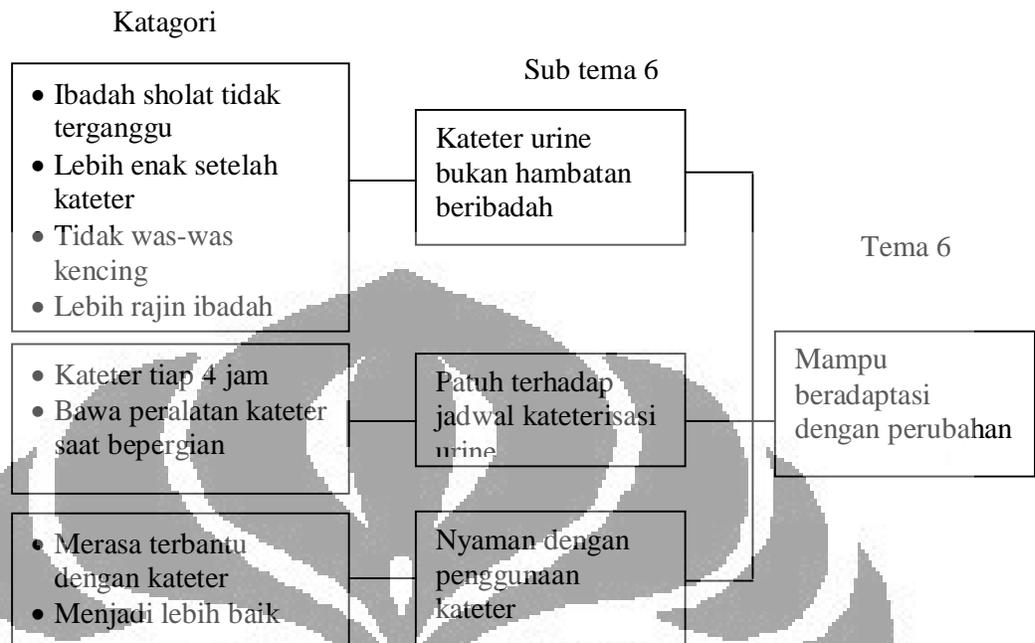
a. Kateterisasi urine bukan hambatan

Dalam beribadah tidak mengalami hambatan setelah menjalani kateterisasi urine, seperti diungkapkan oleh 6 partisipan terkait hal tersebut :

“ Ibadahnya lebih enak lagi kalau udah kateter, nggak was-was takut kencing ”.(P1)

“.. ibadah ya tetep seperti sembahyang,Solatnya nggak terganggu, Solat jam 6, ICP jam 7 ya gantian gitu”(P5)

Skema 6. Mampu beradaptasi dengan perubahan setelah terjadi CMS dan menjalai ISC



b. Patuh terhadap jadwal kateterisasi urin

Jadwal kateterisasi, semua partisipan melaksanakan kateterisasi urine tiap 4 jam dengan pernyataan: “... menggunakan kateter yang di lepas di cabut tiap 4 jam sekali ternyata Alhamdulillah hasilnya bagus ya...”(P4), “ 4 jam sekali pakai ICP”(P5)

c. Nyaman dengan penggunaan kateter

Penggunaan kateter dikemukakan oleh partisipan bahwa selama ini merasa nyaman , merasa terbantu dalam buang air kecil dan setelah menggunakan kateter lebih baik, seperti diungkapkan oleh 5 partisipan :

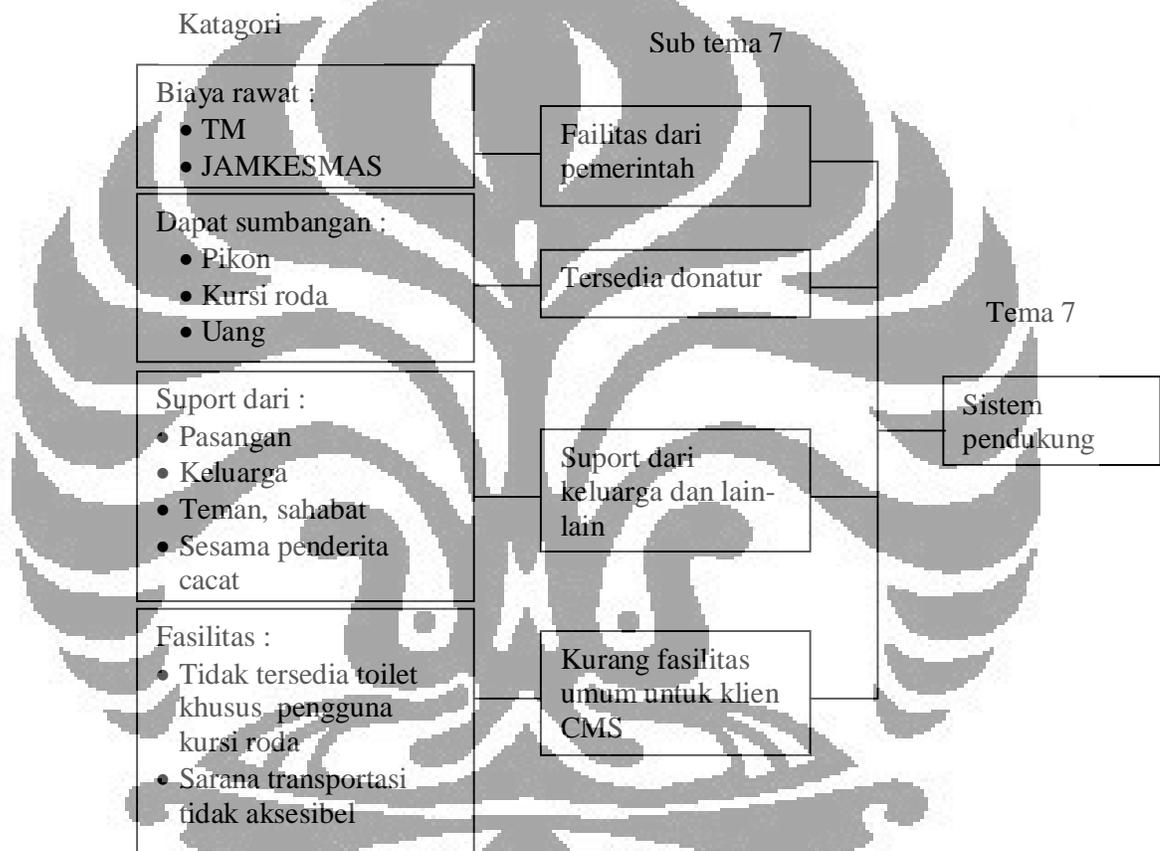
“...kalau untuk diriku sendiri lebih untung pakai kateter, meskipun repot ya,”(P1)

“...ya enak pakai 4 jam sekali, enaknya gini kalau 4 jam sekali kita bangun enak nggak ada selang, khawatir selang kecabut atau ketarik gitu. Kalau pakai ini enak bebas . tiap 4 jam dilatih bebas enak , bebas gitu kalau malam miring mari, kalau muterkeman bebas, kalau ada selang takut ketarik”(P5)

7. Sistem pendukung

Partisipan mengemukakan pengalaman terkait sistem pendukung yang berupa finansial, suport mental, dan fasilitas umum, terlihat pada skema 6 halaman berikut ini.

Skema 7. Sistem pendukung klien



a. Fasilitas dari pemerintah

Pendukung partisipan dalam hal biaya rawat 5 orang ditanggung program pemerintah berupa jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS), seperti penuturannya "...saya pakai surat JAMKESMAS.....(P3)" dan satu orang biaya sendiri (tunai).

b. Tersedia donatur

Partisipan selain mendapat fasilitas dari pemerintah juga mendapat bantuan dari donatur berupa barang dan uang tunai. Bentuk barang yang didapat yaitu kursi roda dan kateter pikon. Berikut ungkapan para partisipan :

“... Dapat bantuan 1 juta itu loh untuk bantuan beli kursi roda sama kateter”(P 3).

“... dapat kursi roda, dapat hadiah uang dari rumah sakit waktu ulang tahun.....” (P5)

c. Suport dari keluarga dan lain-lain

Partisipan juga mendapat dukungan dari keluarga terdekat isteri, orang tua, keluarga, teman, sahabat dan sesama penderita cacat *“...dukungan moral keluarga saya sangat maksimal sekali”(P3), “...dokter-dokter yang memberi dukungan setelah saya melakukan kateter”(P4)*

d. Kurang fasilitas umum untuk klien CMS

Partisipan mengalami kesulitan bila aktivitas di tempat umum khususnya fasilitas kamar mandi, mereka mengemukakan fasilitas umum tidak tersedia untuk penderita cacat yang menggunakan kursi roda. Partisipan tidak dapat masuk kamar mandi karena yang tersedia tidak muat bila kursi roda masuk. Hal ini diungkapkan oleh 4 partisipan berikut ini :

“.....kebanyakan sih nggak akses.... Akses maksudnya kursi rodanya masuk kamar mandi kalau bisa muter-muter itu lebih akses lagi, bisa pindah ada pegangan lebih akses lagi..” (P1)

“... .. jalannya aksesnya kan kurang mendukung”(P3)

“... aksesibilitas tadi untuk kursi roda kurang jadi bahkan tidak ada”(P4)

Selain kamar mandi juga sarana transportasi tidak tersedia khusus untuk penyandang cacat yang menggunakan kursi roda, seperti kalau naik ke Bus Way relnya terlalu tinggi sehingga butuh bantuan orang lain untuk mendorong kursi rodanya.

“..bus way kadang-kadang nggak akses ada yang nggak akses untuk kursi roda, gedung-gedung, Mal-mal ada yang nggak akses kursi roda saya sayangkan , padahal ada di luar di stasiun , tempat mobil itu jarang , saya katakan jarang yang mempedulikan orang-orang kursi roda gitu”(P4).

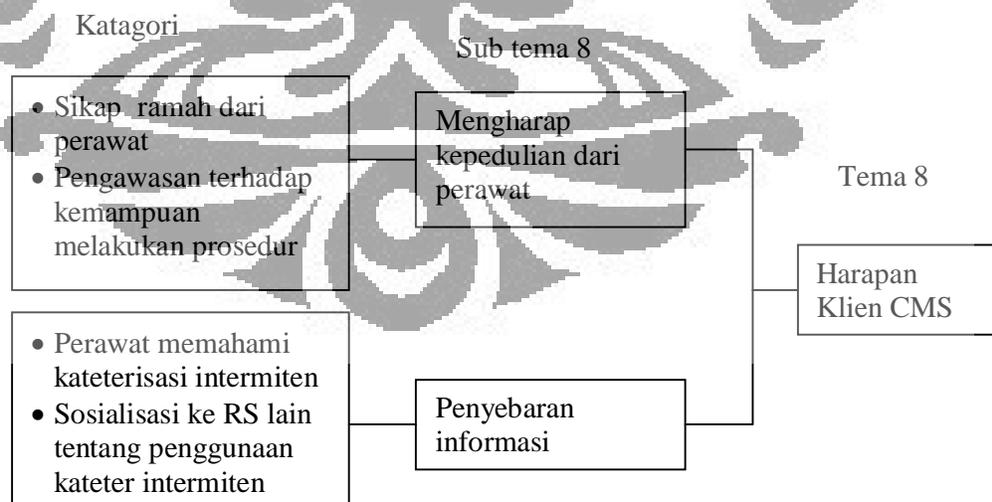
Dengan adanya fasilitas yang belum sesuai dengan harapan penderita cacat maka mereka berharap

“...Harapan saya kedepan ya mudah-mudahan pemerintah...megeuarkan undang-undangnya, tapi yang sehat-sehat ini yang punya gedung , berapa sih kalo dipikir untuk membuat suatu bentuk yang akses untuk kursi roda atau katakanlah tangga yang tadinya tangga diratain jadi turunan untuk kursi roda , nggak makan biaya tapi itu merupakan... ibadah juga”. “... ya moga pemerintah memperhatikan penyandang cacat ya mudah-mudahan nanti karena ya bus sekolah pun ada, bus karyawan ada , mudah-mudahan bus orang cacat pun di perhatikan ya”(P4)

8. Harapan klien CMS

Partisipan berharap kepada perawat agar dapat memberikan pelayanan yang ramah dan dapat mensupervisi saat pelaksanaan tindakan kateterisasi urine terutama prinsip kebersihannya, tergambar pada skema 8.

Skema 8. Harapan klien kepada perawat



a. Mengharap kepedulian dari pearawat

Harapan dari seorang partisipan (P3) seperti diungkapkan :

“...Harapannya.... ngingetin tentang kebersihan, mungkin perawat bisa sering ngingetin, perlu sekali-kali dilihat tapi jangan kayak ngontrolah istilahnya diintiplah benar nggak dia gitu, khawatirnya kan mereka ceroboh atau gimana tangan baru dibalutnya tiba-tiba dari tertiduran tiba-tiba kateter mereka tiba-tiba kateter aja kan..... perlu kejelian, kepiaian perawat ..”(P4)

b. Penyebaran informasi tentang ISC

Satu orang partisipan berharap adanya sosialisasi tentang kateterisasi urien ke khalayak luar, seperti diungkapkan berikut :

“..Ya smoga perawat-perawat itu mengerti apa itu kateterisasi intermitent , untuk perawat di luar Fatmawati kayaknya belum tahu , ya mudah-mudahan adik-adik dari AKPER sini bisa mensosialisasikan nantinya setelah lulus dan ke rumahs sakit lain tentang pengalaman kateterisasi”(P4)

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti akan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian ini, dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Selain itu berbagai konsep dan teori yang terkait dengan hasil-hasil penelitian juga melengkapi pembahasan interpretasi hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian ini akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian ini akan diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan diimplikasikan terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Peneliti telah mengidentifikasi 8 tema yang merupakan hasil dari penelitian ini. Tema-tema tersebut teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian yaitu memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman klien CMS yang menjalani *ISC*. Gambaran tentang perubahan-perubahan fisik dan psikososial yang terjadi dalam kehidupan klien CMS yang menjalani *ISC* teridentifikasi pada tema ke satu yaitu adanya perubahan sistem syaraf, tema kedua komplikasi

penyakit dan tema ketiga yaitu gangguan konsep diri. Gambaran tentang pengalaman klien dalam menggunakan *ISC* yaitu pada tema keempat proses belajar *ISC*. Gambaran tentang perubahan pola kehidupan klien setelah menggunakan *ISC* yaitu tampak pada tema kelima yaitu berbeda dengan orang sehat. Gambaran tentang respon adaptasi/ penyesuaian diri klien terhadap *ISC* pada tema keenam yakni beradaptasi dengan perubahan. Gambaran sistem pendukung klien CMS yang menggunakan *ISC* yaitu tampak pada tema ketujuh dan harapan klien CMS terkait *ISC* pada pelayanan asuhan keperawatan pada tema kedelapan yaitu harapan klien CMS. Berikut ini pembahasan tema dan sub tema:

1. Perubahan sistem syaraf

Perubahan sistem syaraf setelah mengalami CMS pada tema satu yaitu terjadinya kelumpuhan ekstremitas bawah, perubahan eliminasi urine dan perubahan eliminasi faeses. Masalah tersebut dialami oleh 6 klien CMS yang terlibat dalam penelitian ini, dan menunjukkan adanya perubahan fisik yang dialami klien. Jadi kondisi ini terkait dengan tujuan khusus pertama yaitu, gambaran perubahan fisik setelah mengalami CMS.

a. Gangguan persyarafan pada ekstremitas bawah

Gangguan persyarafan ekstremitas bawah pada klien CMS dimana klien merasakan lumpuh, tidak dapat bergerak, tidak merasakan adanya sensasi, kondisi ini termasuk *paraplegia*. *Paraplegia* adalah gangguan fungsi sensorik dan motorik di segmen thorakal, lumbal dan sakrum (Kirshblum & Benevento, 2009). Kejadian paraplegia pada klien CMS seperti dilaporkan *Spinal Cord Injury Australia (2006)* “sebanyak 105 kasus yang terdaftar mengalami paraplegi 47 orang (45%), tetraplegi 58 orang

(55%), dengan skala kerusakan komplit 37 orang (35%) dan 68 (65%) tidak komplit.

Menilik data yang disampaikan oleh 6 klien CMS bahwa penyebab dari cedera yaitu kecelakaan lalu lintas sebanyak 3 orang, akibat jatuh sebanyak 2 orang dan karena tumor 1 orang. Penyebab tersebut sesuai dengan konsep bahwa penyebab terjadinya cedera medula spinalis yaitu cedera akibat kendaraan bermotor, kekerasan, jatuh, dan cedera olah raga (Smeltzer, 2008) dan menurut data statistik dari *The National Spinal Cord Injury Statistical Center* Birmingham, Alabama (2008) “akibat kecelakaan kendaraan bermotor 42%, penyebab lainnya 8,1%”. Dari kasus satu orang klien akibat tumor tulang belakang termasuk penyebab lain.

Dilihat dari gejala dan tanda yang disampaikan oleh klien yaitu gangguan persyarafan pada ekstremitas bawah, lumpuh pada kaki, tidak ada rasa dikaki sampai pada ujung kaki, tidak bisa jalan, lokasi cederanya pada tulang belakang thorakal 6, thorakal 12 dan lumbal. Dari catatan rekam medis 4 orang klien mengalami CMS komplit AIS A level thorakal 12, satu orang CMS komplit level thorakal 6 dan satu orang CMS inkomplit AIS B level thorakal 12.

