

**APLIKASI *HYPNOPARENTING* UNTUK MENGATASI GANGGUAN  
ELIMINASI URINE PADA ANAK DENGAN *ENURESIS***

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai  
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun oleh:  
Ria Anggraeni  
NPM. 16.0601.0043

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

2019

## HALAMAN PERSETUJUAN


### Karya Tulis Ilmiah

#### **APLIKASI HYPNOPARENTING UNTUK MENGATASI GANGGUAN ELIMINASI URINE PADA ANAK DENGAN ENURESIS**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing, serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.



Pembimbing II



Dwi Sulistyono, BN., M.Kep  
NIK. 937108060

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Ria Anggraeni  
NPM : 16.0601.0043  
Program Studi : Program Studi Keperawatan (D3)  
Judul KTI : Aplikasi *Hypnoparenting* Untuk Mengatasi Gangguan Eliminasi Urine Pada Anak Dengan *Emuresis*

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

### TIM PENGUJI:

Penguji Utama : Ns. Reni Mareta, M.Kep (.....)

Penguji : Ns. Septi Wardani, M.Kep (.....)

Pendamping I

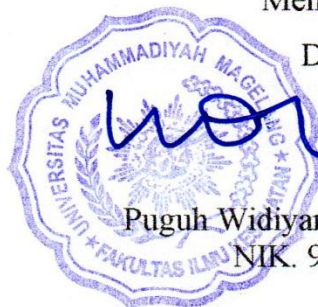
Penguji : Dwi Sulistyono, BN., M.Kep (.....)

Pendamping II

Ditetapkan di : Magelang  
Tanggal : 17 Juli 2019

Mengetahui,

Dekan



Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep.  
NIK. 947308063

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Aplikasi *Hypnoparenting* Untuk Mengatasi Gangguan Eliminasi Urine Pada Anak Dengan *Enuresis***”. Adapun tujuan penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk mencapai gelar ahli madya pada D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penulis banyak mengalami berbagai kesulitan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah, berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan terima kasih kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep, Ketua Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Sekaligus sebagai penguji 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusun Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Septi Wardani., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Dwi Sulistyono, BN., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Bapak saya Seneng Nugroho dan ibu saya Khotimah serta sahabat saya yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat buat penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moral, material maupun spiritual, sehingga penyusun Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
7. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan kritik serta saran.

Penulis memohon perlindungan kepada Allah SWT dan berharap laporan ini bermanfaat bagi semuanya.

Wassalamualaikum wr.wb

Magelang, 17 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah .....	4
1.3 Pengumpulan Data.....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Konsep <i>Enuresis</i> .....	6
2.2 Inovasi <i>Hypnoparenting</i> Untuk Mengatasi Inkontinensia Urine Aliran Berlebih .....	18
2.3 SOP <i>Hypnoparenting</i> .....	22
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
BAB 3 LAPORAN KASUS.....	26
3.1 Pengkajian .....	26
3.2 Analisa Data .....	29
3.3 Diagnosis Keperawatan .....	30
3.4 Rencana Keperawatan .....	30
3.5 Implementasi .....	31
3.5 Evaluasi .....	33
BAB 4 PEMBAHASAN .....	34
4.1 Pengkajian .....	34
4.2 Diagnosis Keperawatan .....	35
4.3 Intervensi .....	36

4.4 Implementasi .....	37
4.5 Evaluasi .....	38
BAB 5 PENUTUP.....	40
5.1 Kesimpulan.....	40
5.2 Saran.....	41
DAFTAR PUSTAKA .....	42

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	25
---------------------------------------	----



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi sistem perkemihan.....	6
Gambar 2.2 <i>Pathway</i> .....	16

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Booklet .....	44
Lampiran 2. Kuesioner.....	48
Lampiran 3. Asuhankeperawatan .....	49
Lampiran 4. Informed Consent .....	66
Lampiran 5. Formulir Bukti ACC .....	67
Lampiran 6. Formulir Pengajuann Judul .....	68
Lampiran 7. Formulir Bukti Penerimaan Naskah Uji Kti .....	69
Lampiran 8. Pernyataan Perbaikan.....	70
Lampiran 9. Lembar Konsul .....	71
Lampiran 10. Persetujuan Publikasi .....	75
Lampiran 11. Undangan Uji Karya Tulis Ilmiah .....	76

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Enuresis* atau mengompol merupakan pengeluaran air kemih secara *involunter* dipakaian maupun tempat tidur pada siang atau malam hari, yang terjadi dua sampai lima kali dalam seminggu selama 3 bulan (Nasution, 2016). Penyakit ini ditandai dengan berkemih tanpa disadari pada pakaian atau saat di tempat tidur dan sulit memulai tidur pada fase *REM* pada siang hari (Setiadi, 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 memperkirakan saat ini terdapat 5-7 juta anak di dunia mengalami *enuresis* dan sekitar 15%-25% terjadi pada usia kurang dari 5 tahun (Setiowati & Pawestri, 2018). Menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 jumlah balita di Indonesia diperkirakan mencapai 30% dari 250 juta jiwa penduduk Indonesia dan yang masih mengompol dan sampai usia prasekolah mencapai 46% dari 75 juta jiwa. Kejadian anak mengompol lebih besar jumlah persentase anak laki-laki yaitu 60% dan anak perempuan 40% (Riskesdas, 2013).

Usia prasekolah adalah usia diantara periode umur 4 sampai 6 tahun, waktu di mana kekritisian dalam perkembangan emosional dan psikologi anak dan merupakan masa paling aktif, di mana banyak permasalahan yang akan dihadapi orang tua salah satunya adalah masalah berkemih yaitu *enuresis* (mengompol). Usia yang sering terjadi mengompol adalah usia 5 tahun (Astuti, Widayati, & Isfaizah, 2019).

Penyebab *enuresis* adalah dari faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer yaitu disebabkan oleh genetik, penurunan produksi *antideuretik hormone* (ADH), gangguan maturasi sistem saraf atau keterlambatan pengenalan dan respon terhadap sensasi kandung kemih saat penuh, gangguan *urodinamik* yaitu karena kapasitas fungsional kandung kemih anak *enuresis* lebih kecil, dan gangguan

tidur. Faktor sekunder yaitu disebabkan karena ibu tidak melatih *toilet training*. Faktor psikologis disebabkan karena stress lingkungan akibat perpindahan ke lingkungan baru, kelahiran adik baru, dan hospitalisasi (Soetjiningsih & Renuh, 2015).