Gejala dan tanda tersebut sesuai konsep, adanya gangguan medulla spinalis yang diklasifikasikan sebagai komplit (kehilangan sensasi dan fungsi motorik volunter total) dan tidak komplit (campuran kehilangan

sensasi dan fungsi motorik volunter) dan tingkat kelumpuhan dikategorikan sesuai tingkat cedera yaitu pada Thorakal 1-Lumbal 1 terjadi paraplegia dengan fungsi tangan dan berbagai fungsi dari otot intercostal dan abdomen masih baik sedangkan cedera pada Lumbal 1 - 2: dan atau dibawahnya terjadi kehilangan fungsi motorik dan sensorik, kehilangan fungsi defekasi dan berkemih (Doenges, 2002).

Skala kerusakan yang dialami partisipan pada penelitian ini menurut *American Spinal Injury Association (ASIA)* yaitu skala A artinya komplit, tidak ada fungsi motorik dan sensorik, tertekan pada segmen sakral S4-5 dan skala B artinya tidak komplit, sensori tetapi bukan fungsi motor yang tertekan dibawah level neurologi, dan termasuk segmen sakral S4-S5 (Smeltzer, 2008).

Klien juga menyatakan dengan adanya kelumpuhan maka mereka berjalan menggunakan kursi roda. Hal ini relevan dengan data dari *Spinal Cord Injury Australia (2006)* bahwa mereka memiliki ketidakmampuan yang berbeda dalam tingkat perawatan dan penggunaan alat. Peralatan yang dibutuhkan mereka antara lain kursi roda, tangga portabel, alat pengangkat, bantal anti dekubitus, kursi mandi, kateter, tempat tidur yang dapat disetel, AC, ventilator, fisioterapi, komputer dan kendaraan yang dimodifikasi”.

Sedangkan alat yang digunakan oleh klien pada penelitian ini tidak semuanya seperti data pada penelitian tersebut diatas. Akan tetapi klien

yang masuk dalam penelitian ini menggunakan kursi roda, kateter, comode, brece, dan korset sebagai alat bantu setelah CMS.

Klien yang menggunakan alat bantu kursi roda mengungkapkan dirinya telah mandiri sebanyak 4 klien dan 2 klien sedang belajar menggunakan kursi roda. Mereka mengungkapkan untuk dapat menaiki kursi roda, diajari dari mulai transfer dari tempat tidur ke kursi roda dan dari kursi roda ke tempat tidur oleh petugas. Klien bercerita bahwa klien yang dalam satu kamar rawat di tempat tidur sebelahnya juga memberitahu bagaimana cara berpindah dan ia mencoba apa yang diinformasikan dan ternyata berhasil.

Informasi pengalaman belajar menggunakan kursi roda tersebut selain dari petugas juga dari klien CMS yang sudah mandiri. Dengan demikian pengalaman klien yang sudah mandiri dibagikan kepada klien yang baru belajar adalah hal yang positif dan sangat baik untuk dijadikan model atau suport sistem dari kelompok senasib atau peer group. Upaya yang bisa dilakukan dimasa mendatang dalam rangka meningkatkan semangat klien CMS untuk mandiri, perlu diusulkan adanya peer group bagi klien CMS. Agar mereka saling berkomunikasi dan saling memberi dukungan satu sama lain.

Klien CMS menyebutkan dirinya termasuk kelompok paraplegi dan lokasi cedera pada thorakal, adalah suatu kemajuan yang dimiliki klien bahwa mereka mampu memahami apa arti dari penyakit yang dideritanya.

Klien juga mengungkapkan bahwa setelah CMS banyak membaca buku kedokteran khususnya tentang syaraf. Hal ini juga dimungkinkan bahwa selama mereka dirawat terinformasi dengan istilah medis seperti paraplegi.

Dari pengalaman dalam tatanan pelayanan klien CMS di ruang rawat inap Rehabilitasi RSUP Fatmawati bahwa klien CMS yang dirawat oleh tim akan mendapatkan penjelasan tentang penyakitnya dan tujuan akhir dari perawatan, situasi ini dilaksanakan pada *Family meeting*, keluarga atau klien sendiri yang mendapat penjelasan dari tim. Klien juga terinformasi setiap hari senin saat ronde besar, dimana dokter penanggung jawab klien akan menyampaikan data perkembangan klinis awal dan akhir dihadapan klien dan tim yang terdiri dari Dokter spesialis Rehabilitasi Medis, Perawat, Fisioterapis, Okupasi Terapis, Farmasis, Psikolog, dan Sosio Medik. Pada situasi ini bagi klien merupakan proses pembelajaran dalam memahami penyakit yang dideritanya. Situasi seperti ini sangat baik sekali sebagai ajang pengembangan ilmu pengetahuan dalam merawat klien CMS dan khususnya asuhan keperawatan.

Ditinjau dari pengetahuan klien setelah mengalami CMS, seorang klien wanita mengungkapkan berusaha mencari tahu dengan membaca buku-buku tentang syaraf dan membaca majalah yang membahas tentang pengalaman orang yang mengalami kelumpuhan. Pencarian sumber tersebut dibantu oleh kakaknya, dan kakaknya tersebut ikut membaca dan

mencari tahu apa yang terjadi pada adiknya. Kakak klien mengatakan pada adiknya bahwa yang dialami termasuk paraplegi.

Seorang klien laki-laki menjelaskan istilah paraplegia dengan bahasa awam kepada orang lain apabila ada yang bertanya yaitu dengan penjelasan mengibaratkan aliran listrik kebangunan rumah. Jika rumah dilengkapi kabel listrik dan tidak ada aliran listrik maka lampu tidak nyala, hal ini analogi dengan adanya ekstremitas bawah yang lengkap tapi tidak ada syaraf yang hidup sehingga kaki tidak memiliki rangsang syaraf sensorik dan motorik dan lumpuh. Analogi yang disampaikan klien cukup informatif bagi orang awam.

Dari penjelasan diatas tampak bahwa pengalaman klien setelah terjadi CMS mengalami kelumpuhan ekstremitas bawah, berdampak pada mobilitas fisik sehingga membutuhkan alat bantu kursi roda. Dengan kondisi fisiknya yang berubah, klien berusaha mencari tahu tentang apa yang terjadi pada dirinya dengan membaca buku sehingga klien bertambah pengetahuannya.

b. Perubahan eliminasi urine

Perubahan eliminasi urine yang dialami oleh 6 klien yang mengalami CMS pada penelitian ini mengungkapkan tidak bisa buang air kecil, ngompol, merasakan tegang pada kandung kemih sehingga klien tidak nyaman, mereka buang air kecil merasa tidak seperti dahulu waktu normal. Hal tersebut sesuai konsep bahwa perubahan eliminasi urine

merupakan akibat adanya cedera pada syaraf spinal level Lumbal 1-2 dan/ atau dibawahnya yakni kehilangan fungsi motorik dan sensorik, kehilangan fungsi defekasi dan berkemih (Doenges, 2002). Gangguan eliminasi urin tersebut pada kasus CMS disebut *neurogenic bladder*.

Neurogenic bladder adalah gangguan fungsi kandung kemih yang disebabkan oleh tidak berfungsinya saraf yang mengendalikan fungsi berkemih. Lesi pada supra sakral yaitu cedera pada daerah cervical – thoracal , klien berkemih secara refleksi tanpa kontrol otak disebut sebagai *bladder hiperrefleksi* termasuk tipe spastic dimana kandung sangat reaktif, terjadi kontraksi spontan otot kandung kemih (Smeltzer, 2008).

Pada kondisi tersebut seperti diungkapkan oleh klien adanya ngompol, penatalaksanaan masalah ini yaitu membantu eliminasi urine dengan kateter urine jika residu lebih dari 100 ml. Tindakan tersebut sesuai dengan indikasi bagi klien *neurogenic bladder* dimana klien berkemih tidak komplit atau adanya peningkatan tekanan intravesika seperti pada spinal cord lesi; *hypotonic bladder* yaitu otot destructor tidak mampu kontraksi sehingga residu urine meningkat dan risiko terjadi infeksi dan klien inkontinensia (Min, 2001).

Klien dengan *neurogenic bladder* memerlukan manajemen kandung kemih yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian klien, mencegah kerusakan ginjal, pencegahan *autonomic dysreflexia*, pencegahan inkontinensia atau pemeliharaan berkemih, pemeliharaan dan restorasi

citra tubuh. Adapun teknik manajemen kandung kemih meliputi : bladder training, pengaturan asupan cairan, penggunaan kondom kateter, *intermittent self catheterization (ISC)*, kateter menetap, kateter suprapubik, dan produk disposibel seperti pempres (SIA, 2003).

Dari hasil penelitian terdahulu dari studi retrospektif di Turki oleh Yavuser, et al (2000) tentang pelaksanaan manajemen kandung kemih pada klien CMS, dengan sampel 50 pasien kasus CMS baru pada saat rawat didapatkan 86 % menggunakan kateter menetap. Pada saat pulang berganti menggunakan *clean intermittent catheterization* sebanyak 38 klien (76%), berhenti menggunakan kateter 20 (40%) dan sisanya kembali menggunakan kateter menetap.

Penelitian lain yang relevan yaitu studi tentang kualitas hidup dan kepuasan diantara penderita CMS yang masuk dalam manajemen urinari dengan jumlah sampel 230 klien CMS kompli, dihasilkan : tidak adan perbedaan yang signifikan antara kualitas hidup dan kepuasan hidup dari klien yang menggunakan metode manajemen urine yang berbeda diantara *reflex voiding, indwelling catheter, suprapubic catheter, intermittent catheter, external chateter* atau kombinasi *intermittent catheter, external chateter* (Brillhart, 2004).

Dari penelitian diatas terdapat fenomena yang serupa pada klien yang menjadi partisipan dalam penelitian ini. Terkait dengan metoda berkemih, hasil studi diatas dapat direkomendasikan pada klien CMS

untuk menggunakan salah satu metode yang ada. Sedangkan klien CMS yang menjadi partisipan penelitian ini sebanyak 6 orang telah menggunakan intermittent catheter dan sudah mandiri.

c. Perubahan eliminasi faeses

Masalah perubahan sistem syaraf setelah CMS yaitu adanya perubahan eliminasi faeses. Klien mengungkapkan adanya gangguan eliminasi faeses yang dirasakan yaitu tidak bisa buang air besar, tidak bisa nahan, tidak rasa keluar faeses dan buang air besarnya secara manual, seperti diungkapkan oleh 4 klien. Kondisi tersebut akibat dari adanya cedera pada Lumbal 1-2 dan/ atau dibawahnya yakni kehilangan fungsi motorik dan sensorik, kehilangan fungsi defekasi (Doenges, 2002).

Gangguan eliminasi faeses tersebut termasuk dalam kategori *neurogenic bowel* yang didefinisikan bahwa usus tidak berfungsi secara normal setelah terjadinya CMS. Pesan menuju dan dari syaraf medulla spinanalis terputus. Hal ini berisiko terjadinya gangguan pada aspek kehidupan, seperti pada hasil penelitian terdahulu yaitu efek *neurogenic bowel* pada kualitas hidup klien CMS sangat signifikan. Sebuah laporan bahwa 27-41% dengan *neurogenic bowel* mengalami masalah gastrointestinal kronik sehingga akan terjadi perubahan gaya hidup dan penatalaksanaan pengobatan (Correa & Roter, 2000).

Penelitian yang lain di New Zealand yaitu untuk mengetahui fungsi usus pada klien CMS dibandingkan dengan kontrol di masyarakat. Sampel

1200 klien CMS dan 1200 kontrol. Dihasilkan bahwa CMS berpengaruh signifikan pada fungsi usus, yaitu adanya inkontinensia fekal, urgensi, dan metoda penggunaan toilet (Lynch, 2000).

Sedangkan penelitian di Denmark pada kasus *neurogenic bowel dysfunction (NBD)*, menggunakan metoda *Cross-sectional* untuk memvalidasi skor NBD dan quality of life (QOL). Didapatkan responden sebanyak 424 klien CMS dan hasilnya bahwa skor NBD ada hubungannya dengan penekanan kualitas hidup (Krogh, 2006).

Penelitian yang menunjang yaitu hasil evaluasi klinik dan manajemen *neurogenic bowel* setelah CMS, dengan desain observasional, longitudinal dan prospektif. Sebelum dan sesudah intervensi pada 38 klien CMS, 12 (32 %) dengan lesi komplit lebih dari 5 tahun. Hasil: Pre dan post CMS kesulitan evakuasi usus terdapat peningkatan dari 2.6% menjadi 26.3%, kejadian gejala saluran cerna adanya distensi abdomen 53%, inersia kolon 49%, tekanan dalam spingter anus meningkat 77%, reflek rektanal 88%. Dengan program usus kejadian kesulitan evakuasi isi usus dapat disingkirkan 8.8%, pengeluaran secara manual dari 53% turun menjadi 37%. Keberhasilan menjadi baik 56% dari klien. Kesimpulan bahwa program usus adalah efektif pada rehabilitasi klien CMS dengan *neurogenic bowel* (Correa & Rotter, 2000).

Berdasarkan penelitian tersebut fenomena perubahan eliminasi faeses juga dialami oleh klien yang menjadi partisipan penelitian ini. Masalah

eliminasi faeses berdampak pada kualitas hidup klien CMS, dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal kronik dan perubahan gaya hidup. Akan tetapi dengan adanya program *neurogenic bowel* sangat menguntungkan klien.

Untuk melaksanakan program *neurogenic bowel* perlu dilakukan pengkajian terlebih dahulu, seperti penelitian terdahulu bahwa hasil pengkajian terkait sensasi defekasi pada klien CMS sebagai indikasi program manajemen usus dengan jadwal defekasi yang konsisten adalah sangat diperlukan atau jika defekasinya fisiologis akan dapat dilatih (Hass,2008). Untuk itu perawat harus memperhatikan kondisi klien yang membutuhkan bantuan untuk evakuasi faeses. Tindakan keperawatan yang dapat dilaksanakan yaitu evakuasi faeses secara terprogram agar klien terhindar dari konstipasi berkepanjangan, tindakan ini sekaligus melatih pola eliminasi faeses dengan istilah *bowel training*.

Ditatanan klinik dilaksanakan evakuasi faeses dua hari sekali atau selang sehari. Tindakan ini diajarkan pada keluarga atau *care giver* klien, dengan harapan pada saat pulang dirawat mereka sudah dapat mandiri dalam eliminasi faeses.

2. Komplikasi penyakit

Tema kedua yaitu komplikasi pada klien CMS yaitu adanya ISK, batu dan dekubitus, hal ini terkait dengan tujuan khusus pertama yaitu adanya perubahan fisik yang dialami klien setelah CMS. Sesuai literatur bahwa

komplikasi pada klien CMS yaitu adanya infeksi saluran kemih, batu saluran kemih, *hydronephrosis*, dan gagal ginjal (Smeltzer, 2008).

Dari hasil penelitian ini didapatkan data dari klien CMS yang menjalani ISC yaitu adanya komplikasi penyakit yang dideritanya seperti diungkapkan oleh 6 klien, meliputi: mengalami infeksi saluran kemih, terdapat batu pada kandung kemih dan dekubitus.

a. Komplikasi infeksi saluran kemih (ISK)

Klien menceritakan bahwa setelah terjadi CMS, mengalami gangguan dalam buang air kecil. Kemudian klien dipasang kateter menetap sewaktu dirawat di rumah sakit dan saat dirumah, kateter dilepas dan diganti seminggu sekali. Klien juga menceritakan bahwa kateter tersebut dipakai jangka waktu yang lama selama dirumah.

Selain kateter menetap klien laki-laki mengemukakan pernah menggunakan metode pengeluaran urine dengan cara diketuk pada area sinfisis pubis, mereka mengenalnya dengan istilah teping. Dengan tindakan ini klien mengatakan buang air kecil tidak tuntas, dan masih terdapat sisa urine pada kandung kemih yang disebut residu. Dengan adanya residu urin, berisiko terjadinya infeksi saluran kemih (ISK). Klien mengatakan gejala yang dialami saat ISK yaitu demam, urine keruh, leukosit di urin mencapai 200.000. Dari data rekam medik klien yang mengalami ISK rata-rata leukosit urine lebih dari 50.000 ul.

Fenomena ISK pada klien CMS antara lain akibat dari pemasangan kateter *indwelling*, atau yang biasa digunakan di tatanan klinik yaitu kateter menetap atau *douer catheter* (DC), yang di gunakan dalam jangka waktu yang lama, saat ini diganti tiap 7 hari sekali dan untuk jenis kateter silikon diganti satu bulan sekali. Data komplikasi yang dialami klien CMS sesuai konsep bahwa penggunaan kateter menetap dalam jangka waktu yang lama berhubungan dengan timbulnya infeksi saluran kemih (ISK, *uninary tractus infection UTI*) dan batu ginjal. Pengerasan dan kalsifikasi dari balon kateter menimbulkan kerusakan pada kandung kemih, timbul ISK dan batu ginjal. Timbul koloni bakteri pada pemasangan kateter menetap. Trauma uretra akibat dorongan kateter, erosi uretra, striktur, fibrosis kandung kemih. Pemasangan kateter menetap berisiko timbul kanker pada kandung kemih (Bodner & Perlash, 2003).

Adanya kehilangan fungsi kandung kemih akan meningkatkan kejadian ISK. ISK ditandai adanya peningkatan coloni bakteri 10^5 dalam urin. Penelitian Levendoglu, et al (2004) “didapat 27 pasien dengan SCI, 13 orang wanita dan 14 orang pria didapatkan bakteri dari hasil kultur urin lebih 10^4 , didominasi E. Coli”. Hasil penelitian tentang kejadian ISK pada klien CMS yaitu antara 20-53% pada klien yang menjalani *Intermittent Clean Self Catheterisation (ICSC)* (Whiteneck et al, 1992; Cardenan and Mayo, 1987).