Masalah keperawatan yang muncul pada *enuresis* adalah gangguan eliminasi urine karena pelepasan *antideuretik hormone* (ADH) yang rendah pada malam hari mengakibatkan produksi urine meningkat. Produksi urine yang tinggi akan melampaui kapasitas fungsional kandung kemih sehingga terdapat dorongan untuk berkemih. Pada anak yang mengalami *enuresis* tidak dapat merasakan reflek untuk berkemih akibat *imaturitas* sistem saraf pusat sehingga urine keluar secara *involunter*. Gangguan eliminasi urin adalah kondisi di mana seseorang mengalami gangguan dalam pola berkemih atau disfungsi eliminasi urin, yaitu gangguan fungsi organ organ eliminasi seperti ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra. Penyakit ini dapat memberikan pengaruh buruk secara psikologis dan social. Anak akan mengalami gangguan perilaku, merasa rendah diri, tidak percaya diri, dan hubungan sosial dengan teman akan terganggu. Apabila masalah *enuresis* diabaikan dan tidak segera diatasi hal ini akan berdampak terhadap perkembangan anak (Setiowati & Pawestri, 2018).

Penatalaksanaan pada anak *enuresis* dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Pengobatan farmakologi yaitu dengan pemberian obat antidiuretik yang mampu meningkatkan reabsorpsi air seperti desmopressin, obat ini bekerja mengurangi produksi urine pada malam hari dan mengurangi tekanan dalam kandung kemih. Penanganan non farmakologi yaitu menganjurkan kencing sebelum tidur dan mengurangi minum yang dikonsumsi 2 jam sebelum tidur. Penanganan bisa dilakukan menggunakan terapi, yaitu terapi motivasi, terapi perilaku, dan psikoterapi. Penanganan dengan terapi motivasi salah satunya dengan menggunakan *hypnoparenting*. *Hypnoparenting* merupakan salah satu pembinaan anak dengan memperhatikan pengaruh *hypnosis* dengan rekaman positif atau sugesti pada jiwa bawah sadarnya. Hal yang dibutuhkan dalam

*hypnoparenting* adalah komitmen orang tua untuk rutin memberikan sugesti positif. Prinsipnya yaitu mengucapkan kata-kata sugestif berulang-ulang kepada anak saat otak berada dalam gelombang *alpha* yaitu pada kondisi relaks atau istirahat, mengantuk dan mata mulai tertutup, serta ketika otak berada di gelombang *theta* yaitu dalam keadaan tidur ringan (Astuti, Widayati, & Isfaizah, 2019). Tujuan *hypnoparenting* adalah memberi sugesti positif anak untuk merubah kebiasaan mengompol (Akbar, 2017).

*Enuresis* sangat cepat diatasi dengan memberikan sugesti pada anak melalui alam bawah sadar. Dimana alam bawah sadar ini akan cepat memberikan perubahan. Menurut Silawati & Yanti (2015) *hypnoparenting* mempunyai waktu keberhasilan yang terbaik yaitu saat menjelang tidur karena otak berada dalam gelombang *alpha* sehingga *Reticular Analysis System* (RAS) terbuka lebar dan sugesti lebih mudah ditanamkan. Menurut Anugraheni (2017) terdapat pengaruh penggunaan *hypnoparenting* terhadap frekuensi *enuresis* karena pola asuh orang tua dengan *sounding* sangat mempengaruhi perilaku anak termasuk menciptakan rasa tanggung jawab anak terhadap aktivitas *toileting*.

Didukung oleh Astuti, Widyawati, & Isfaizah (2019) bahwa *hypnoparenting* efektif untuk menurunkan frekuensi *enuresis* karena menanamkan sugesti pada jiwa bawah sadar anak yang cenderung belum mampu berfikir logis dan merespon terhadap stimulus yang dapat menerima tanpa pertimbangan terlalu jauh menjadikan tindakan dan sikap orang tua dapat masuk dengan mudahnya di pemikiran bawah sadar anak tanpa disaring, sehingga sugesti positif tersebut dapat merubah kebiasaan mengompol anak. Semakin sering dilakukan *hypnoparenting* maka kejadian *enuresis* akan semakin berkurang bahkan tidak terjadi. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Aplikasi *Hypnoparenting* Untuk Mengatasi Gangguan Eliminasi Urine Pada Anak Dengan *Enuresis* “.

## **1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini adalah untuk memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan karya inovasi *hypnoparenting* untuk mengatasi gangguan eliminasi urin pada anak dengan *enuresis*.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini yaitu:

1.2.2.1 Melakukan pengkajian komprehensif pada anak dengan *enuresis*.

1.2.2.2 Melakukan identifikasi dan merumuskan diagnosis keperawatan pada anak dengan *enuresis*.

1.2.2.3 Membuat intervensi keperawatan yang sesuai untuk menangani masalah pada anak dengan *enuresis* menggunakan *hypnoparenting* untuk mengatasi gangguan eliminasi urine.

1.2.2.4 Melakukan implementasi keperawatan pada anak dengan *enuresis* menggunakan *hypnoparenting* untuk mengatasi gangguan eliminasi urine.

1.2.2.5 Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada anak dengan *enuresis*.

1.2.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada anak dengan *enuresis*.

## **1.3 Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang penulis gunakan yaitu sebagai berikut :

### **1.3.1 Observasi-Partisipasif**

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan pengkajian secara langsung dan berpartisipasi dalam melakukan perawatan pada anak yang mengalami *enuresis*.

### **1.3.2 Interview**

melakukkann pengumpulan data dengan cara tanya jawab.

### **1.3.3 Studi Literatur**

Penulis melakukan pengumpulan data dengan referensi jurnal, buku, dan media lainnya terkait dengan *enuresis*.

## **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

### 1.4.1 Bagi profesi keperawatan

Hasil laporan ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk dipraktikkan dalam mengelola pasien dengan *enuresis* pada anak menggunakan inovasi *hypnoparenting* untuk mengatasi gangguan eliminasi urine.

### 1.4.2 Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan untuk menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada anak dengan *enuresis*.

### 1.4.3 Bagi Masyarakat

Dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi keluarga atau masyarakat serta mampu menerapkan inovasi *hypnoparenting* dalam melakukan penanganan terhadap anak dengan *enuresis*.