Dari data yang disampaikan klien dan data rekam medik menunjukkan klien mengalami ISK. Hal ini perlu penanganan yang serius agar tidak terjadi komplikasi pada ginjal klien. Apabila infeksi naik hingga ginjal dan terjadi gagal ginjal maka akan mengganggu kualitas hidup klien.

b. Mengalami komplikasi batu pada kandung kemih.

Didapatkan data 3 klien mengalami batu pada kandung kemih. Riwayat satu orang klien menggunakan kateter menetap dalam jangka waktu yang lama, dua klien buang air kecil tidak komplrit yaitu masih tersisa residu. Penelitian longitudinal di Alabama USA untuk mengestimasi insiden batu ginjal pada penderita CMS, didapat dalam 12 tahun 6 bulan ada 286 insiden kasus batu yang tercatat. Resiko terjadi sejak tiga bulan pertama setelah CMS yaitu 31 kasus per 1000 orang pertahun. Penurunan secara cepat menjadi 8 kasus per 1000 kasus pertahun. Estimasi 10 tahun setelah CMS ada 7 % pada penderita CMS mengalami batu ginjal.

Sejak tahun pertama terjadi CMS terjadi peningkatan secara signifikan resiko timbul batu pada usia 45 tahun keatas. Ada hubungan yang positif antara keparahan cedera dan penggunaan alat untuk pengosongan kandung kemih dengan batu ginjal setelah satu tahun pertama terjadi cedera. Dimana tipe drainase urine meliputi: *indwelling*, *intermittent*, dan *condom catheter*. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada formasi pembentukan batu pada periode itu. Kesimpulan penelitian tersebut adalah resiko tinggi terjadi batu ginjal sejak bulan pertama setelah terjadi cedera. Kemungkinan kecil terjadi batu bila resiko terjadinya dapat

disingkirkan. Meskipun tidak mampu mengontrol fungsi kandung kemih adalah faktor penting satu tahun pertama setelah cedera. Untuk mengetahui manajemen kandung kemih, tipe drainase urine tidak menunjukkan faktor penting dalam menentukan faktor resiko (Chen, Vivo & Roseman, 2000).

Klien mengalami adanya batu setelah 2 sampai 4 tahun setelah CMS, diketahui pada saat menjalani perawatan pertama untuk rehabilitasi di RSUP Fatmawati dan pada perawatan bulan Pebruari sampai dengan Mei 2009, klien tidak mengalami adanya batu. Sesuai dengan penelitian diatas, pembentukan batu sebelum 2 tahun pertama setelah mengalami CMS. Pada klien CMS mengalami gangguan berkemih, karena klien paraplegi tidak merasakan sensasi pada kandung kemih sehingga tidak menyadari adanya gejala dan tanda batu pada kandung kemihnya. Bagi orang normal adanya batu kandung kemih akan merasakan gejala iritasi, hematuria, jika batu dileher kandung kemih akan terjadi retensi urine. Jika ada infeksi berhubungan dengan ISK, kondisi ini sangat serius akan terjadi sepsis dan berpengaruh pada kehidupan klien (Smeltzer, 2008).

Klien mengungkapkan timbul batu sebelum menggunakan *ISC*, terdapat residu urine, klien berbaring lama, kurang gerak. Sesuai teori dengan imobilisasi akan terjadi demineralisasi dan peningkatan keluar masuk kalsium dan ekskresi. Hal ini sebagai faktor pencetus adanya batu kalsium pada urine (Culkin & Binins, 2003).

Fenomena yang terjadi pada klien yaitu adanya batu kandung kemih, dapat dicegah dengan pengosongan kandung kemih, klien aktif mobilisasi dan minum sesuai ketentuan agar tidak terjadi endapan pada kandung kemih, yang dapat menimbulkan pembentukan batu.

c. Mengalami komplikasi dekubitus

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa semua klien yang mengalami CMS dalam penelitian ini mengalami dekubitus. Satu dari enam klien tersebut riwayat mengalami dekubitus dan saat ini sudah sembuh. Lima klien yang sedang dirawat mengalami dekubitus derajat II & III pada bokong. Kondisi lukanya kotor terdapat pus dan kedalaman hingga otot. Klien mendapatkan perawatan luka dekubitus dan dua klien dilakukan operasi debrideman dan tandur kulit oleh dokter spesialis bedah plastik.

Klien mengatakan bahwa dekubitus terjadi karena sering lalai angkat-angkat pantat saat duduk, apalagi saat serius menekuni pekerjaannya membuat papertul atau menyulam. Sebetulnya sudah mendapat informasi bila tidak melakukan alih duduk dengan angkat-angkat pantat tiap 10-15 menit akan terjadi dekubitus. Klien menyadari ini akibat kesalahannya sendiri. Akibat dari kelalaian dan kesalahan tersebut klien harus menjalani rawat inap untuk perawatan dekubitus di RSUP Fatmawati.

Melihat fenomena dekubitus yang terjadi pada klien setelah CMS yaitu akibat dari tertekan dalam waktu yang lama baik posisi duduk maupun berbaring. Secara konsep bahwa luka akibat tekanan atau dekubitus

merupakan dampak atau komplikasi sekunder dalam waktu yang panjang pada klien CMS, hal ini akan berpengaruh pada kondisi fisik, psikologi, sosial dan kualitas hidup (Consortium for Spinal Cord Medicine 2000; Regan, 2005).

Luka dekubitus pada klien CMS terjadi karena adanya tekanan, gesekan dan geseran, terjadi tekanan dalam waktu yang lama biasanya pada sakrum dan isium. Dengan adanya penekanan dalam waktu yang lama mengakibatkan penurunan suplai darah pada jaringan yang tertekan, terjadi iskemik dan nekrosis (Regan, 2005). Insiden dekubitus antara 20 - 80 % populasi CMS, dan memiliki satu atau lebih titik dekubitus (Richardson et al.1981; Richards et al. 2004). Fuhrer et al. (1993) “ mencatat kedalaman luka pada derajat I & II sebanyak 75 % dari jumlah kejadian dan 25 % pada luka derajat III & IV ”.

Temuan penelitian ini mendukung penelitian yang pernah dilakukan di Hospital del Trabajador de Santiago, Chile tahun 2006. Studi kasus kontrol untuk mengetahui faktor risiko luka tekan pada pasien CMS. Terdiri dari dua grup, 18 kasus riwayat luka tekan dan 23 pasien tidak mempunyai riwayat luka tekan. Analisis dengan univariat, 18 variabel perkasus, 10 diantaranya faktor psikologis. Didapatkan 37 laki-laki dan empat perempuan, rata-rata usia 41.7 tahun, lama sakit 6.7 tahun. Distribusi paraplegi komplit 22 pasien (54%), tetraplegi komplit 3 pasien (7%), paraplegi inkomplit 11 pasien (27%) dan tetraplegi inkomplit 5 pasien (12%).

Empat variabel dianalisis univariat hasilnya signifikan: lama CMS 5 tahun, CMS komplit, paraplegia dan tidak dapat duduk stabil. Disini signifikan berhubungan dengan morfologi tubuh, kemampuan duduk secara reguler, dan gangguan personal paraplegi komplit. Kesimpulannya bahwa risiko terjadinya luka tekan adalah 4.3 kali lebih besar pada paraplegi komplit dari pada CMS tipe lainnya. Klien paraplegi komplit tidak melakukan duduk secara periodik, memiliki gangguan personalitas dan memiliki *ecto/endomorphie corporal morphology* memiliki risiko lebih tinggi terjadinya luka tekan (Correa, 2006).

Penelitian secara kualitatif yang mendukung penelitian ini, berjudul “*Preventive skin care beliefs of people with spinal cord injuri (SCI)*”, Untuk mengidentifikasi perawatan kulit pada klien SCI. Metode yang digunakan dalam penelitian tersebut adalah deskriptif kualitatif dengan analisis data dari hasil wawancara dengan pasien di rumah sakit rehabilitasi. Hasil yang diperoleh dari 22 pasien SCI di dapat 4 tema terkait dengan perawatan kulit: 1. Tertarik melakukan perawatan pencegahan, 2. Tertarik pada keuntungan perawatan, 3. Pemeliharaan kesehatan, 4. Perawatan yang berkelanjutan (King, Porter, & Vertiz, 2008).

Dari beberapa penelitian diatas yang terkait dengan penelitian terhadap 6 klien CMS di RSUP Fatmawati yaitu pada kondisi paraplegia komplit berisiko terjadi dekubitus. Sedangkan tema pada penelitian kualitatif terdahulu tidak didapatkan, dikarenakan penelitian ini tidak menggali lebih dalam tentang pengalaman menderita dekubitus, penelitian ini ruang

lingkupnya adalah untuk menggali pengalaman melakukan kateterisasi urine, sehingga pengalaman dekubitus hanya untuk mengetahui riwayat mengalami dekubitus pada pasien CMS. Untuk pengalaman menderita dekubitus perlu dilakukan penelitian tersendiri.

3. Tema gangguan konsep diri

Hasil wawancara terhadap 6 orang klien CMS didapatkan tema masalah konsep diri, yang terdiri dari 4 subtema : perubahan gambaran citra diri (*body image*), kegagalan pencapaian ideal diri, harga diri rendah, dan kehilangan peran. Fenomena tersebut terkait dengan tujuan khusus pertama yaitu perubahan psikososial pada klien CMS.

a. Perubahan gambaran citra diri (*body image*).

Didapatkan data pada klien CMS yang menjalani *ISC* yaitu: mengatakan buang air besar dan buang air kecil tidak normal, lumpuh pada kedua kaki mulai batas perut ke bawah sampai ujung kaki dan hal ini sangat menyakitkan. Klien mengatakan tidak bisa berhubungan suami isteri dan tidak bisa ereksi. Data tersebut menunjang terjadinya masalah perubahan gambaran citra diri (*body image*).

Body image atau citra tubuh adalah kumpulan sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi serta perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi. Citra tubuh dimodifikasi secara berkesinambungan dengan persepsi dan pengalaman baru (Stuart, 2002).

Ungkapan dari klien yaitu timbul perasaan yang menyakitkan adanya perubahan yang dialami jauh berbeda dari kondisi sebelum sakit, setelah sakit CMS fungsi kaki berubah dari bisa jalan menjadi tidak bisa jalan, fungsi berkemih yang tadinya spontan menjadi menggunakan alat bantu yaitu kateter, buang besar dari terkendali menjadi tidak terkendali bahkan dengan cara dikorek cara mengeluarkan faecesnya. Terkait seksual tidak mempunyai libido pada pasangannya dan tidak bisa ereksi Hal ini menjadikan klien menyadari adanya perubahan pada tubuhnya, citra tubuhnya. Penampilan tubuhnya pada saat setelah sakit CMS penampilannya berubah, dahulu bisa berjalan normal saat ini berjalan menggunakan kursi roda. Dahulu bisa berhubungan intim dengan pasangannya setelah sakit tidak bisa menjalankan aktivitas seks seperti biasanya.

Hasil study yang relevan dengan klien CMS yang masuk penelitian ini yaitu berjudul *Sexual self-esteem and body image of South African spinal cord injured adolescent*. Metoda studi kualitatif- wawancara mendalam.

Kesimpulan: didapatkan pokok pembicaraan utama yaitu adanya ketidakmampuan fisik dan tidakmampuan berhubungan seks, evaluasi sosial yang negatif, integrasi *body image* dapat difasilitasi, dan kondisi patologi, kemampuan tubuh (Potgieter & Khan, 2005)

Sedangkan penelitian yang setara yaitu pengalaman hidup klien dari segi fisiopsikososial pada 9 partisipan dengan adanya perubahan berkemih seperti memiliki *ileal conduit*, *neobaldder*, dan *Indiana Pousc*,

didapatkan tema gangguan *body image*, kecacatan, perubahan fungsional, ansietas, identitas gender, kelemahan, *self esteem* (Carlson, 1999). Selanjutnya hasil penelitian lain terkait seksual yaitu akibat dari CMS bahwa fungsi seks dan dampak akibat CMS menjadi pokok bahasan utama diantara klien CMS (Anderson,2007).

Satu klien menyatakan bahwa untuk mengatasi masalah seksual, agar dapat berhubungan intim dengan isteri mengungkapkan dengan menggunakan obat yang dapat memperlancar aliran darah ke penis, sehingga penis bisa ereksi dan dapat berhubungan intim. Alternatif tersebut perlu dicarikan jawabannya apakah benar pada penderita paraplegi dapat ejakulasi dengan bantuan obat.

Penelitian tentang pengalaman mengikuti program seksual pada klien CMS, seperti dilaporkan pada tahun 2007 di USA penelitian tentang pengalaman empat individu dengan paraplegi yang mendaftar di rawat jalan pada program seksual oleh tim interdisiplin yang terdiri dari perawat, dokter dan psikolog. Tugas perawat melakukan pengkajian fokus pada riwayat seksual dan pengkajian kebutuhan akan pembelajaran, tanda-tanda vital semua klien. Klien mendapat edukasi tentang seksual yang aman praktis, menggunakan pilihan alat yang sesuai, dan pemberian edukasi tentang obat secara individual. Klien diinstruksikan untuk mengajukan pertanyaan, menjelaskan dan komentar pada keefektifan rencana penanganan.

Sedangkan Dokter meninjau kondisi fungsi seksual, klien menyampaikan riwayat seksual termasuk kemampuan yang dimiliki ereksi, penetrasi, ejakulasi dan orgasme. Penggunaan alat fibrasi dan stimulasi, pompa vakum dan tindakan pengobatan juga direkomendasikan. Riwayat merokok dicatat. Level CMS, riwayat dekubitus. Pengobatan yang diberikan dokter yang merawat. Klien mengisi kuesioner secara lengkap sebelum dan sesudah tindakan.

Selanjutnya Psikolog mengkaji dan mengintervensi dasar dengan model PLISSIT kreasi oleh Annon. Meninjau riwayat seksual dalam konteks cedera dan fungsi gaya hidup. Psikoedukasi *conseling*, psikoterapi, dan terapi seks, komunikasi terkait isu terkini, kesulitan, permasalahan, parenting, ketrampilan dan akses, emosional depresi. Dari program interdisiplin tersebut disimpulkan memberi kesan tersedianya akses konseling yang kontinyu, terhormat sehubungan dengan isu yang sangat penting dan klien mendapat keuntungan dari pendekatan interdisiplin dalam fungsi dan emosional yang dibutuhkan (Hess, Hough & Tamaro, 2007).

Mencermati penelitian tersebut menjadi tantangan kedepan untuk melaksanakan yang serupa pada klien CMS di tatanan klinik yang merawat klien CMS. Hal ini dapat direkomendasikan juga untuk dibuat tim interdisiplin yang terdiri dari perawat, dokter dan psikolog khusus menangani masalah seksual klien CMS.

b. Kegagalan mencapai ideal diri

Klien mengalami kegagalan mencapai ideal diri yang diharapkan, dimana dua klien gagal menyelesaikan pendidikannya akibat CMS, dan satu klien gagal membina rumah tangga. Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai personal tertentu (Stuart, 2002).

Sesuai konsep ideal diri dapat diuraikan bahwa seseorang dengan adanya perubahan sistem tubuh, akan terjadi gangguan dalam ideal diri. Idealnya klien dapat menyelesaikan pendidikannya hingga meraih gelar sarjana dan bagi yang sudah menikah dapat langgeng dalam membina rumah tangga, atau mencapai jenjang berumah tangga. Semua ini menjadi masalah bagi klien.

c. Harga diri rendah

Pengalaman 6 orang klien CMS yang menjadi responden terhadap harga dirinya yaitu mengungkapkan adanya rasa berat, malu, minder, sedih, merasa putus asa, marah dan kesal. Data tersebut menunjukkan adanya perubahan harga diri yaitu harga diri rendah. Harga diri rendah yaitu suatu kondisi dimana individu melihat dirinya negatif (Carpemito, 2000).

Harga diri adalah persepsi individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis seberapa sesuai perilaku dirinya dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berasal dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan dan

kegagalan, tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Stuart, 2002).

Hasil dari penelitian bahwa seseorang yang dilahirkan dengan keadaan cacat (kelainan tulang belakang) mempunyai nilai harga diri yang tinggi dari pada seseorang dengan cacat yang diperoleh karena cedera. Selain itu seseorang yang dilahirkan dengan keadaan cacat fisik tidak mempunyai pengertian diri yang negatif sampai mereka tua dan merasa aman. Harga diri seorang pria dengan cacat fisik mempunyai pandangan harga diri yang tinggi dari pada seorang wanita yang mempunyai cacat fisik. Disamping itu dukungan dari teman dan sahabat mempunyai peranan yang sangat penting dalam kepercayaan diri. Peranan orang tua juga sangat penting dalam kepercayaan diri (Antle, 2004).

Pada klien yang terlibat dalam penelitian ini, mengalami kecacatan didapat setelah mereka mengalami kehidupan dengan fisik normal sehingga mereka merasakan adanya perubahan dan kehilangan kondisi normalnya. Klien mengungkapkan merasa malu, kurang percaya diri, ini terjadi diawal mereka sakit. Seiring waktu berlalu dan sudah bertahun-tahun mengalami kecacatan, mereka mengungkapkan saat ini sudah dapat menerima keadaannya. Dari penelitian diatas yang relevan yaitu dukungan orang tua, teman dan sahabat dapat meningkatkan kepercayaan diri klien. Klien yang terlibat dalam penelitian juga mendapat suport dari sesama penderita CMS.