## BAB 2

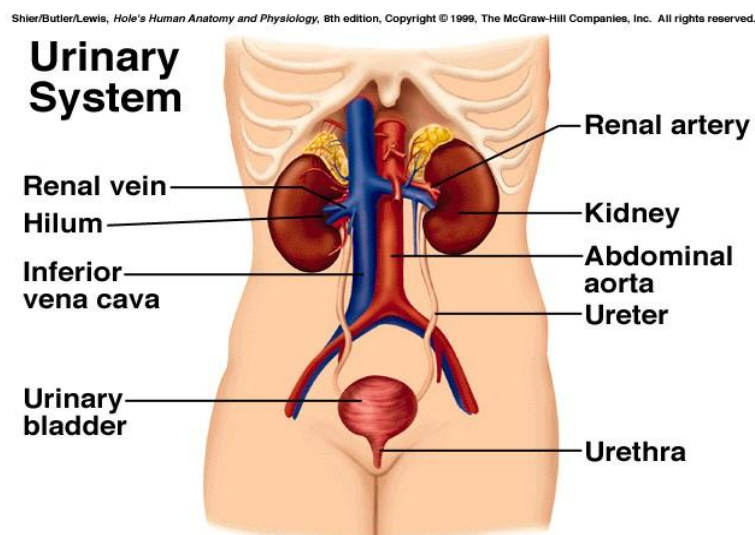
### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Enuresis*

##### 2.1.1 Pengertian

*Enuresis* atau mengompol merupakan pengeluaran air kemih secara *involunter* dipakaian maupun tempat tidur pada siang atau malam hari, yang terjadi dua sampai lima kali dalam seminggu selama 3 bulan. Penyakit ini ditandai dengan berkemih tanpa disadari pada pakaian atau tempat tidur (Nasution, 2016). *Enuresis* merupakan suatu kondisi yang terjadi karena keterlambatan pematangan sistem saraf pusat dalam menyuplai kandung kemih dan mengakibatkan tidak ada reflek ketika kandung kemih penuh (Siregar & Minatun, 2011). *Enuresis* adalah pengeluaran urin secara *involunter* dan berulang, yang pada usia 5 tahun diharapkan anak dapat mengontrol proses buang air kecil (Soetjningsih & Renuh, 2015).

##### 2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Perkemihan



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Perkemihan

[https://www.slideshare.net/mobile/Rizki\\_nisfie/anatomi-sistem-perkemihan-5754](https://www.slideshare.net/mobile/Rizki_nisfie/anatomi-sistem-perkemihan-5754)



### 2.1.2.1 Ginjal

Ginjal merupakan sepasang organ berbentuk seperti kacang buncis dengan ukuran 12 cm x 7 cm dan memiliki berat 120 sampai 150 gram. Dalam kondisi normal, ginjal kiri lebih tinggi 1,5 sampai 2 cm dari ginjal kanan karena posisi anatomi hati (Potter & Perry, 2012). Fungsi ginjal adalah untuk mempertahankan keseimbangan antara cairan, osmotik, dan ion, mengeluarkan zat-zat toksis atau racun, mempertahankan keseimbangan kadar asam dan basa, mengeluarkan sisa-sisa metabolisme akhir dari protein ureum, kreatinin, dan amoniak serta fungsi hormonal dan metabolisme (Syaifuddin, 2012).

#### a. Struktur ginjal

##### 1) *Glomerulus*

*Glomerulus* adalah suatu jaringan yang berfungsi untuk tempat *filtrasi* sebagian air dan zat yang terlarut dari darah yang melewatinya.

##### 2) *Kapsul Bowman*

*Kapsul bowman* adalah bagian dari *tubulus* yang melingkupi *glomerulus* untuk mengumpulkan cairan yang disaring oleh kapiler *glomerulus*

##### 3) *Tubulus*

*Tubulus* terbagi menjadi 3 yaitu *tubulus proksimal*, *tubul distal*, dan *ansa henle*. *Tubulus proksimal* berfungsi mengadakan *reabsorpsi* bahan-bahan dari cairan *tubuli* dan mensekresikan bahan-bahan ke dalam cairan tubuh. *Tubulus distal* berfungsi dalam *reabsorpsi* dan *sekresi* zat-zat tertentu. *Ansa henle* terdiri dari *pars descendens* dan *pars ascendens*. *Pars descendens* yaitu bagian yang menurun terbenam dari korteks ke medulla, dan *pars ascendens* yaitu bagian yang naik kembali ke korteks.

### 2.1.2.2 Ureter

Ureter adalah organ yang berbentuk tabung kecil terdiri dari 2 saluran pipa masing-masing bersambung yang berfungsi mengalirkan urine dari *pielum* ginjal ke dalam kandung kemih. Panjangnya 25-30 cm dengan penampang 0,5 cm. Ureter sebagian terletak pada rongga abdomen dan sebagian lagi terletak pada rongga *pelvis* (Muttaqin, Arif, & Sari, 2014). Lapisan dinding ureter terdiri dari dinding

luar jaringan ikat/fibrosa dan lapisan tengah lapisan otot polos. Lapisan dinding ureter menimbulkan gerakan-gerakan peristaltik setiap 5 menit sekali yang akan mendorong air kemih masuk ke dalam kandung kemih. Gerakan peristaltik mendorong urine melalui ureter yang dikeluarkan oleh ginjal dan disemprotkan dalam bentuk pancaran melalui *ostium uretralis* masuk ke dalam kandung kemih (Syarifuddin, 2012).

### 2.1.2.3 Vesika Urinaria ( kandung kemih )

Kandung kemih merupakan organ berongga berbentuk seperti kerucut dan berotot yang dapat mengembang dan mengempis seperti balon karet. Organ ini berfungsi menampung urine sebelum dikeluarkan. Dalam menampung urine, kandung kemih mempunyai kapasitas maksimal. Pada orang dewasa kurang lebih 300-450 ml dan pada anak-anak antara 50-200 ml. Pada saat kosong, kandung kemih terletak di belakang *simfisis pubis* dan saat penuh berada di atas *simfisis* (Muttaqin et al., 2014).

a. Bagian kandung kemih terdiri dari:

- 1) *Fundus*, yaitu bagian yang menghadap ke arah belakang dan bawah, bagian ini terpisah dari *rectum* oleh *spatium rectovesikale*.
- 2) *Korpus*, yaitu bagian antara *vertex* dan *fundus*.
- 3) *Vertex*, yaitu bagian yang berhubungan dengan *ligamentum vesika umbilicalis*.

b. Lapisan dinding kandung kemih terbagi menjadi 4, yaitu:

- 1) *Serosa/peritonium* merupakan lapisan terluar yang berupa perpanjangan lapisan peritoneal rongga pelvis.
- 2) Otot *detrusor*, yaitu lapisan tengah yang tersusun dari berkas-berkas otot polos yang membentuk sudut agar kontraksi kandung kemih serentak ke segala arah. Otot *detrusor* ini terdiri dari serat-serat otot polos, yaitu lapisan dalam berupa *longitudinal*, tengah *sirkular*, dan luar *longitudinal*.
- 3) *Submukosa*, berupa jaringan ikat dibawah mukosa dan berhubungan dengan *muskularis*.
- 4) *Mukosa*, yaitu lapisan terdalam berupa *epitel transisional*.

#### 2.1.2.4 Uretra

Uretra merupakan tabung yang menyalurkan urine keluar dari kandung kemih melalui proses miksi, organ ini juga berfungsi dalam menyalurkan cairan mani. Pada laki-laki uretra berjalan berkelok-kelok melalui tengah-tengah prostat kemudian menembus lapisan fibrosa yang menembus tulang *pubis* ke bagian penis, panjangnya sekitar 20 cm. Uretra pada laki-laki terdiri dari uretra *prostatica*, uretra *membranosa* dan uretra *kavernosa* dan terdiri dari lapisan mukosa dan lapisan sub mukosa. Uretra pada wanita terletak di belakang *simfisis pubis*, berjalan miring sedikit ke arah atas, panjangnya sekitar 3-4 cm, terdiri dari lapisan *tunika muskularis*, lapisan *spongeosa* merupakan *pleksus* dari vena-vena, dan lapisan mukosa.