Menilik data tersebut bila dihubungkan dengan tahapan berduka menurut Kubler-Roos (1969) bahwa pada kedua klien tersebut sudah mencapai tahap penerimaan, klien menceritakan diawal cedera mengalami syok dengan kondisinya saat itu, marah, mengurung diri, seiring berjalannya waktu dan mengikuti program rehabilitasi medik mereka menyatakan saat ini sudah dapat menerima kondisinya. Setelah lama mengalami CMS, klien merespon berduka dengan sisi spiritual. Klien mengikhlaskan kejadian tersebut sebagai ujian yang harus diterima dengan tabah.

d. Kehilangan peran

Pengalaman klien setelah cedera yaitu adanya kehilangan peran. Peran sebagai kepala rumah tangga yang kehilangan pekerjaannya dan tidak mampu mencari nafkah untuk keluarga dialami oleh 3 partisipan, peran sebagai suami yang berpisah dengan isteri dan peran pemuda pisah dari calon isteri. Pada saat wawancara klien mengungkapkan rasa kehilangan dengan mimik sedih, tetapi tampak tegar. Kedua klien mengungkapkan penerimaannya, bahwa ini adalah ujian dari Tuhan.

Masalah yang dihadapi klien yaitu terkait peran, hal ini sesuai konsep yaitu klien tidak mampu mengaktualisasikan fungsi / potensi dan aktifitas yang diharapkan dalam suatu peran di masyarakat (Carpemito, 2000). Dalam kondisi normal laki-laki berperan sebagai kepala rumah tangga, sebagai pencari nafkah keluarga, namun saat ini mengalami kelumpuhan sehingga terjadi perubahan peran tersebut. Untuk mengatasi masalah

tersebut ditatanan klinik ada petugas sosio medik yang membantu menghubungkan dengan pusat latihan keterampilan yang sesuai kondisinya saat ini sehingga mereka setelah kembali ke masyarakat dapat berdayaguna untuk diri dan keluarganya.

4. Proses belajar *ISC*

Pengalaman klien CMS dalam proses pembelajaran yaitu dengan adanya kemampuan memahami jenis kateter urine yang digunakan, belajar menggunakan kateter urine, kemampuan mencegah infeksi dan kemampuan memahami prosedur. Tema proses belajar *ISC* berkaitan dengan tujuan khusus kedua yaitu tereksplorasi gambaran tentang pengalaman klien dalam menggunakan *ISC*.

a. Kemampuan memahami jenis kateter

Klien mengungkapkan pengalamannya setelah mengalami cedera, bahwa pada awal kejadian klien mengalami masalah buang air kecil sehingga membutuhkan alat bantu yaitu kateter. Kateter yang digunakan adalah kateter menetap atau *Douer Chateter (DC)*, terdiri dari kateter dan urine bag yang digantung di tempat tidur. Klien mengatakan kateter diganti seminggu sekali saat dirumah sakit, diluar rumah sakit juga diganti seminggu sekali. Pemasangan kateter tersebut ditolong oleh perawat yang tinggal dekat rumahnya. Klien menuturkan pengalaman saat menggunakan DC yaitu kalau mau miring-miring atau berubah posisi miring kanan-kiri harus hati-hati, karena takut selang panjangnya tercabut.

Klien mengungkapkan bahwa sebelum masuk RSUP Fatmawati pernah pakai DC selama beberapa bulan hingga dua tahun. Setelah dirawat di RSUP Fatmawati ini dikenalkan dengan penggunaan kateter yang dipakai sewaktu-waktu dipasang dan dicabut atau dikenal dengan istilah *Intermittent Catheterization Program (ICP)*. Kateter yang digunakan terbuat dari karet, berwarna merah, berukuran besar, panjang dan kaku, namanya nelaton. Apabila sudah dipakai dan diseteril lebih dari tiga kali karetnya lunak sehingga sulit dimasukkan ke lubang uretra.

Sebagian klien mengatakan bila menggunakan kateter nelaton tersebut khususnya bagi klien yang masih ada sedikit sensasi sensoris pada saluran kemih terasa sakit dan pedih, sehingga pada sebagian klien juga akan merangsang timbul spastik. Spastik pada perut dan kaki terasa kaku, seperti diikat, saat spastik urine tidak keluar melalui kateter dan terasa tambah sakit. Untuk mengatasi ini klien melakukan tarik napas dalam, pikiran ditenangkan, perut diusap-usap, setelah reda urine dapat keluar kembali.

Pengalaman penggunaan kateter jangka panjang yang digunakan oleh klien di RSUP Fatmawati namanya pikon, bentuknya kecil seperti lidi berlubang, dan tempatnya berbentuk tabung. Kateter ini lebih lentur dan enak dipakainya. Untuk wanita ukurannya lebih pendek dari pada untuk pria. Pikon ini dapat dipakai berulang kali hingga lima tahun.

Pemeliharaan kateter pikon tersebut setelah dipakai dicuci bersih dengan sabun dan air mengalir kemudian dikeringkan dan dimasukkan kembali ketempatnya. Tempat kateter ini berupa tabung yang di dalamnya terdapat cairan campuran savlon dan aquadest, larutannya diganti tiap 24 jam sekali. Pengalaman sewaktu dirumah bila kehabisan aquadest bisa diganti dengan aqua minum. Setelah menggunakan kateter pikon merasa lebih enak, karena setelah dipasang urine keluar kemudian dicabut kembali, jadi tidak dipasang terus menerus, dan tidak mengganggu kalau harus miring kiri-kanan ataupun turun dari tempat tidur.

Dari fenomena tersebut ternyata dengan pengalaman melihat bentuk kateter, merasakan menggunakan kateter dan merasakan perbedaannya, klien dapat memahami jenis kateter yang digunakan.

b. Belajar menggunakan kateter

Klien menceritakan pengalaman menggunakan kateter untuk eliminasi urine. Seorang wanita belajar menggunakan kateter sendiri atau *intermittent self catheterization (ISC)*. Dimulai dengan penerimaan informasi oleh klien dari perawat tentang fungsi kateter. Fungsi kateter yaitu untuk mengosongkan kandung kemih dan membuang kotoran, endapan-endapan, karena klien paraplegi buang air kecil tidak seperti orang sehat, terdapat residu urine di kandung kemih sehingga perlu kateterisasi urine.

Tahap selanjutnya klien mendapat pembelajaran tentang cara mengenali uretra pada wanita, bahwa letaknya dibawah klitoris. Klien dihadapkan pada cermin dalam posisi duduk untuk dilatih melihat uretra. Klien mengungkapkan merasa malu melihat genetalia miliknya dan bingung melihat mana lubang uretranya. Selanjutnya klien dikenalkan dengan perlengkapan alat yang digunakan untuk tindakan, diajarkan langkah-langkah tindakan dimulai dari cuci tangan, menyiapkan alat, melakukan insersi, mengenali tampilan urine, mengukur jumlah urine dan cara memelihara kateter.

Diawal penggunaan kateter intermitent klien masih dibantu ibunya, tapi setelah pulang dari rawat inap ibunya membiarkannya agar klien mandiri. Klien berusaha untuk dapat melaksanakan sendiri, apalagi setelah tinggal ditempat para penderita cacat di Panti Pondok Bambu Jakarta Timur, klien harus dapat melakukan kateter sendiri. Klien belajar ISC menggunakan kateter nelaton warna merah bentuknya besar jadi timbul sakit dan merangsang timbulnya spastik. Apabila timbul spastik urine tidak keluar, dan klien berusaha untuk relaksasi dengan tarik napas dalam, tenangkan pikiran dan mengusap perutnya.

Saat ini klien sudah mampu mengenali lubang uretra dengan sentuhan jari sehingga tidak perlu cermin lagi sebagai alat bantu melihat uretra. Sekarang ISC menggunakan pikon pemberian dari orang asing, bentuknya kecil dan pendek. Pada awalnya sempat ragu apakah alat ini masuk semua atau akan tertinggal didalam, tetapi setelah mendapat

penjelasan dari perawat dan mencoba melaksanakan sendiri ternyata tidak ada halangan, dan merasa nyaman karena urine dapat keluar dengan tuntas. Saat ini tindakan *ISC* tiap 4 jam sekali dan sudah mandiri.

Pengalaman klien laki-laki dalam belajar menggunakan kateter. Sebagian dari klien mengungkapkan bahwa belajarnya gampang asal memperhatikan tahapan yang diajarkan. Tahapan yang dilalui pertama klien mendapat penjelasan dari perawat tujuan dilakukan kateter yaitu untuk mengosongkan kandung kemih agar tidak banyak residu dalam kandung kemih. Selanjutnya klien diperkenalkan dengan peralatan yang dipakai, langkah tindakan dari cuci tangan, menyiapkan alat, cara insersi, prinsip menjaga sterilitas alat, mengukur urine, mengenali tampilan urine dan merawat kateter.

Dalam proses belajar klien mengatakan tidak langsung sempurna, masih ada kegagalan seperti pada awal melakukan sendiri, karena masih grogi setelah pakai sarung tangan, tangan masih keman-mana pegang yang tidak steril, sehingga diulang dari awal lagi dan perawat menyiapkan set alat yang baru. Setelah mampu melakukan sendiri dalam dua minggu dievaluasi terdapat leukosit urin lebih dari 50.000 ul, sehingga klien sementara dibantu oleh perawat sampai normal kembali. Dengan pengalaman tersebut klien mengatakan kapok tidak akan sembarangan lagi dan berusaha untuk mematuhi langkah-langkah yang diajarkan oleh perawat.

Pengalaman klien laki-laki yang lain untuk mampu *ISC* membutuhkan konsentrasi, sehingga agak merepotkan untuk menjaga sterilitas. Bila dibandingkan metode sebelumnya yaitu dengan ketok atau teping, ini lebih rumit. Kalau ketok hanya membutuhkan kantong plastik untuk menampung urine, tapi dengan kateter membutuhkan set alat-alat steril, dan prinsip tindakan yang tidak boleh sembarangan kalau ingin selamat dan tidak terjadi infeksi. Namun demikian klien menyadari bahwa ini untuk kebaikan dirinya, bila dibandingkan keuntungannya ini lebih untung karena kateter tidak mengganggu anatomi dan fungsi kandung kemih. Kalau ketok berisiko pada kandung kemih yaitu apabila terlalu dalam dan keras menekan daerah simpisis pubis akan berakibat rusaknya kandung kemih. Klien melakukan *ISC* tiap 4 jam sekali, dengan jadwal *ISC* yang sekarang dijalani tidak ada kendala yang berarti.

Ungkapan lain tentang pengalaman belajar *ICP*, bahwa untuk belajar *ISC* sehari saja cukup. Klien mendapat penjelasan dari perawat cara-cara tindakannya, bagaimana memegang penisnya dengan benar agar jalan masuk kateternya tidak terhambat. Setelah melihat tehnik yang diajarkan besoknya sudah minta kepada perawat untuk melakukan sendiri dan setelah diawasi sudah sesuai prosedur klien dianggap sudah mampu melakukan sendiri. Tapi suatu waktu klien mencoba untuk tidak sesuai prosedur, yaitu tidak memakai sarung tangan steril dan ketahuan oleh perawat, dan klien ditegor seperti dimarahi, klien menyadari ini memang salah. Klien mengungkapkan merasa senang merasa diperhatikan, karena

ini untuk kebaikan dirinya. Demikian pengalaman yang disampaikan klien.

Gambaran proses belajar klien dalam menggunakan *ISC* tersebut membutuhkan waktu dan kemauan serta kedisiplinan dari klien untuk mampu mengikuti proses pembelajaran selama dirawat hingga mampu melaksanakan sendiri.

c. Kemampuan mencegah infeksi

Selain belajar menggunakan kateter, klien juga mengungkapkan bagaimana belajar mencegah terjadinya infeksi pada saluran kemih yaitu dengan menjaga kebersihan tangan, metode 7 langkah menggosok tangan, menggunakan sarung tangan, perlakuan steril pada kateter, sterilitas alat dengan penggunaan desinfektan.

Klien mengungkapkan bahwa cuci tangan merupakan tindakan utama mencegah infeksi agar bakteri atau kuman tidak masuk ke saluran kemih.

Belajar langkah-langkah cuci tangan, mempraktekan dan telah menerapkan apa yang diajarkan perawat, dibuktikan klien mampu mengungkapkan urutan cuci tangan 7 langkah dan dari observasi saat wawancara klien mendemonstrasikan gerakan cuci tangan 7 langkah. Dimulai dengan membasuh tangan dengan air mengalir, mengambil sabun diratakan ditangan, mulai menggosok telapak tangan kiri dengan kanan, telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dan sebaliknya, menggosok sela-sela jari kiri-kanan, kedua telapak tangan saling kait,

menggosok ibu jari, menggosok ujung jari dan pergelangan tangan. Kemudian dibilas dengan air mengalir hingga bersih. Semua klien mengungkapkan diajarkan dan harus mematuhi langkah tersebut agar tidak terjadi infeksi.

Tindakan untuk mencegah infeksi selain 7 langkah cuci tangan yaitu, menjaga kebersihan kateter jangan sampai ada bakteri ikut kateter masuk saluran kemih, hal ini sangat vital. Cara menjaga kebersihan kateter, kateter direndam dalam larutan savlon, setiap hari dalam 24 jam larutan harus diganti. Set kateter harus dipertahankan sterilitasnya seperti pinset, mangkok, bengkok. Saat memasukan kateter ke dalam penis juga ujungnya tidak boleh nyentuh area yang kotor atau kena kulit yang tidak bersih. Yang perlu diperhatikan juga cara membersihkan lubang penis dan glans dengan kapas harus searah jarum jam agar kotoran terangkat. Banyak hal yang perlu diperhatikan cara memperlakukan kateter, mengatur jadwal kateter dan menjaga kebersihan badan. Karena pernah merasakan infeksi, badannya menjadi tidak nyaman, maka pencegahan infeksi sebagai kewajiban untuk kebaikan diri sendiri.

Cara memelihara kateter juga diajarkan, yaitu membuat cairan untuk merendam kateter terdiri dari campuran savlon dan aqua. Perbandingan cairan savlon 2.5 ml dan aqua 70 ml. Larutan ini dimasukan kedalam tempat kateter sebagai perendam kateter dan diganti setelah 24 jam pemakaian. Klien juga mendapat lembaran penuntun bagaimana cara memelihara kateter.

Di ruang rawat inap, klien mengatakan diajarkan untuk berperilaku hidup bersih dan menjaga sterilitas saat tindakan kateterisasi urine. Tindakan kateterisasi urin merupakan tindakan invasif yang berisiko terjadinya infeksi saluran kemih, sehingga klien harus patuh pada aturan yang telah diberikan.

Dari fenomena diatas, dimana klien mendapatkan pembelajaran cuci tangan, menjaga kebersihan, dan cara memelihara kateter, klien mampu memahami pencegahan infeksi.

d. Kemampuan memahami prosedur

Pengalaman klien dalam menjalani tindakan kateterisasi urine. Klien mengatakan setelah diajarkan oleh perawat bagaimana cuci tangan 7 langkah, prinsip menjaga keseterilan dan cara memasukan kateter kedalam saluran kemih.

Klien menceritakan langkah tindakan yaitu dimulai dengan cuci tangan, setelah tangan bersih dikeringkan kemudian pakai sarung tangan, kateter pikon dibilas pakai air panas, diberi pelumas minyak steril, terus bersikan penisnya pakai kapas, kemudian dimasukan kateter pikon ke saluran kemih, setelah urine keluar kateter dicabut, terus urine diukur jumlahnya, cuci tangan lagi sampai bersih, pikonnya cuci lagi pakai air sabun, siram lagi dengan air panas, terus dimasukan lagi ke tempat pikonnya yang berisi larutan desinfektan.

Kemudian disampaikan juga cara melakukan *ISC* bila bepergian. Apabila menghadiri suatu acara seminar atau kegiatan penderita cacat, harus sudah dipikirkan persiapan peralatan yang harus dibawa dan disimpan di kantong kursi roda. Mengatur jadwal pelaksanaan *ISC* agar tidak terlambat melakukan kateter, karena kalau terlambat kandung kemih akan penuh dan urine bisa naik keginjal. Kejadian ini pernah dialami sewaktu belum menggunakan kateter tapi menggunakan metode teping, jumlah residunya banyak karena setiap kali berkemih tidak tuntas akhirnya numpuk dan ginjal terendam urine (*hydronephrosis*).

Pengalaman yang lain apabila berkunjung ke Mal agar tidak kateter ditempat umum karena toilet yang ada tidak sesuai untuk penderita CMS, sebelum turun dari mobil melakukan *ISC* dulu walaupun belum waktunya sehingga merasa nyaman tidak harus stres mencari tempat untuk *ISC*. Pengalaman satu lagi sewaktu pergi ke Mal, karena sudah waktunya *ISC* dan tidak tersedia toilet, klien menumpang di gudang dan minta ijin pada *security* untuk melakukan *ISC*. Pengalaman bila pergi jauh atau pulang kampung, klien menyiapkan segala keperluannya agar dapat melakukan *ISC* sesuai prosedur dan jadwal yaitu tiap 4 jam.

Tindakan *ISC* merupakan kebutuhan dasar individu untuk berkemih, satu klien menceritakan betapa stresnya saat mengetahui kateternya hilang, sepulang dari berobat jalan ke rumah sakit. Untuk mengatasi hal tersebut pinjam milik teman di panti yang jarang digunakan. Hal ini menjadi trauma sehingga setiap kali bepergian selalu waspada dan hati-hati agar

pengalaman buruk tersebut tidak terulang lagi. Klien juga mengungkapkan, nanti setelah pulang dari rumah sakit akan melakukan seperti yang diajarkan. Jadwal *ISC* yang sudah ada tidak dirubah, hanya domidifikasi bila acara diluar rumah.