Uretra dilengkapi oleh *sfincter uretra interna* yang terletak pada perbatasan kandung kemih dan uretra, dan *sfincter eksterna* terletak pada perbatasan uretra *anterior* dan *posterior*. *Sfincter interna* terdiri atas otot polos yang dipersarafi oleh sistem simpatik sehingga pada saat kandung kemih penuh, *sfincter* ini terbuka. *Sfincter eksterna* terdiri atas otot bergaris dipersarafi oleh sistem somatik yang dapat diperintah sesuai dengan keinginan seseorang. Pada saat BAK *sfincter* ini terbuka, dan tertutup pada saat menahan urine (Muttaqin et al., 2014).

#### 2.1.2.5 Fisiologi Sistem Perkemihan

a. Tahap-tahap pembentukan urine menurut Syaifuddin (2012) adalah :

##### 1) Proses *filtrasi*

Pembentukan urine diawali dengan proses *filtrasi* darah di *glomerulus*. *Filtrasi* merupakan perpindahan cairan dari *glomerulus* menuju ruang *kapsul bowman* dengan menembus membran *filtrasi*. Di dalam *glomerulus*, sel-sel darah, trombosit, dan sebagian besar protein plasma disaring dan diikat agar tidak ikut dikeluarkan. Hasil penyaringan tersebut berupa urine primer. Kapiler yang berpori-pori dan sel-sel *kapsula* yang terspesialisasi bersifat *permeabel* terhadap air dan zat-zat terlarut yang kecil, namun tidak terhadap sel darah atau protein plasma, dengan demikian *filtrat* dalam *kapsula bowmen* mengandung garam,

glukosa, asam amino, vitamin, zat buangan bernitrogen, dan molekul-molekul kecil lainnya.

### 2) Proses *Reabsorpsi*

*Reabsorpsi* adalah proses penyerapan kembali *filtrat glomerulus* yang masih bisa digunakan oleh tubuh. Bagian yang berperan dalam proses ini meliputi sel-sel *epitalium* pada *tubulus kontortus proksimal*, *lengkung henle* dan *tubulus distal*. *Reabsorpsi* terjadi di *tubulus kontortus proksimal* dan *tubulus kontortus distal*. *Tubulus kontortus proksimal* lebih diutamakan *reabsorpsi* glukosa, asam amino dan air yang dilakukan dengan proses osmosis. *Reabsorpsi* yang terjadi di *tubulus kontortus distal* yaitu *reabsorpsi* ion natrium dan air. *Reabsorpsi* zat-zat tertentu dapat terjadi secara *transfor aktif* dan *difusi* di *tubulus proksimal*. Zat-zat penting bagi tubuh yang secara aktif di *reabsorpsi* adalah garam-garam tertentu, asam amino, glukosa, asam asetoasetat, hormon dan vitamin.

### 3) *Augmentasi*

Proses ini terjadi dari sebagian *tubulus kontortus distal* sampai tubulus pengumpul. Pada tubulus pengumpul masih terjadi penyerapan ion dan urea sehingga terbentuklah urine sesungguhnya. Dari tubulus pengumpul, urine yang dibawa ke *pelvis renalis* lalu dibawa ke ureter. Dari ureter, urine dialirkan menuju *vesika urinaria* yang merupakan tempat penyimpanan urine sementara.

### b. Proses Miksi :

Pada saat *vesika urinaria* penuh, maka reseptor pada dinding *vesika urinaria* akan memulai kontraksi *musculus detrussor* yang mengakibatkan relaksasi *musculus pubcoccygeus* dan pengurangan topangan kekuatan uretra yang menghasilkan beberapa kejadian. Kejadian tersebut yang pertama adalah membukanya *meatus internus* menyebabkan perubahan sudut *urtetrovesical* kemudian bagian atas uretra akan terisi urine. Urine bertindak sebagai iritan sehingga *musculus detrussor* berkontraksi lebih kuat. Urine didorong ke uretra pada saat tekanan abdominal meningkat sehingga terjadi pembukaan *spincter extemus* dan urine akan keluar. Penghentian aliran urine dimungkinkan karena *musculus pubocooygeus* yang bekerja dibawah pengendalian secara *volunter*, *musculus*

*pobococcygeus* mengadakan kontraksi pada saat urine mengalir, *vesika urinaria* tertarik keatas, uretra memanjang, *musculus spincter externus* dipertahankan tetap dalam keadaan kontraksi (Syaifuddin, 2012).

### 2.1.3 Etiologi *Enuresis*

Menurut Soetjiningsih & Renuh (2015) penyebab *enuresis* terdiri dari faktor primer adalah :

#### 2.1.3.1 Faktor primer :

##### a. Faktor genetik

Penyebab keterlambatan dalam pematangan dan perkembangan kandung kemih sering dikaitkan dengan kelainan genetik *autosomal dominan* yang terletak pada kromosom 12 q (gen *ENUR-2*) dan 13 q (*ENUR-1*). Sekitar 50% ditemukan riwayat keluarga. Apabila 1 orang tua pernah menderita *enuresis* maka 44% anak mempunyai risiko *enuresis*, sedangkan apabila kedua orang tua pernah menderita *enuresis*, maka risiko meningkat menjadi 77%.

##### b. Gangguan produksi *antideuretik hormone* (ADH)

Pada pasien *enuresis* terjadi penurunan sekresi hormon antideuretik pada malam hari yang diakibatkan karena penurunan *reabsorpsi solute* yang aktif secara osmotik terutama ion natrium. Adanya peranan hormon ini dibuktikan dengan efektifitas desmopressin sebagai terapi *enuresis*.

##### c. Gangguan *maturasi* sistem saraf

Gangguan *maturasi* ini berupa keterlambatan pengenalan dan respon terhadap sensasi kandung kemih saat penuh. Keterlambatan ini dapat disebabkan karena *imaturasi* neurofisiologi sistem saraf pusat atau karena keterlambatan proses belajar mengatur buang air kecil.

##### d. Gangguan *urodinamik*

Kapasitas kandung kemih pada *enuresis* dan normal sesungguhnya sama, namun kapasitas fungsional kandung kemih anak *enuresis* lebih kecil daripada anak

normal. Sekitar 85% anak enuresis memiliki kapasitas fungsional kandung kemih yang kecil, bersifat alami dan bukan karena kelainan anatomi. Pada anak enuresis terjadi aliran (*ureteric jet*) yang *imatur* dengan pola *monofasik*. Penelitian Medel menunjukkan bahwa 49% anak *enuresis monosimatomatik* dan 72% anak *enuresis polisimatomatik* mengalami *instabilitas detrusor* yang menyebabkan terjadinya mengompol pada malam hari.

#### e. Gangguan tidur

Pada anak yang mengalami *enuresis* ditemukan adanya tidur *delta* atau tidur yang lebih dalam selama episode basah. Pada saat terjadi episode kering, didapatkan anak mengalami fase tidur yang lebih *superfisial*, adanya kesulitan bangun tidur. Anak yang mengalami enuresis sering mengalami gangguan tidur yaitu *parasomnia*, tidur berjalan (*sleepwalking*) dan *terror* di malam hari (*night terror*). Enuresis dapat dibagi 3 tipe yaitu tipe I, IIa, dan IIb. Pada tipe I terdapat sensasi *transmisi* penuh pada kandung kemih dan pusat pengaturan bangun tidur aktif. Perjalanan dari tidur yang ringan ke proses bangun tidur tidak terjadi. Pada tipe IIa terjadi sensasi *transmisi* penuh pada kandung kemih yang penuh, tetapi tidak terjadi aktivasi pusat pengatur bangun tidur, sehingga tetap tidur dalam. Pada tipe IIb tidak terjadi *transmisi* sensasi penuh pada kandung kemih yang efektif karena ada gangguan primer pada kandung kemih.

#### 2.1.3.2 Faktor sekunder :

Menurut Soetjningsih & Renuh (2015) penyebab enuresis terdiri dari faktor sekunder adalah :

##### a. Faktor Ibu

Orangtua yang tidak melatih *toilet training* pada anak usia diatas 3 tahun akan menyebabkan anak mengompol dipakaian atau di tempat tidur.

##### b. Faktor Psikologis

Enuresis sekunder berupa stress psikologis yaitu perpindahan ke lingkungan baru, kelahiran adik baru, hospitalisasi, atau penyakit anak. Keadaan ini menimbulkan

*regresi control* buang air kecil. Penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan masalah psikologis antara anak yang mengalami *enuresis* dan anak normal.

#### 2.1.4 Klasifikasi *Enuresis*

Menurut Husein (2012) *enuresis* terbagi menjadi :

##### 2.1.4.1 Berdasarkan waktu :

###### a. *Nokturnal enuresis (sleep wetting/bedwetting)*

*Nokturnal enuresis* adalah mengompol yang terjadi pada malam hari. *Nokturnal enuresis* dibagi menjadi 3 tipe yaitu tipe I, IIa, dan IIb. Pada tipe I terdapat sensasi transmisi penuh pada kandung kemih dan pusat pengaturan bangun tidur teraktivasi, perjalanan dari tidur yang ringan ke proses bangun tidur tidak terjadi. Pada tipe IIa terjadi sensasi *transmisi* penuh pada kandung kemih yang penuh, tetapi tidak terjadi aktivasi pusat pengatur bangun tidur, sehingga tetap tidur dalam. Pada tipe IIb tidak terjadi transmisi sensasi penuh pada kandung kemih yang efektif karena ada gangguan primer pada kandung kemih.

###### b. *Diurnal enuresis (awake wetting)*

*Diurnal enuresis* adalah mengompol yang terjadi pada siang hari.

##### 2.1.4.2 Berdasarkan awal terjadi :

###### a. *Enuresis* primer

yaitu terjadi sejak lahir dan tidak ada periode normal dalam pengontrolan buang air kecil atau tidak kontinensia selama kurang dari 1 tahun.

###### b. *Enuresis* sekunder

yaitu terjadi setelah enam bulan sampai satu tahun dari periode di mana kontrol pengosongan urin sudah normal. Anak yang mencapai kontinensia selama kurang dari 1 tahun atau lebih lama lagi dan kemudian hilang.

### 2.1.5 Manifestasi klinis

Menurut Soetjiningsih & Renuh (2015) tanda dan gejala *enuresis* adalah :

- a. Buang air kecil yang berulang pada siang dan malam hari di tempat tidur atau pada pakaian.
- b. Terjadi 2 kali dalam 1 minggu selama lebih dari 3 bulan.
- c. Anak tersebut mencapai usia dimana berkemih secara normal seharusnya telah tercapai, yaitu usia kronologis paling sedikit 5 tahun.
- d. Gejala yang dapat menyertai adalah gejala saluran kemih (*dysuria, urgensi*, buang air kecil disfungsi) serta gejala saluran cerna (konstipasi dan *enkopresis*). Pada anak *enuresis diurnal* sering dijumpai perilaku menahan kencing, yaitu menekuk tungkai (*the squatter*), menahan kencing saat duduk dengan mengatupkan paha (*the squimmer*), melompat lompat seperti hendak menari (*the dancer*), dan diam tidak bergerak dengan wajah khawatir (*the starrer*).
- e. *Hiperaktivitas* dan gangguan perilaku cemas.

### 2.1.6 Komplikasi

*Enuresis* dapat sembuh spontan tanpa diobati pada 10-20% kasus per tahun, tetapi apabila tidak ada penanganan dan peran orang tua dapat berkembang menjadi gangguan psikogenik atau kecemasan. Penyakit ini dapat memberikan pengaruh buruk secara psikologis dan social. Anak akan mengalami gangguan perilaku *internal* ataupun *eksternal*, merasa rendah diri, tidak percaya diri, dan hubungan sosial dengan teman akan terganggu. Apabila masalah *enuresis* diabaikan dan tidak segera diatasi hal ini akan berdampak terhadap perkembangan anak (Setiowati & Pawestri, 2018).