Dari fenomena diatas mereka mampu menjelaskan langkah-langkah tindakan pakai kateter, menjelaskan proses pemeliharaan kateter, pengaturan kateter saat bepergian dan mengemukakan penerapan selanjutnya setelah pulang dari rumah sakit. Langkah-langkah melakukan kateterisasi urine partisipan menguraikan dari persiapan sampai selesai tindakan. Tahapan kegiatan tersebut dialami oleh keenam klien CMS yang menjadi partisipan.

Dengan bukti tersebut sebagai bukti bahwa di tatanan klinik klien tersebut telah dilatih dan dipersiapkan agar dapat melakukan prosedur kateter intermiten secara mandiri, sebagai tujuan akhir dari perawatan klien CMS yaitu kemandirian. Hal ini sejalan dengan model perawatan diri menurut Orem yaitu adanya ketepatan yang berhubungan dengan eliminasi dan pembuangan kotoran (Tomey, 2004).

Pada klien terdapat gangguan dalam berkemih secara spontan akibat adanya kelumpuhan, sehingga perlu tindakan yang lebih spesifik yaitu khusus manajemen bladder (Levisieur, 2003). Klien harus mampu melakukan kateter secara mandiri sehingga pada saat pulang dari perawatan tidak tergantung pada tim kesehatan atau keluarganya. Dalam

perawatan rehabilitasi medik intermitten kateter mandiri oleh klien direkomendasikan.

Agar klien mampu memahami prosedur yang harus dilaksanakan, maka tugas perawat yang utama disini yaitu bagaimana caranya membuat klien mampu mandiri dalam melakukan ISC. Sebagai perawat spesialis medikal bedah wajib melakukan pengkajian secara komprehensif dan holistik, melaksanakan tindakan yang tepat berupa preventif, promotif dan rehabilitatif.

Pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarganya sebagai prioritas utama. Materi yang diberikan meliputi : gangguan eliminasi pada CMS, tindakan kateter intermitten, prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi saluran kemih baik di rumah sakit maupun di rumah klien. Metode pembelajaran : ceramah, demonstrasi dan praktik langsung pada klien. Perawat harus mengevaluasi keberhasilan klien dalam melakukan kateter intermitten secara mandiri dan membersihkannya sesuai jenis kateter sebelum klien dipulangkan.

5. Berbeda dengan orang sehat

Klien mengungkapkan menjadi berbeda dengan orang sehat, mengalami perubahan setelah sakit CMS yaitu perubahan fungsional tubuh seperti cara berjalan, buang air kecil dan buang air besar, dan mengalami perubahan dalam pengaturan waktu.

a. Perubahan fungsional tubuh

Pengalaman sebelum sakit CMS bisa mandiri, bisa melakukan aktivitas dengan mandiri, kemudian setelah CMS harus belajar agar mampu mandiri melakukan aktivitas sehari-hari. Dulu mampu berjalan layaknya orang normal, namun saat ini dengan kondisi kaki yang lumpuh untuk berjalan harus menggunakan kursi roda. Dengan tidak bisa jalan menggunakan kaki banyak sekali yang berubah, seperti ke kantor, menyalurkan hoby naik gunung, olah raga dan lain-lain.

Pengalaman harus duduk di kursi roda, untuk dapat menggunakan kursi roda butuh proses agar bisa mandiri. Pertama diajarkan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, dan sebaliknya dari kursi roda ke tempat tidur. Ini butuh tenaga ekstra untuk angkat badannya sendiri, karena bila ada bagian yang tidak terangkat atau kena tempat tidur akan terjadi lecet dan ini berbahaya. Selain berpindah ke tempat tidur juga diajarkan berpindah ke kursi untuk ke kamar mandi yaitu *comode* atau ke WC, juga diajarkan jalan di jalan yang naik-turun dan bagaimana bangkit bila jatuh. Dengan latihan tersebut akhirnya bisa mandiri dalam berjalan menggunakan kursi roda.

Kursi roda digunakan sepanjang waktu dalam aktivitas sehari-hari baik di rumah maupun di luar rumah dan ini perlu penyesuaian diri dan penyesuaian terhadap lingkungan. Penyesuaian dirumah seperti menjangkau pakaian, lemari harus disesuaikan dengan tinggi badan saat ini di atas kursi roda. Kamar mandi dirubah dan dibuat agar kursi roda

dapat masuk, WC tingginya dibuat sejajar kursi roda dan kran juga disesuaikan. Jadi kondisi rumah di sesuaikan dengan kondisi setelah sakit.

Selain perubahan dalam berjalan, juga mengalami perubahan buang air kecil. Dahulu bisa buang air kecil secara spontan, kapan saja sesuai kondisi dan keinginan untuk buang air kecil baik dirumah maupun ditempat umum. Saat ini buang air kecil pakai kateter, perlu pengaturan jadwal antara aktivitas dan buang air kecil, bila bepergian harus membawa peralatan dan tahu kemana tujuan sehingga bisa diprediksi waktu dan tempat untuk kateter. Tetapi dengan kateter ini merasa terbantu jadi tidak ngompol, saat mengajar tidak perlu berkali-kali meninggalkan kelas untuk ke WC.

Perubahan fungsional tubuh yang lain yaitu buang air besar, yang tadinya normal yaitu otomatis kalau merasakan perut mulas langsung berjalan menuju toilet untuk buang air besar. Kalau sudah menderita lumpuh buang air besar tidak terasa, cuma terasa perut mulas tapi tidak bisa keluar faeses. Di rumah sakit diajarkan cara buang air besar dan waktunya disesuaikan seperti sebelum sakit tapi rata-rata dibantu tiap jam 5 pagi dua hari sekali. Sekarang mengeluarkan faeses dengan cara manual atau dikorek dengan tangan tiap dua hari sekali atau sesuai kebutuhan bila makannya banyak. Kondisi ini jauh berbeda dengan waktu masih sehat, banyak perubahan-perubahan yang harus dipelajari dan dimulai dari nol lagi dan perlu penyesuaian diri.

Dari fenomena perubahan pola hidup tersebut klien mengalami perubahan cara jalan, cara buang air kecil dan cara buang air besar. Kondisi tersebut dapat disikapi dengan belajar agar mampu menghadapi perubahan yang dialami dan dapat menyesuaikan diri dengan keadaannya setelah sakit CMS.

b. Perlu pengaturan waktu

Pengalaman setelah sakit CMS perlu pengaturan waktu dalam kehidupan, seperti untuk melakukan kateter. Saat ini buang air kecil pakai kateter, diatur waktunya tiap 4 jam sekali dan perlu waktu yang cukup untuk menyiapkan dan membereskan alat-alat yang digunakan untuk buang air kecil.

Selain itu perlu penyesuaian waktu antara buang air kecil dan minum. Sewaktu sehat minum bebas tidak dibatasi sebarang jumlah, saat ini minum dibatasi 500 ml dalam 4 jam. Hal ini terkait dengan kemampuan kandung kemih menampung urine sekitar 500 ml, dalam kurun waktu 4 jam kemungkinan sekitar 500 ml urine sudah terkumpul di kandung kemih sehingga harus berkemih, dan harus segera dikateter agar tidak terjadi pengendapan di kandung kemih dan urine mengalir balik kejinjal. Pengaturan waktu sangat penting sekali untuk menghindari komplikasi akibat terlambat berkemih.

Pengaturan waktu untuk aktivitas mandi dikamar mandi. Dahulu perlu beberapa menit kalau mandi di kamar mandi, sekarang perlu waktu lebih

lama untuk melepas pakaian, pindah ke toilet, menata posisi yang stabil, membersihkan badan, berpakaian kembali juga perlu waktu, apalagi kalau buang air besar diare harus sampai tuntas, semua itu perlu waktu yang lama.

Aktivitas sehari-hari sangat padat, sehingga perlu pengaturan waktu antara kegiatan sehari-hari bekerja, istirahat, makan, buang air kecil, buang air besar, beribadah, bersosialisasi dengan masyarakat dan aktivitas hiburan. Khusus untuk buang air kecil perlu perhatian dalam pengaturan waktu yang tiap 4 jam harus kateter.

Dari fenomena diatas terlihat pengaturan waktu oleh klien sangatlah penting, agar kegiatan *ISC* dengan aktivitas sehari-hari dapat diatur sedemikian rupa sehingga pola hidup klien sama atau mendekati pola hidup orang normal.

6. Beradaptasi dengan perubahan

Pengalaman klien dengan adanya perubahan setelah menjalani kateterisasi urine, mereka mengungkapkan bahwa kateter urine bukan merupakan hambatan dalam beribadah, mereka patuh pada jadwal kateterisasi urine dan merasa nyaman dengan penggunaan kateter. Tema tersebut berhubungan dengan tujuan khusus ketiga yaitu gambaran tentang perubahan pola kehidupan klien setelah menggunakan *ISC*.

a. Kateter bukan hambatan beribadah

Klien mengungkapkan dalam beribadah tidak mengalami hambatan setelah menjalani kateterisasi urine, seperti diungkapkan oleh 6 klien bahwa selama menjalani *ISC* ibadah sholatnya tidak terganggu, merasa lebih enak setelah *ISC*, tidak was-was kena urine karena urine adalah najis, serta lebih rajin beribadah.

Jelas disini bahwa *ISC* menguntungkan bagi klien dari segi spiritual sehingga klien dapat beribadah sesuai ketentuan agama yang dianutnya rajin dan kualitas ibadahnya meningkat.

b. Patuh terhadap jadwal kateterisasi urine

Klien melaksanakan kateterisasi urine tiap 4. Klien melaksanakan sesuai jadwal, kateterisasi intermiten direkomendasikan 4 – 6 kali / hari. Rasionalnya bahwa kapasitas normal kandung kemih adalah kurang dari 500 ml, kateterisasi urine tiap 4-6 jam mencegah overdistensi kandung kemih (Consortium of Spinal Cord Medicine, 2006). Apabila terjadi overdistensi maka urin akan refluk ke ureter dan ke ginjal, hal ini akan mengganggu fungsi ginjal.

c. Nyaman dengan penggunaan kateter

Penggunaan kateter dikemukakan oleh klien bahwa selama ini merasa nyaman, merasa terbantu dalam buang air kecil dan setelah menggunakan kateter lebih baik, seperti diungkapkan oleh 5 klien. Klien mengungkapkan bahwa sebelum menggunakan kateter jumlah urin yang tersisa atau residu di kandung kemih banyak sehingga klien mengalami

infeksi dan adanya batu. Dengan *ISC* klien terbebas dari selang urine bag, sehingga dapat leluasa pada saat aktivitas sehari-hari.

7. Sistem pendukung

Tema sistem pendukung yang terdiri dari fasilitas pemerintah, tersedia donatur, adanya suport dari keluarga dan teman, adalah terkait dengan tujuan khusus ke lima yaitu teridentifikasi sistem pendukung klien CMS yang menjalani *ISC*.

a. Fasilitas dari pemerintah

Klien mendapatkan fasilitas untuk berobat dengan biaya pemerintah, saat ini disebut Jaminan Kesehatan Masyarakat (*JAMKESMAS*). Dengan adanya *JAMKESMAS* klien terbantu dari segi finansial, karena pada klien CMS membutuhkan biaya yang tinggi. Klien CMS menjalani rawat inap untuk rehabilitasi berlangsung hingga berbulan-bulan, seperti yang dialami oleh klien dirawat selama 8 bulan, dua partisipan dirawat selama 6 bulan. Dengan biaya akomodasi kelas 3 Rp 60.000,-/hari maka satu bulan Rp 1.800.000,-/ bulan, biaya ini belum termasuk tindakan, operasi dan pemeriksaan penunjang.

Seperti diungkapkan oleh Harvey and Coworkers bahwa estimasi biaya bagi penderita CMS (1998) mencapai \$ 95,000 untuk biaya di rumah sakit, \$ 8,000 untuk biaya modifikasi lingkungan, \$ 8,000 pertahun untuk pengobatan, alat dan peralatan yang adaptif dan \$ 6,000 untuk asisten dan fasilitas perawatan (Fine , 2003).

Biaya untuk perawatan di rumah sakit dan hidup sehari sangat mahal, dan hal ini mungkin menjadi kendala bagi klien CMS. Untuk itu institusi pemerintah agar tetap menyediakan fasilitas untuk para penderita CMS agar mereka tetap menjalani kehidupan sebagaimana orang normal.

b. Tersedia donatur

Klien selain mendapat fasilitas dari pemerintah juga mendapat bantuan dari donatur berupa barang dan uang tunai. Bentuk barang yang didapat yaitu kursi roda dan kateter pikon. Di RSUP Fatmawati tersedia petugas sosial medik yang bertugas antara lain menghubungkan klien yang membutuhkan bantuan biaya dengan para penyandang dana atau donatur. Hal ini sangat membantu klien mengurangi beban finansial yang ditanggungnya.

c. Suport dari keluarga dan lain-lain

Klien mengatakan mendapat dukungan dari keluarga terdekat istri, orang tua, keluarga, teman, sahabat dan sesama penderita cacat. Klien mengatakan mendapat nasehat dari sesama penderita CMS. Mereka membagi pengalaman seperti cara menggunakan kursi roda.

Dari pengamatan, klien yang terlibat dalam penelitian ini didatangi oleh klien yang telah mandiri dan mereka tampak berkomunikasi. Setelah diklarifikasi kepada klien, klien menyatakan telah dikunjungi klien yang pernah dirawat dikamar sebelah dan ada juga yang dari Wisma.

Berdasarkan fenomena tersebut terkait dengan penelitian yang relevan yaitu penelitian kroseksional yang bertujuan untuk menggambarkan

pemberian dukungan kepada seorang CMS dari pasangannya, menggambarkan beban perasaan mendukung pasangan. Dari penelitian ini didapatkan pasangan dari penderita CMS proporsi dukungannya sangat serius (Post, 2005). Penelitian kualitatif tentang dukungan sosial pada klien dengan ketidakmampuan fisik bahwa dukungan selain dari orangtua, juga dukungan dari peer group dan teman dengan karakteristik yang berbeda sehubungan dengan realita hidup dengan ketidakmampuan (Antle, 2009).

d. Kurang fasilitas umum untuk klien CMS

Klien mengalami kesulitan untuk mengakses toilet, jalan dan kendaraan umum. Karena tidak tersedia fasilitas toilet khusus pengguna kursi roda dan sarana transportasi tidak aksesibel.

Masalah yang dialami klien adalah merupakan kebutuhan dan harapan klien untuk dapat akses fasilitas umum sehingga klien mampu mandiri dalam melakukan interaksi dengan masyarakat umum di tempat umum.

Yang menjadi harapan klien adalah aksesibilitas fisik yaitu lingkungan fisik yang oleh klien sebagai penyandang cacat dapat dihampiri, dimasuki atau dilewati, dan klien itu dapat menggunakan wilayah dan fasilitas yang terdapat di dalamnya tanpa bantuan.

8. Harapan klien CMS.

Klien berharap kepada perawat agar dapat memberikan pelayanan yang ramah dan dapat mensupervisi saat pelaksanaan tindakan kateterisasi urine

terutama prinsip kebersihannya. Tema ini terkait dengan tujuan khusus keenam yakni teridentifikasi harapan klien CMS akan pelayanan asuhan keperawatan.

Harapan klien tersebut adalah hak klien untuk mendapatkan pelayanan yang adil. Prinsip keadilan klien menuntut perlakuan terhadap dirinya yang adil dan membutuhkan bantuan apa yang menjadi kebutuhannya. Tuntutan kebutuhan akan pengawasan adalah kebutuhan klien yang harus dipenuhi oleh perawat. Tugas perawat dalam membimbing dan mengawasi klien dan memandirikan klien dalam melakukan tindakan *ISC*.

B. Keterbatasan Penelitian

Peran peneliti sebagai instrumen dalam penelitian kualitatif sangat mempengaruhi hasil temuan penelitian. Peneliti mengidentifikasi beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu :

1. Kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara sangat terbatas karena pengalaman ini merupakan pengalaman pertamakali melakukan penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam, sehingga ada data yang kurang luas dalam mengeksplorasinya seperti pada pengalaman psikososial klien.
2. Situasi dan kondisi saat wawancara kurang tenang karena pada jam perawatan sehingga terdapat suara gaduh dari klien lain.
3. Rentang waktu menderita CMS yang panjang yaitu dari setengah tahun hingga 33 tahun, sehingga pengalaman klien beragam.

C. Implikasi Keperawatan

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek, pendidikan dan penelitian keperawatan.

1. Bagi praktek keperawatan.

Penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang bagaimana klien menjalani kehidupannya dengan menggunakan kateter untuk eliminasi urine disepanjang hidupnya setelah CMS. Walaupun mereka telah mengalami dan mampu mandiri dalam ISC, informasi asuhan keperawatan tetap harus diberikan pada klien agar lebih memahami kondisinya setelah mengalami CMS dan menjalani ISC, memahami risiko komplikasi dan cara pencegahan komplikasi dan lebih memantapkan klien untuk mematuhi prosedur ISC. Rencana tindak lanjut dari penelitian ini adalah membentuk tim untuk menyusun panduan bagi klien CMS yang menjalani ISC.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan, seperti Penelitian ini dapat menjadi landasan untuk memantapkan metoda belajar atau menjadi landasan untuk merevisi kurikulum yang ada.