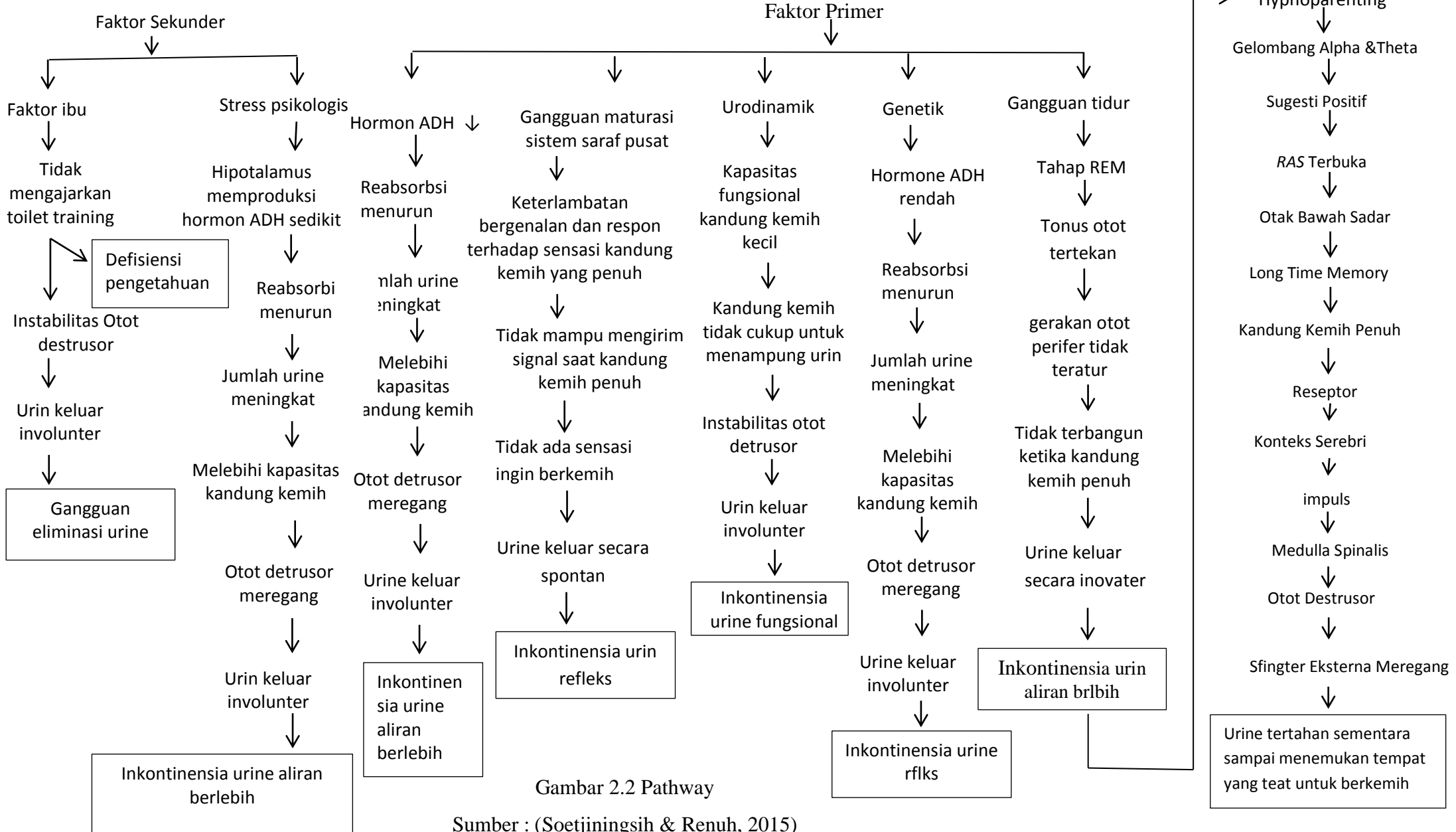
### 2.1.7 PATOFISIOLOGI

Kurangnya pelepasan *antidiuretik hormone* (ADH) pada malam hari mengakibatkan produksi urin meningkat. Produksi urin yang tinggi akan melampaui kapasitas fungsional kandung kemih. Pada anak yang mengalami keterlambatan *maturasi* sistem saraf pusat tidak mampu mengenali sensasi penuh



pada kandung kemih sehingga urine keluar secara *involunter*. Pada anak yang mengalami gangguan *urodinamik* kapasitas fungsional kandung kemih lebih kecil, sehingga menyebabkan anak tidak dapat menahan buang air kecil dalam volume urin yang normal. Pada anak yang mengalami gangguan tidur mengakibatkan perubahan pola tidur dari tidur *multifasik* menjadi periode tidur *monofasik* sehingga terjadi gangguan untuk terbangun karena tidak terjadi *transisi* dari tidur ringan terbangun komplit yang mengakibatkan anak tidak terbangun meskipun ada sensasi penuh pada kandung kemih dan menyebabkan *enuresis* (Soetjningsih & Renuh, 2015).

Etiologi Enuresis



Gambar 2.2 Pathway

Sumber : (Soetjningsih & Renuh, 2015)

## 2.1.8 PENATALAKSANAN

### 2.1.8.1 Pengobatan farmakologi

Menurut Alatas, Tambunan, & Trihono (2012) pengobatan *enuresis* secara farmakologi yaitu :

#### a. Desmopresin Acetate

Merupakan *antidiuretik* yang meningkatkan *reabsorpsi* air, mengurangi *enuresis* sampai anak dapat menahan miksi. Obat ini diberikan sebelum tidur dengan cara disemprotkan pada hidung. Kontra indikasi yaitu pada pasien dengan *thrombotic thrombocytopenic purpura*

#### b. Imipramin (Tofranil)

Mampu mengobati *enuresis* untuk jangka pendek, jika obat dihentikan dapat terjadi *relaps* dengan frekuensi sama seperti sebelumnya. Imipramin merupakan obat antidepresan trisiklik, 30% pasien *enuresis* dapat menjadi sembuh dan 85% pasien akan mengalami *enuresis* yang lebih ringan dibandingkan sebelum terapi. Respon klinis obat ini bergantung pada kadar plasma dalam darah. Efek samping yang terjadi dapat berupa iritabilitas, penurunan nafsu makan, mual dan muntah.

#### c. Obat-obat parasimpatolitik (atropine/belladona)

Berguna menurunkan tonus otot *detrusor*. Dapat juga digunakan Methaline bromide 25-27 mg sebelum tidur

#### d. Obat simpatomimetik seperti dextroamphetamine sulfat 5-10 mg sebelum tidur

### 2.1.8.2 Pengobatan non farmakologi

Menurut Soetjningsih & Renuh (2015) pengobatan secara non farmakologi yaitu :

#### a. Terapi motivasi

Terapi ini dimulai dengan memberikan pendidikan tentang *enuresis* kepada pasien dan orang tua, memberikan *handout* berupa *instruksi* yang harus dikerjakan dan catatan harian untuk mencatat kemajuan anak. Orang tua harus menyiapkan hadiah yang akan diberikan jika anak berhasil tidak mengompol. Anak dianjurkan untuk kencing sebelum tidur, mengurangi minum 2 jam sebelum tidur, dan

berpartisipasi pada kegiatan bersih bersih di pagi hari, untuk memotivasi anak agar tidak mengompol. Angka keberhasilan dengan terapi motivasi berkisar 25%-70%.

b. Terapi alarm

Terapi alarm yaitu dengan cara membangunkan anak untuk buang air kecil saat sedang tidur pada malam hari. Waktu yang terjadwal untuk membangunkan anak dapat menghasilkan episode kering dalam tidur. Cara yang kedua yaitu dengan sistem hadiah atas kemajuan yang dicapai untuk anak apabila tidak mengompol pada malam hari.

c. Terapi perilaku

Terapi perilaku yang dilakukan pada anak *enuresis* adalah mengangkat anak saat tidur sesaat sebelum waktu anak mengompol tanpa membangunkan anak.

d. Psikoterapi

Dilakukan dengan cara konseling orang tua untuk tidak menghukum anak karena *enuresis* akan memperberat keadaan anak tersebut.