3. Bagi penelitian keperawatan

Implikasi terhadap penelitian keperawatan terkait dengan penelitian ini. Selama menjalankan penelitian, peneliti merasakan perlu adanya waktu yang lama untuk melakukan penelitian kualitatif. Waktu yang lama akan menghasilkan informasi yang mendalam tentang fenomena yang diteliti. Dengan waktu yang lama informasi bisa digali lebih mendalam lagi dan analisis tema bisa lebih baik.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran yang mendalam tentang pengalaman klien CMS yang menjalani *ISC* dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan adanya perubahan fisik dan psikologis, komplikasi, proses belajar *ISC*, perbedaan dengan orang sehat, adaptasi, sistem pendukung dan harapan klien. Perubahan ini memerlukan modifikasi gaya hidup klien CMS yang menjalani *ISC*.

A. Simpulan

Berdasarkan temuan-temuan dari penelitian ini dapat diperoleh simpulan sebagai berikut:

1. Gambaran perubahan fisik setelah mengalami CMS yaitu adanya perubahan sistem tubuh, mengalami kelumpuhan, perubahan eliminasi urine dan faeses. Gambaran lain adalah klien mengalami komplikasi ISK, batu kandung kemih dan dekubitus. Sedangkan pada gambaran psikososial didapatkan gangguan konsep diri, yang meliputi : perubahan gambaran diri(*body image*) dan gangguan seksual, kegagalan pencapaian ideal diri, harga diri rendah dan perubahan peran.
2. Pengalaman klien CMS dalam menjalani *ISC*, didapatkan gambaran proses belajar *ISC* yang sama pada semua partisipan, mampu melakukan tindakan

sesuai ketentuan, dapat memodifikasi pola kehidupan serta dapat beradaptasi dengan kondisi yang dihadapi.

3. Sistem pendukung yang didapat klien CMS yang menjalani *ISC* yaitu fasilitas JAMKESMAS dari pemerintah, dukungan keluarga dan teman, serta sesama klien CMS, selain itu klien mengalami kesulitan mengakses fasilitas umum.
4. Harapan klien kepada pelayanan asuhan keperawatan, yaitu adanya kepedulian, sikap ramah dan supervisi dari perawat serta penyebaran informasi tentang *ISC* ke RS lain.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Diperlukan peningkatan pelayanan yang lebih baik lagi terutama dalam hal pemberian informasi kepada klien tentang CMS, *ISC* dan pencegahan komplikasi. Informasi hendaknya dapat bersifat informatif dan lengkap, memberikan gambaran yang menyeluruh tentang perawatan saat ini dan yang akan datang. Perlu dibentuk semacam *peer group* untuk klien CMS sehingga diharapkan dapat membantu klien terutama dalam proses adaptasinya setelah CMS. Dan juga dibutuhkan konselor seksual dari disiplin keperawatan, medik dan psikolog.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan, diharapkan dapat :
 - a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam merawat klien CMS dengan meningkatkan aplikasi praktek untuk terapi keperawatan tidak hanya pada aspek fisik tetapi juga psikosial.

- b. Mengembangkan kurikulum untuk pendidikan berkelanjutan atau spesialisasi keperawatan, terutama dengan menambah macam peminatan seperti perawatan muskuloskeletal sehingga nantinya klien dapat memperoleh penanganan secara spesifik.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu diadakannya penelitian lebih mendalam lagi tentang pengalaman klien CMS yang mengalami komplikasi infeksi saluran kemih atau dekubitus dengan waktu dan jumlah partisipan yang cukup. Penelitian lainnya juga dapat dilakukan misalnya tentang proses adaptasi atau tahapan berduka yang dialami klien saat pertama kali terdiagnosa CMS dan harus ISC sepanjang hidupnya. Penelitian dapat dilakukan dengan metode penelitian yang lain misalnya dengan *grounded theory* untuk menghasilkan konsep atau kerangka teoritis.

DAFTAR PUSTAKA

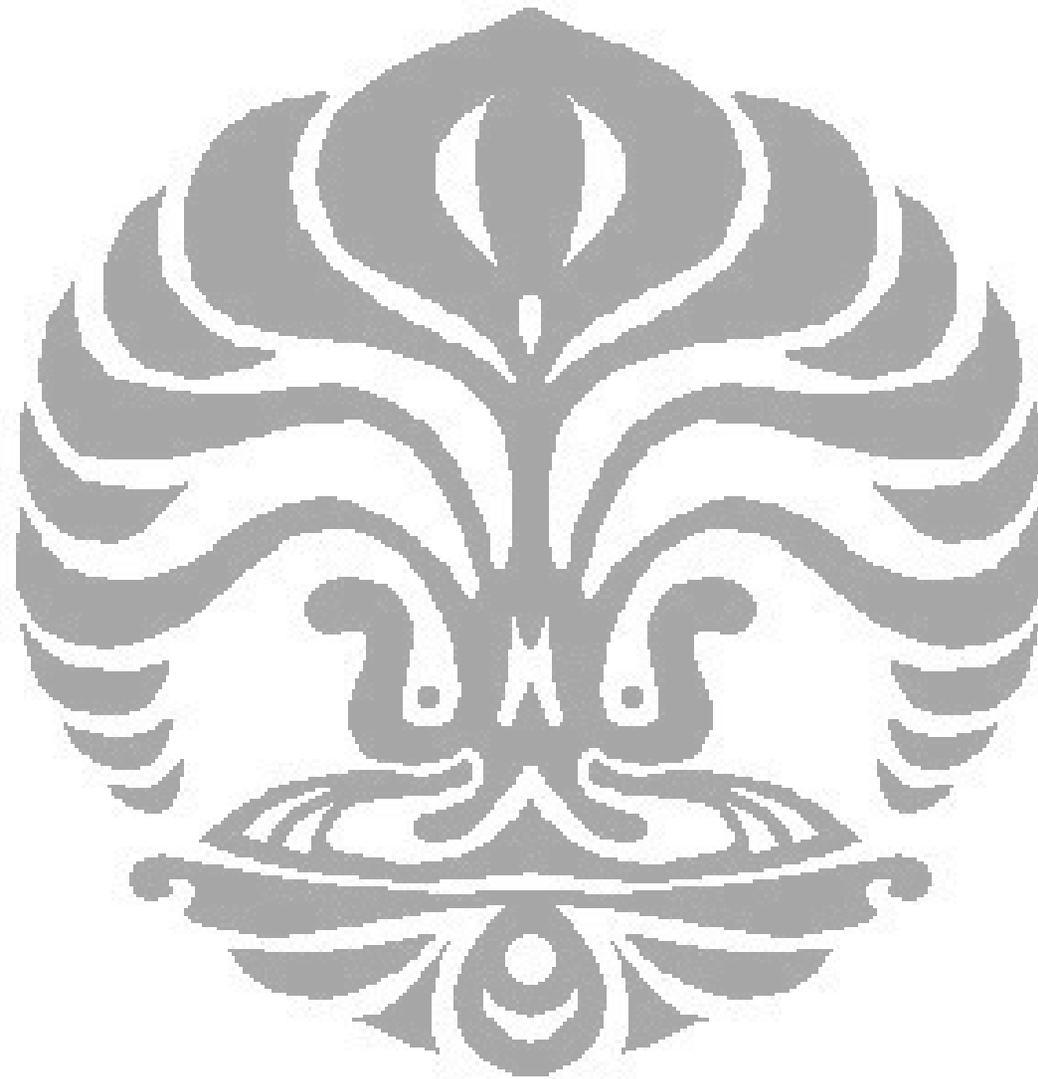
- Achterberg, T.V., Holleman, G., Boekhorst, H.C., Arts, R., & Heesakkers, H. (2008). Adherence to clean intermittent self catheterization procedure: determinants explored. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford, 17(3), 394.
- Alverzo, J.P., Rosenberg, J.H., Sorensen, C.A., & Deleon, S.S. (2009). Nursing care and education for patients with spinal cord injury, dalam Sisto, S.A., Druin, E., & Sliwinski, M.M. (2009). *Spinal cord injuries: Management and rehabilitation* (hlm. 37-65). St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Anderson, K.D., Borisoff, J.F., Johnson, R.D., Stiens, S.A., & Elliott, S.L. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal Cord*, 45, 328-337.
- Antle, B.J. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disability. *Health & Socoal Work*, 29(3), 167. ProQuest Nursing & Allied Health Source.
- Antle, B.J., Montgomery, G., & Stapleford, C. (2009). The many layers of social support: Capturing the Voices of young people with spina bifida and their parents. *Health and Social Work*, 34(2), 97; Academic research Library. <http://proquest.umi.com/pqdweb> , diperoleh 30 Juni 2009.
- Avila. (2002). How I found freedom ?. MS in focus Issue 2.2003. [http://www.msif.org/docs/M Sin Focus IssueZEN.pdf](http://www.msif.org/docs/M%20Sin%20Focus%20IssueZEN.pdf), diperoleh 7 Desember 2008.
- Bennett, E.(2002). Patient information: Intermittent self-catheterisation. *Nursing Standard*; Oct 30-Nov 5, 17,7. Proquest Health and Medical Complete. [http://www.nursingstandard.co.uk/archives/ns/residentpdfs/patientcards/4Self catheterisation.pdf](http://www.nursingstandard.co.uk/archives/ns/residentpdfs/patientcards/4Self%20catheterisation.pdf), diperoleh 12 April 2008.
- Bodner, D.R., & Perlash.(2003). Urologic management in spinal cord injury, dalam Lin, V.W. *Spinal cord medicine. Principles and practice.*(hlm 299-305). New York: By Demos Medical Publishing. Inc.
- Borzyskowski, M., Cox, A., Edward, M., & Owen, A. *Neuropathic bladder and intermittent catheterization: Social and psicological impact on families.* Developmental Medicine & Child Neurology (2004), 46 (3),160-167 Mac Keith Press. <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstact;jsessionid> diperoleh 15 Desember 2008.

- Brillhart, B. (2004). Studying the qualitative of life and life satisfaction among persons with spinal cord injury undergoing urinary management. *Rehabilitation Nursing*; Jul/Aug, 29(4), 122-126.
- Brockopp, D.Y., & Tolsma, M.T.H. (1995). *Fundamentals of nursing research*. Boston: Jones & Bartlett Publishers, Inc.
- Carlson, W.S. (1999). *The lived experience of physiopsichosocial issu among urology patients who have andergone a urinary diversion*. New Haven, Connecticut : A Thesis of Master of Science in Nursing. <http://proquest.umi.com/pqdweb> diperoleh 28 Pebruari 2009.
- Carpernito, L.J. (2000). *Nursing diagnosis. Aplication to clinical practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Centers for Disease Control and Preventing (CDC). (2005). *Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infection*. http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter-assoc.html, diperoleh 27 Pebruari 2008.
- Chen, Y., Roseman, J.M., Funkhouser, E., & De Vivo, M.J. (2001). Urine specific grafitiy and water hardness in relation to urolithiasis in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord Injury*, 39, 571-576.
- Consorsium for Spinal Cord Medicine. (2006). *Bladder management for adults with spinal cord injury: A clinical practice guidelia for health care providers*. America : Paralyzed Veterans of America.
- Consorsium for Spinal Cord Medicine. (2000). *Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: A clinical practice guidelia for health care professionals*. America : Paralyzed Veterans of America.
- Correa, G.I. & Rotter, K.P. (2000). Clinical evaluation and management of neurogenic bowel after spinal cord injury. *Sinal Cord*, 38, 301-308.
- Correa, G.I., Fuentes, M., Gonzalez, X., Cumsille, F., Pineros, J.L., & Finkelstein. (2006). Predictive factors for pressure ulcers in the ambulatory stage of spinal cord injury patient. *Spinal Cord*, 44, 734-739.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Choosing among five traditional. New Delhi: Sage Publication International Education and professional Publisher.
- Departemen of Surgery, University of Bergen, Norway. (1992). *Clean intermitten catheterization. Physical and psychological complication*. <http://www.fou.uib.no/drgrad/1992/124003>. diperoleh 15 Desember 2008.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit*. Jakarta : Depkes RI.
- Doenges, M., Moorhouse, M.F., & Geissler, A.C. (2000). *Nursing care plan. Guideline for planning and documentation patient care*. Philadelphia : FA Daviz Company.
- Dochterman, J.M & Bulechek, G.M. (2004). *Nursing interventions classification*. 4ed . St. Louis, Missouri : Mosby.
- Geng, V., Emblem, E.L., Gratzl, S., Incesu, O., & Jensen, K. (2006). *Urethral catheterization section 2 : Male, female and peadiatric intermitten catheterization, EAUN (European Association of Urology Nurses)*. http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/EAUN/EAUN1.pdf, diperoleh 12 April 2008.
- George, M., Holmes, L., & Leaver, L. (2006). *Policy and protocol for intermittent urethral catheterisation of adults and children*. <http://www.brenspet.org/doxpixandgragix/NP161SCP> , diperoleh 12 April 2008.
- Haas, U. & Geng, V. (2008). Sensation of defecation in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 46, 107-112.
- Hale, P. & shaw, R. (2001), *Bladder care and management – SCI* . University of Alabama at Birmingham. <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=21484>, diperoleh 31 Maret 2008.
- Health.qld.gov.au, (2006). *Intermittent Self-Catheterization*. [http://www.health.qld.gov.au/qscis/PDF/Complications of SCI/ICSC how do i do it.pdf](http://www.health.qld.gov.au/qscis/PDF/Complications%20of%20SCI/ICSC%20how%20to%20do%20it.pdf) , diperoleh 28 Pebruari 2008.
- Hess, M.J., Hough, S., & Tammara, E. (2007). The experience of four individuals with paraplegia enrolled in an outpatient interdisciplinary sexuality program. *Sex Disabil*, 25, 189-195. <http://proquest.umi.com/pqdweb> , diperoleh 30 Juni 2009.
- Hoeman, S.P. (1997). *Rehabilitation nursing. Process and application*. St. Louis, Missouri: by Mosby Year Book Inc.
- (2008). How many people in Australia have SCI ?. Australai : Spinal Cord Injury, <http://www.scia.org.au/faq/life-after-sci> diperoleh 1 Juli 2009
- Ignatius, D.D & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing. Critical thinking for collaboration care*. St. Louis Missouri : By Elseiveir Inc.
- Jannis, J. (2002). *Emergensi cedera medulla spinalis*. Jakarta : FKUI/ RSUPN-CM.

- Jackson. (1998). *Urinary tract management in spinal cord injury: urination and the urinary tract in sci: intermittent catheterization program (ICP)*, the Louis Calder Memorial Library of the University of Miami.
<http://calder.med.miami.edu/pointis/intermit.html>, diperoleh 31 Maret 2008.
- King, R.B., Porter, S.L., & Vertiz, K.B. (2008). Preventive skin care beliefs of people with spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, 33(4),154-162. ProQuest Nursing & Allied Health Source.
- Kirshblum,S., & Benevento, B. (2009). Understanding spinal cord injury and advances in recovery, dalam Sisto, S.A., Druin, E., & Sliwinski, M.M. (2009). *Spinal cord injuries: Management and rehabilitation* (hlm. 10). St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Kovindha,A., Mai,W.N.C., & Madersbacher,H. (2004). Reused silicone catheter for clean intermittent catheterization. *Spinal Cord*, 42, 638-642.
<http://www.nature.com/sc/journal/v42/n11/abs/310164a.html>, diperoleh 31 Maret 2008.
- Krogh, K., Christensen, P., sabroe, S., & Laurberg, S. (2006). Neurogenic bowel dysfunction score. *Spinal Cord*, 44, 625-631.
- Levendoglu, F., Ugurlu, H., Ozerbil, O.M., Tuncer, I., & ural, O. (2004). Urethral cultures in patient with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 42, 106-109.
- Lin,V.W. (2003). *Spinal cord medicine. Principles and practice*. New York: Demos Medical Publishing.
- Lynch, A.C., Wong,C., Anthony, A., Dobbs, B.R., & Frizelle, F.A. (2000). Bowel dysfunction following spinal cord injury: a description of bowel function in spinal
- Logan, K., Shaw, C., Webber, I., Samual, S., & Broome, I. (2006). *Patients' experinces of learning clean intermitten self catheterization : a qualitative study*. *Journal of Advan Nusring*, Volumen 62, Number 1, April 2008, pp 32-40 (9). <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2008>, diperoleh 15 Desember 2008.
- Macnee, C.L. (2004). *Understanding nursing research : Reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Min, C.C. (2001). *Clinical handbook on the management of incontinence*. 2nd Edition. Singapore: Society for Continence.
- Moleong, L.J. (2006). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung : Penerbit PT Remaja Rosdakarya.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2000). *Pocket guide to basic skills and procedure*. St. Louis : Mosby Year Book.Inc.

- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2005). *Fundamental of nursing. Concepts, process, and practice*. St. Louis : Mosby Year Book.Inc.
- Potgieter, C.A., & Khan, G. (2005). Sexual self esteem and body image of South African spinal cord injured adolescents. *Sexuality and Disability*, 23(1), 119.
- Shaw, C., Logan, K., Webber, I., Broomre, L., & Samuel, S. (2007). Effect of clean intermittent self catheterization on quality of life : A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. 61(6), 641-650.
- Sherman,N.D. (2006). *Clean intermittent self catheterization*. <http://www.umn.edu/ency/article/003972.html>, diperoleh 31 Maret 2008.
- Smeltzer ,S.C. , Bare,B.G., Hinke,J.L & Cheever,K.H. (2008). *Textbook of medical surgical nursing*. 12 ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Speziale, H.J.S, & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Third edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Spinal Injury Association. (2003). *A guide to bladder management after spinal cord injury*. London : Spinal Injury Association 76 St James,s Lane London N103DF. <http://www.spinal.co.uk> , diperoleh 10 Desember 2008.
- Stuart, G.W. (2002). *Pocket guide to psychiatric nursing*. 5.ed. By Mosby, Inc.
- Tomey, A.M. (2006). *Nursing theorists and their work*. Third edition. St Louis: Mosby.
- The National spinal cord injury statistical Center (NSCISC). (2006). *Facts and Figures at a Glance - June 2006* . <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=21446>, diperoleh 31 Maret 2008.
- Vernon. (2003). *Spinal Cord Medicine Principles and Practice*. By Demos Medical Publishing,Inc.
- Woodward, S., & Rew, M. (2003). Patient quality of life and clean intermittent self catheterization. *British Journal Of Nursing*.18 (18), 1066.
- Wyndaele, J.J. (2002). Complication of intermittent catheterization: their prevention and treatment. *Spinal Cord*. 40. 535-541.
- Yavuzer, G., Gok, H., Tuncer, S., Soygur, T., Arikan, N., & Arasil, T. (2000). Compliance with bladder management in spinal cord injury patient. *Spinal Cord*, 38, 762-765.



FORMAT PENGUMPULAN DATA

A. Data Demografi

1. Nama Partisipan (inisial) :
2. Jenis kelamin :
3. Umur :
4. Status perkawinan :
5. Jumlah anak :
6. *Care giver* :
7. Pendidikan :
8. Pekerjaan :
9. Alamat :
10. Status pembayaran :

B. Status Medik

1. Tanggal masuk dirawat :
2. Diagnosa Medik :
3. Level CMS :
4. Lama penggunaan kateter intermiten:
5. Frekwensi kateter intermiten:
6. Metode kateter intermiten : steril / bersih
7. Komplikasi yang dialami :

PANDUAN WAWANCARA

1. Ceritakan tentang pengalaman bapak/ibu setelah terjadi cedera medula spinalis
2. Ceritakan tentang pengalaman bapak/ibu mendapatkan tindakan *ISC*
3. Ceritakan pengaruh CMS terhadap hubungan bapak/ibu dengan istri/suami
4. Ceritakan dukungan atau suport yang telah bapak/ibu terima terkait penggunaan *ISC*
5. Bagaimana pandangan keluarga dan masyarakat terhadap *ISC* yang bapak/ibu gunakan ?
6. Ceritakan pengalaman bapak/ibu dalam menjalankan ibadah setelah CMS dan menggunakan *ISC*.
7. Bagaimana pengaruh pola kebiasaann bapak/ibu dalam menghadapi penyakit yang dialami saat ini ?
8. Bagaimana harapan bapak/ibu terhadap perawat terkait penggunaan *ISC*

PENJELASAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman bapak/ibu yang mengalami CMS dalam menjalani *ISC* dan bagaimana bapak/ibu memaknai pengalaman tersebut.

Khususnya mengenai hal:

1. Perubahan-perubahan fisik dan psikososial yang terjadi dalam kehidupan bapak/ibu setelah mengalami CMS
2. Pengalaman bapak/ibu dalam menggunakan *ISC*
3. Perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan bapak/ibu setelah menggunakan *ISC*
4. Gambaran penyesuaian diri bapak/ibu terhadap *ISC*
5. Dukungan yang diterima bapak/ibu dalam menjalani *ISC*
6. Kebutuhan bapak/ibu akan pelayanan asuhan keperawatan terkait *ISC*

Prosedur penelitian :

Bapak/ibu akan diwawancara dan direkam dengan alat perekam suara MP4 dalam beberapa kali pertemuan, lama pertemuan sekitar satu sampai satu setengah jam. Hasil wawancara akan disimpan rapih dan dirahasiakan, hanya peneliti yang tahu isi wawancara dan dimana data disimpan. Data ini akan disimpan selama waktu penelitian dan setelah selesai data akan dimusnahkan.

Bapak / ibu diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini untuk pengembangan pelayanan keperawatan dimasa yang akan datang. Dan perlu bapak ibu ketahui, manfaat penelitian ini tidak dirasakan saat ini, karena saat ini baru menggali data yang ada di bapak/ibu dan menjadi bekal dimasa mendatang.

Bapak/ibu berhak namanya dirahasiakan, berhak tidak bersedia menjadi peserta penelitian, dan apabila ditengah perjalanan ingin mengundurkan diri juga tidak dilarang.

SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Kepada yang terhormat:

Bapak/ ibu pasien sebagai calon partisipan

Di Ruang rawat Inap/ Poli Klinik RSUP Fatmawati

Saya Umi Aisyiah, NPM 0706195232, Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya akan mengadakan penelitian yang berjudul “Pengalaman klien cedera medulla spinalis yang menjalani ISC dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP Fatmawati Jakarta”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman bapak/ibu yang mengalami CMS dalam menjalani kateter intermiten mandiri dan bagaimana bapak/ibu memaknai pengalaman tersebut.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi bapak/ibu sebagai partisipan dan tidak mempengaruhi pemberian pelayanan yang ada di rawat inap atau rawat jalan. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan mutu kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Peneliti menghargai hak-hak bapak/ibu sebagai partisipan dengan cara menjamin kerahasiaan identitas bapak/ibu dan semua informasi mengenai bapak/ibu. Informasi dari bapak/ibu akan dijaga dan hanya digunakan semata-mata untuk keperluan penelitian.

Peneliti sangat berharap kepada bapak/ ibu bersedia untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini, atas kesediaan dan kerjasamanya peneliti ucapkan terimakasih.

Jakarta, April 2009

Peneliti,

Umi Aisyiah

\

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

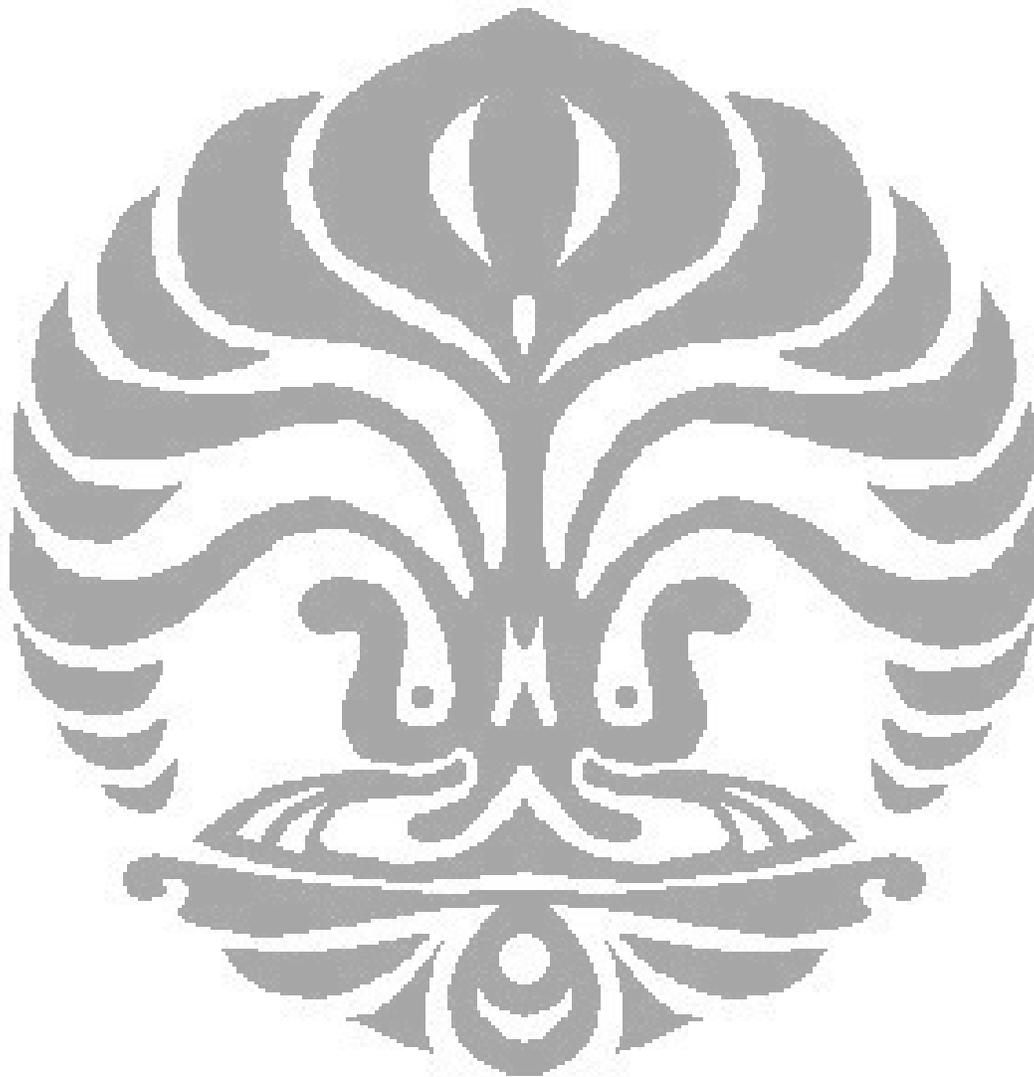
Setelah saya membaca surat permohonan dan mendapat penjelasan tentang penelitian diatas, saya mengerti dan memahami tujuan dan manfaat penelitian yang akan dilakukan ini. Saya mengerti bahwa penelitian ini menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan, dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif kepada saya. Saya mengetahui bahwa penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat.

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya secara sukarela dan tanpa paksaan bersedia untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Jakarta,.....2009

Partisipan

(.....)

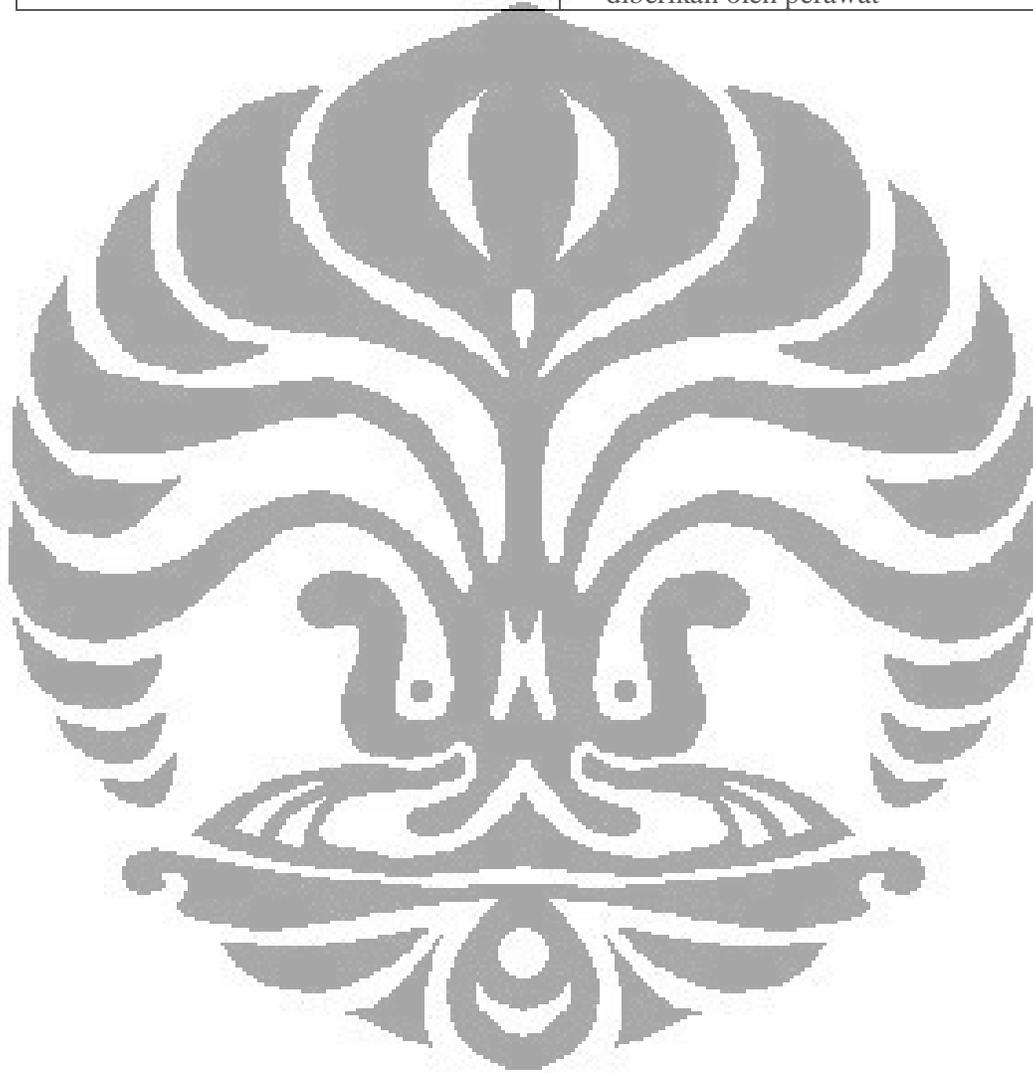


Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman klien CMS dalam menjalani kateter intermiten mandiri dan bagaimana klien memaknai pengalaman tersebut.

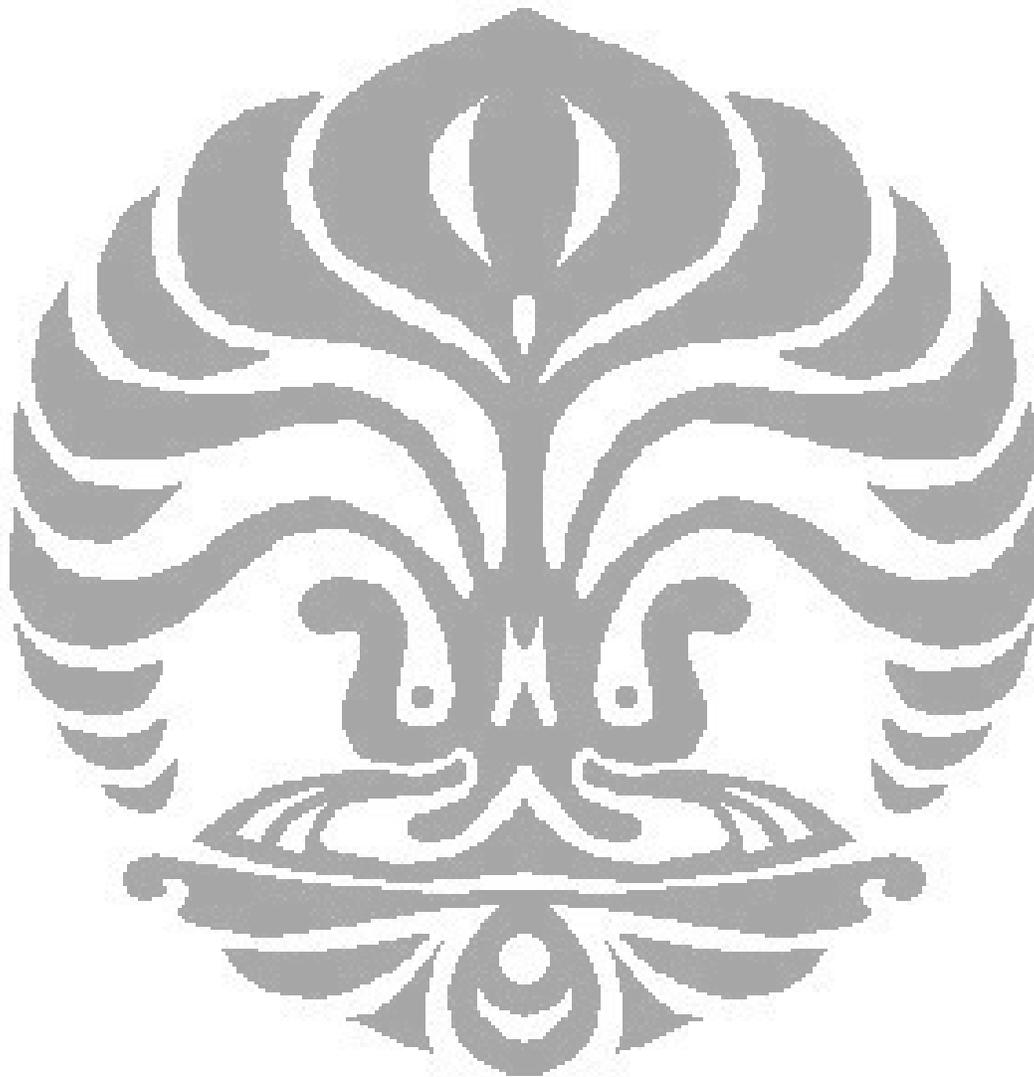
Tujuan Khusus:	Panduan wawancara	Kis
2. Tereksplorasi gambaran tentang perubahan-perubahan fisik dan psikososial yang terjadi dalam kehidupan klien setelah mengalami CMS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceritakan tentang pengalaman anda setelah terjadi cedera medula spinalis 2. Jelaskan perubahan yang dialami pada tubuh anda setelah CMS 3. Bagaimana perasaan anda dengan adanya perubahan-perubahan yang terjadi setelah CMS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. s 1 2. l s 3. l
3. Tereksplorasi gambaran tentang pengalaman klien dalam menggunakan kateter intermiten mandiri.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kapan anda mengalami gangguan berkemih ? 2. Ceritakan tentang pengalaman anda mendapatkan tindakan kateterisasi urin 3. Bagaimana pengalaman anda belajar melakukan kateter intermiten sendiri ? 4. Jelaskan kesulitan yang dihadapi dalam melakukan kateter intermiten 	<ol style="list-style-type: none"> 1. s 1 2. l 1 3. c 1 4. s
4. Tereksplorasi gambaran tentang perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan klien setelah menggunakan kateter intermiten mandiri.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceritakan pengaruh tindakan kateter intermiten terhadap kegiatan sehari-hari 2. Menurut anda apakah mengganggu ? dan bagaimana mensikapinya ? 3. Bagaimana rencana kedepan setelah pulang dari RS terkait kateter 4. Dengan adanya gangguan bak menurut anda apakah berpengaruh juga dengan gangguan berhubungan intim dengan pasangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. y v v 1 2. k 1 3. y l 4. I 1
5. Tereksplorasi gambaran respon adaptasi / penyesuaian diri klien terhadap kateter intermitent mandiri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana perasaan anda setelah menggunakan kateter ? 2. Ceritakan kemampuan yang sudah dimiliki dalam penggunaan kateter 3. Bagaimana nanti dirumah ? 4. Bagaimana kalo bepergian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. s 2. y 1 1 3. s s 1 4. y j
6. Teridentifikasi sistem pendukung klien CMS yang menjalani kateter intermiten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceritakan dukungan atau suport yang telah anda terima terkait penggunaan kateter 2. Bagaimana pandangan keluarga dan masyarakat terhadap kateter intermiten yang anda gunakan ? 3. Harapan anda pada pemberi pelayanan kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. c s 1 2. l c