## **2.2 Inovasi *Hypnoparenting* Untuk Mengatasi Inkontinensia Urine Aliran Berlebih**

*Hypnoparenting* merupakan salah satu pembinaan anak dengan memperhatikan pengaruh *hypnosis* dengan memberikan sugesti positif pada anak (Astuti, Widayati, & Isfaizah, 2019). *Hypnoparenting* adalah proses orang tua dalam mendidik anak dengan cara memanfaatkan penurunan frekuensi gelombang otak untuk diberi sugesti positif, sehingga anak menyimpan memori didalam pikiran bawah sadarnya (Akbar, 2013).

Frekuensi gelombang otak yang digunakan dalam *hypnoparenting* adalah gelombang *alpha* dan *theta*. Frekuensi *alpha* 8-12 hz merupakan frekuensi pengendali, penghubung pikiran sadar dan bawah sadar. Gelombang *alpha* adalah gelombang otak yang terjadi pada saat seseorang yang mengalami relaksasi atau mulai istirahat dengan tanda-tanda mata mulai tertutup atau mulai mengantuk. dihasilkan setiap akan tidur, tepatnya masa peralihan antara sadar dan tidak sadar. Gelombang *theta* adalah gelombang otak yang terjadi pada saat seseorang

mengalami tidur ringan, tanda-tandanya nafas mulai melambat dan dalam (Silawati & Yanti, 2015).

Tidur didefinisikan sebagai suatu keadaan bawah sadar dimana seseorang masih dapat dibangunkan dengan pemberian rangsang sensorik atau dengan rangsang lainnya. Tidur dibagi menjadi dua tahapan yaitu *Rapid Eye Movement* (REM) dan *Non-Rapid Eye Movement* (NREM). Tidur *REM* adalah kondisi normal dari tidur yang ditandai dengan gerakan cepat dan acak dari mata, seperti gelisah, aktifitas otak meningkat. Tidur *NREM* ditandai dengan penurunan sejumlah fungsi fisiologis tubuh termasuk juga metabolisme, kerja otot, pergerakan bola mata melambat dan mimpi berkurang. Tidur *NREM* terbagi menjadi empat tahapan, yaitu tahap I, tahap II, tahap III, dan tahap IV (Guyton & Hall, 2009).

*Hypnoparenting* memanfaatkan fase *Non-Rapid Eye Movement* (NREM) pada tahap I dan II karena termasuk dalam tahap tidur ringan (*light sleep*) dan dalam gelombang lambat (*slow wave sleep*). Tahap *N-REM* I merupakan awal dari siklus tidur dan merupakan tahap *transisi* antara terjaga dan tidur. Pada tahap ini otak menghasilkan amplitudo gelombang *alpha* ditandai dengan seseorang cenderung rileks, masih sadar dengan lingkungan sekitarnya, merasa mengantuk, bola mata bergerak, periode ini berlangsung dalam waktu singkat sekitar 5-10 menit. Tahap *N-REM* II merupakan tahap ketika seseorang masuk pada tahap tidur ringan, ditandai dengan otot mulai relaksasi, terjadi penurunan denyut jantung, frekuensi nafas, suhu tubuh dan metabolisme, periode ini berlangsung selama 10-20 menit (Guyton & Hall, 2009).

*Hypnoparenting* efektif untuk menurunkan frekuensi enuresis karena terapi ini dilakukan pada saat otak berada dalam gelombang *alpha* dan *theta* yaitu ketika anak dalam kondisi rileks atau istirahat yaitu saat mengantuk dan mata mulai tertutup, pada keadaan tidur ringan, dan menjelang bangun tidur. Saat itu resistansi rendah sehingga *critical factor* atau *Rectingular Activiting System* (RAS) akan terbuka, sehingga pengawasannya menjadi lemah dan semua

perhatiannya hanya tertuju pada satu titik yaitu rangsangan *eksternal* berupa sugesti positif yang di berikan orang tua. Panca indera menangkap informasi yang baru masuk dan dicerna dengan sangat cepat dan diteruskan ke otak kanan atau otak bawah sadarnya. Informasi yang ditangkap akan terekam kuat dan disimpan dalam memori otak anak dalam jangka panjang. *Simpul saraf* menstimulus *neurotransmitter* yang memproduksi hormon *endorphine*, *encyphalin*, *beta-endorphine*, *melatonin*. Hormon tersebut diserap *hipocampus* kemudian didistribusikan ke seluruh sel otak. Ketika ada rangsangan kandung kemih penuh, *korteks serebri* menyampaikan impuls yang berisi sugesti positif melalui *medulla spinalis* menuju otot *detrusor* dan menjadikan *sfincter eksterna* meregang sehingga urin tertahan sementara yang mampu mempengaruhi perubahan kebiasaan mengompol pada anak (Silawati & Yanti, 2015).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Anugraheni (2017) dari 16 anak yang dijadikan penelitian, terdapat 8 anak perempuan dan 8 anak laki laki. Dari 16 anak tersebut sebagian diberikan *hypnoparenting* dan tidak diberikan. *Hypnoparenting* dilakukan oleh orang tua dalam keadaan mood yang positif, diberikan pada anak selama 7 hari dan dilaksanakan dalam 3 waktu yaitu sebelum tidur, saat tidur ringan, dan menjelang bangun tidur. Hasil dari penelitian tersebut menjelaskan bahwa frekuensi *enuresis* mengalami penurunan setelah diberikan *hypnoparenting*. Jumlah anak yang mengalami *enuresis* berkurang lebih banyak pada kelompok yang mendapat *hypnoparenting* dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan *hypnoparenting*. Dapat disimpulkan bahwa *hypnoparenting* dapat membantu menurunkan frekuensi *enurseis* pada anak.

Menurut penelitian yang dilakukan Astuti, Widyawati, Isfaizah (2019) menunjukkan bahwa *hypnoparenting* dapat mempengaruhi otak kanan dan sugesti positif yang diberikan dapat terekam jangka panjang, di mana serabut saraf mengeluarkan perintah kepada *formation retikularis*, *thalamus* dan *sistem limbic* dan menjadikan hormon *endorphin* meningkat, ketika kandung kemih terasa penuh sugesti tersebut akan dicerna oleh *korteks serebri* dan dihantarkan oleh *medulla spinalis* kemudian merangsang *sfincter eksterna* untuk meregang dan

menjadikan urine tertahan sementara, frekuensi *enuresis* menjadi berkurang karena pengaruh *hypnoparenting*. Dalam studi yang dilakukan dengan sampel 21 anak usia 5-6 tahun, anak yang menerima *hypnoparenting* selama 1 minggu mengalami penurunan frekuensi *enuresis* dari 14 kali menjadi 6 kali, minggu ke 2 menurun menjadi 2 kali dan pada minggu ke 3 semua anak sudah berhasil tidak mengompol. Semakin sering dilakukan *hypnoparenting* maka kejadian *enuresis* akan semakin berkurang bahkan tidak terjadi.