		1
		3.
7. Teridentifikasi kebutuhan klien CMS akan pelayanan asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceritakan pengalaman anda berinteraksi dengan perawat 2. Bagaimana pelayanan keperawatan yang telah anda terima 3. Pembelajaran apa yang telah diberikan oleh perawat 4. Apa harapan anda terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat 	



PANDUAN WAWANCARA

1. Ceritakan tentang pengalaman bapak/ibu setelah terjadi cedera medula spinalis
2. Jelaskan perubahan yang dialami pada tubuh bapak/ibu setelah CMS
3. Bagaimana perasaan bapak/ibu dengan adanya perubahan-perubahan yang terjadi setelah CMS ?
4. Kapan bapak/ibu mengalami gangguan berkemih ?
5. Ceritakan tentang pengalaman bapak/ibu mendapatkan tindakan kateterisasi urin
6. Bagaimana pengalaman bapak/ibu belajar melakukan kateter intermiten sendiri ?
7. Jelaskan kesulitan yang dihadapi dalam melakukan kateter intermiten
8. Bagaimana pandangan anda tentang penggunaan kateter intermiten
9. Ceritakan pengaruh tindakan kateter intermiten terhadap kegiatan sehari-hari
10. Bagaimana perasaan anda saat ini ?
11. Ceritakan rencana kegiatan yang akan dilaksanakan terkait kateter intermiten mandiri
12. Ceritakan dukungan atau suport yang telah anda terima
13. Bagaimana pandangan keluarga dan masyarakat terhadap kateter intermiten yang anda gunakan ?
14. Harapan anda pada pemberi pelayanan kesehatan ?
15. Ceritakan pengalaman anda berinteraksi dengan perawat
16. Bagaimana pelayanan keperawatan yang telah anda terima ?
17. Pembelajaran apa yang telah diberikan oleh perawat ?
18. Apa harapan anda terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat ?



KERANGKA PIKIR

FORMAT PENGUMPULAN DATA

A. Data Demografi

11. Nama Partisipan (inisial) :
12. Jenis kelamin :
13. Umur :
14. Status perkawinan :
15. Jumlah anak :
16. *Care giver* :
17. Pendidikan :
18. Pekerjaan :

19. Alamat :

20. Status pembayaran :

C. Status Medik

1. Tanggal masuk dirawat :

2. Diagnosa Medik :

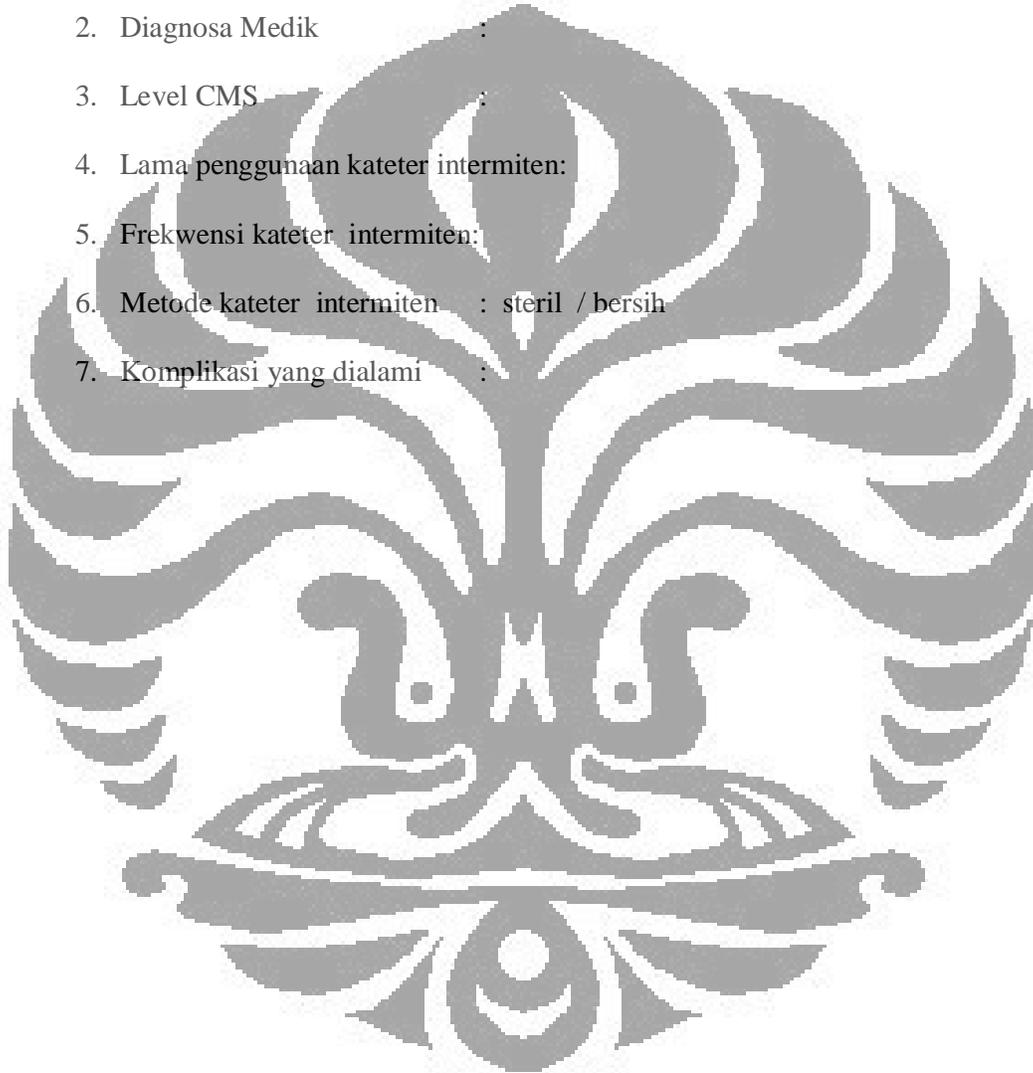
3. Level CMS :

4. Lama penggunaan kateter intermiten:

5. Frekwensi kateter intermiten:

6. Metode kateter intermiten : steril / bersih

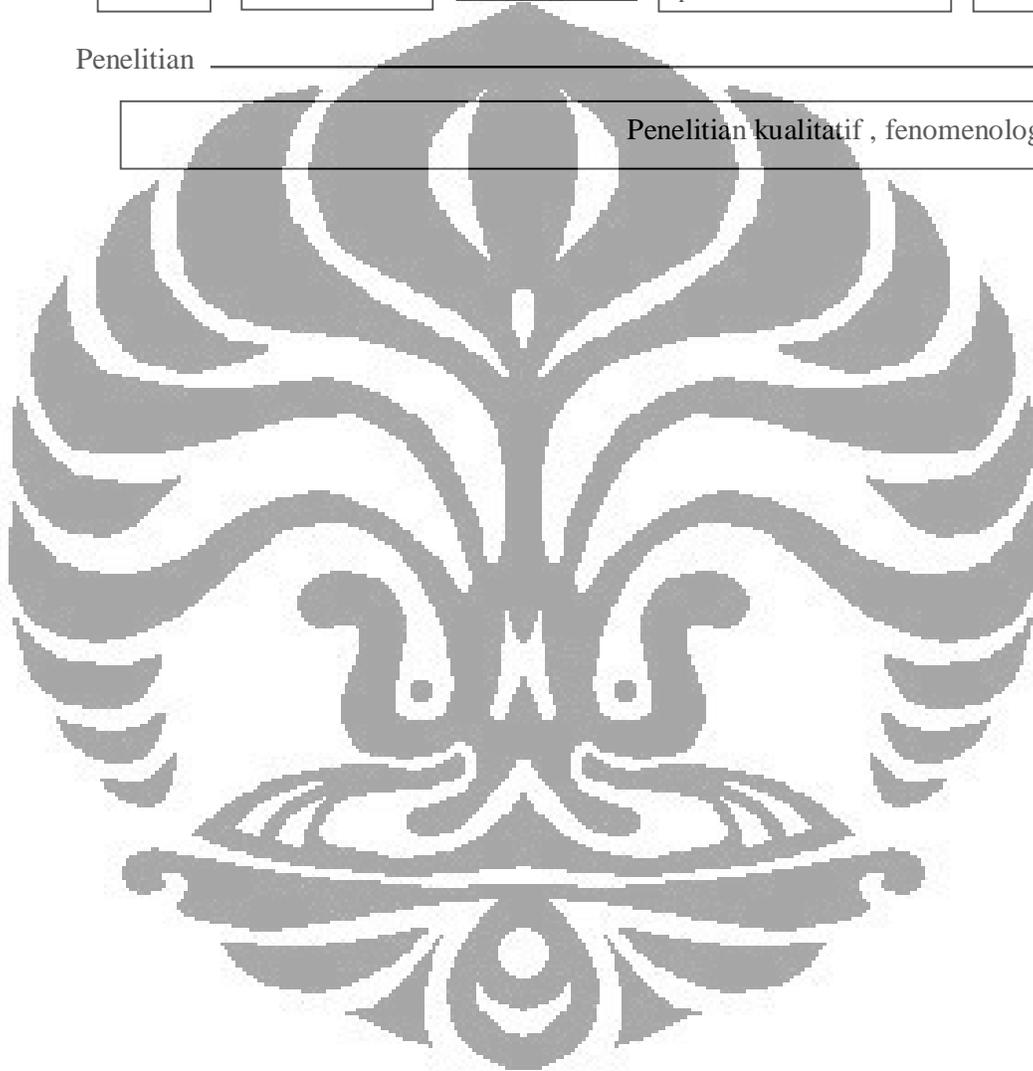
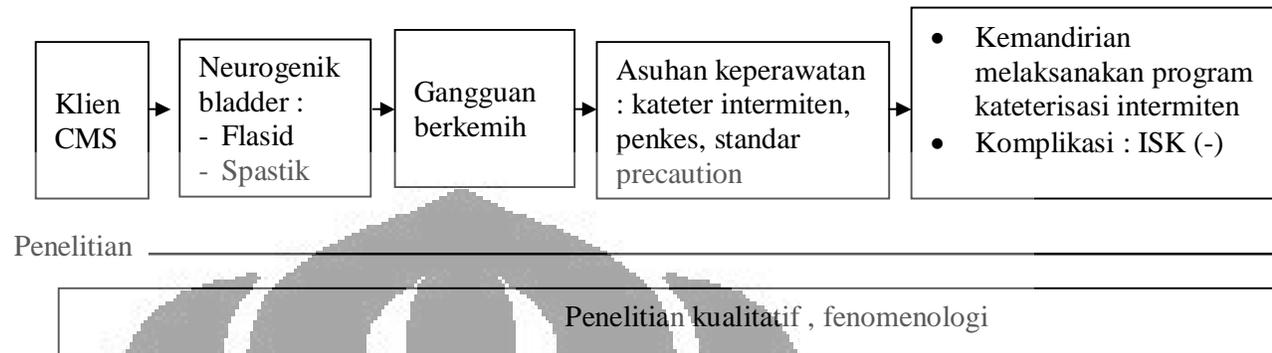
7. Komplikasi yang dialami :

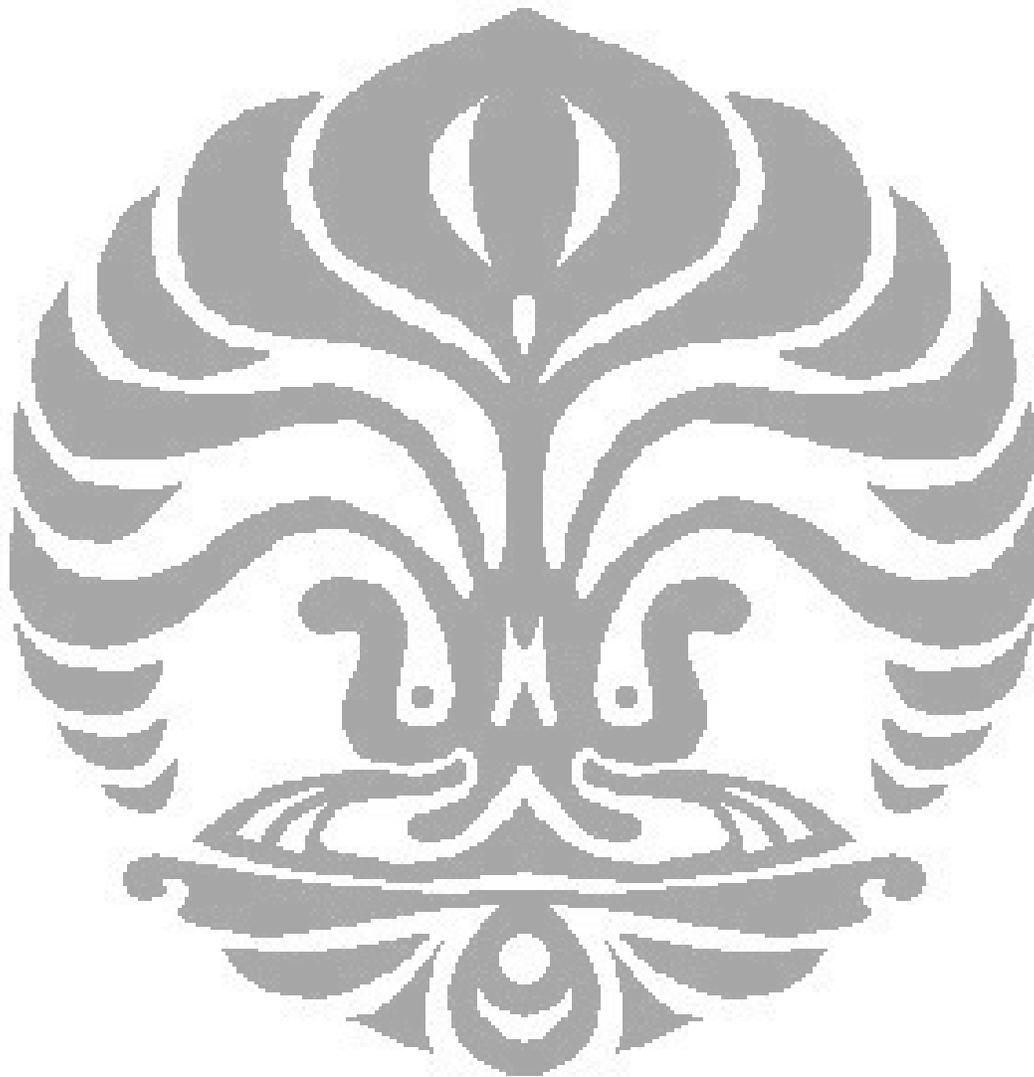


ALAT PENGUMPUL DATA

Nomor Partisipan	Usia	Jenis kelamin	Tanggal dirawat	Diagnosa medis	Level CMS		

KERANGKA PIKIR PENELITIAN





DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Umi Aisyiyah
Tempat, tanggal lahir : Danasari, 1 Juni 1967
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat Rumah : Jl. Pangkalan Jati I Gang V No 2 RT 005 RW 013 Kel.
Cipinang Melayu. Kec. Makasar. Jakarta Timur
Alamat Institusi : RSUP Fatmawati. Jl. RS Fatmawati, Cilandak Jakarta Selatan
Riwayat Pendidikan :

1. Madrasah Ibtidaiyah Muhammadiyah Majenang lulus tahun 1980
2. SMP Muhammadiyah Majenang lulus tahun 1983
3. SMA Muhammadiyah Majenang lulus tahun 1986
4. Akademi Keperawatan DEPKES lulus tahun 1989
5. S-1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan:

RSUP Fatmawati tahun 1990 – sekarang

1. Ruang Perawatan Bayi tahun 1990
2. Ruang Rawat Utama/ VIP tahun 1991
3. Ruang Perawatan Jantung dan Syaraf tahun 1991
4. Ruang Perawatan Anak tahun 1992
5. Ruang Haemodialisis tahun 1992-2000
6. Komite Keperawatan tahun 2003 – 2006
7. Instalasi Orthopaedi dan Rehabilitasi tahun 2006 sampai sekarang