Dalam penelitian Setiowati & Pawestri (2018) 15 anak dengan *enuresis* diaplikasikan *hypnoparenting* sebelum tidur mampu menstimulasi *neurotransmitter* agar bekerja optimal memproduksi hormon *endorphine*, *encyphalin*, *beta-endorphine*, *melatonin* kemudian memicu *hipococcus* untuk menyimpan informasi jangka panjang. Perubahan *enuresis* sangat cepat dengan memberikan sugesti positif pada anak melalui pikiran bawah sadar, cara ini lebih efektif dibandingkan memberikan sugesti dalam keadaan sadar. Otak bawah sadar merupakan *long term memory* yang akan diingat sampai jangka waktu panjang dan kapasitasnya lebih besar dibandingkan pikiran sadar. Pada orang dewasa sekitar 12% adalah otak sadar, 88% adalah otak bawah sadar. Pada anak otak bawah sadarnya adalah 95% berperan terhadap fungsi diri. Kalimat positif yang dibisikkan kepada anak akan mengarahkan ke perilaku yang positif. *Hypnoparenting* merupakan teknik yang aman, mudah untuk dilakukan dalam kehidupan sehari-hari, tidak memerlukan alat, tidak memerlukan biaya, tidak memiliki efek samping dan dapat dilakukan sendiri.

### **2.3 SOP *Hypnparenting***

#### a. Persiapan orang tua

Orang tua harus berada pada mood yang positif.

#### b. Persiapan anak

Menjadikan anak dalam keadaan rileks.

#### c. Prosedur tindakan

- 1) Lakukan kontak fisik secara kontinu yaitu dengan mengusap di kepala atau bagian tubuh sebelah kiri karena akan menstimulus otak kanan dan dengan nyanyian lembut akan menjadikan anak lebih relaks.
- 2) Bisikkan kalimat sugesti positif untuk berhenti mengompol dengan contoh :  
“Anak yang baik, semoga mimpi indah, dan saat terasa mau pipis segera bangun dan bangunin mama untuk mengantar kamu pipis di kamar mandi ya !  
atau dengan mengucapkan “Anak yang pintar, sebenarnya sudah bisa mengontrol diri sendiri loh, dan mulai sekarang kalau terasa mau pipis segera bangun dan pipis di kamar mandi ya !”
- 3) *Hypnparenting* dilakukan dalam 3 waktu, yaitu saat anak menjelang tidur atau fase tidur N-RM 1 ditandai dengan saat mngantuk dan mata mulai tertutup. tidur ringan ditandai dengan saat diberi sounding kelopak mata masih bereaksi , dan menjelang bangun tidur.
- 4) Lakukan pengulangan selama 7 hari

### **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

#### 2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Pengkajian fokus gangguan eliminasi urine menurut Alatas, Tambunan & Trihono (2012) adalah :

##### a. Pengkajian faktor primer

- 1) Menanyakan apakah terdapat riwayat mengompol pada orang tua saat masih kecil.
- 2) Menanyakan apakah terjadi keterlambatan proses belajar mengatur buang air kecil pada anak.
- 3) Menanyakan apakah anak sering mengalami gangguan tidur.



b. Pengkajian faktor sekunder

- 1) Menanyakan apakah anak mengalami stress karena perpindahan lingkungan.
- 2) Menanyakan apakah anak pernah mondok di rumah sakit.
- 3) Menanyakan apakah anak tersebut mempunyai adik baru.
- 4) Menanyakan apakah ibu sudah pernah mengajarkan toilet training pada anak.

c. Riwayat Keluarga.

Menanyakan apakah terdapat riwayat mengompol saat masih kecil pada orang tua.

d. Riwayat Pengobatan Sebelumnya.

Menanyakan apakah terdapat pengobatan sebelumnya secara medis atau alternatif .

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada bagian abdomen, *genital*, sensasi *perineal*, reflek *anal wink*, *lower spine* dan sistem *neurologis*.

2.4.1.2 Pengkajian 13 domain NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) menurut Herdman & Kamitzuru (2018) adalah :

- a. *Health promotion* : Hal yang dikaji adalah riwayat penyakit masa lalu, riwayat pemberian ASI, riwayat imunisasi, jenis obat yang pernah di konsumsi, dan bagaimana ibu mengontrol kesehatan anak.
- b. *Nutrition* : Hal yang harus dikaji adalah tanda klinis fisik anak, perkembangan anak sesuai usia, pola asupan cairan maupun nutrisi yang mempengaruhi *enuresis*.
- c. *Elimination* : Hal yang harus dikaji adalah pola pembuangan urine yaitu frekuensi, jumlah, dan ketidaknyamanan BAK. Riwayat penyakit kandung kemih , pola urine yaitu jumlah, warna, kekentalan, hingga bau urine.
- d. *Activity/rest* : Hal yang harus dikaji adalah waktu istirahat atau tidur pada anak, adanya masalah insomnia, kebiasaan olahraga serta kemandirian anak dalam

- melakukan ADL khususnya pada *toileting* apakah anak sudah mampu. Kaji kesehatan jantung dan paru yang mampu menghambat aktivitas anak.
- e. *Perception* : Kaji usia serta tingkat pendidikan anak tentang pemahaman masalah *enuresis*, penggunaan alat bantu atau pengindraan yang menghambat proses eliminasi.
  - f. *Self Relationship* : Kaji apakah ada perasaan cemas untuk melaksanakan eliminasi sendiri di toilet.
  - g. *Role Relationship* : Kaji hubungan anak dengan orang terdekat, dan bagaimana interaksi dengan orang terdekat khususnya keluarga.
  - h. *Sexuality* : Kaji perkembangan seksual pada anak.
  - i. *Coping/Stress tolerance* : Kaji perasaan sedih atau takut saat mengalami *enuresis* .
  - j. *Life Principles* : Kaji kegiatan keagamaan, partisipasi anak dalam dunia social.
  - k. *Safety* : Kaji apakah anak memiliki alergi atau penyakit autoimun serta tanda infeksi yang menyertai.
  - l. *Comfort* : Kaji apakah anak merasa tidak nyaman saat berkemih.
  - m. *Growt/development* : Kaji pertumbuhan dan perkembangan anak YAITU kognitif, komunikasi, seksual, dan moral.

## 2.4.2 Intervensi Keperawatan

Menurut Bulechek, Butcher, Dochterman, &amp; Wagner (2013)

Table 2.1 Intervensi Keperawatan

DX	NOC	NIC
<p>Inkontinensia urine aliran berlebih</p> <p>Definisi : Pengeluaran urine involunter yang dikaitkan dengan distensi kandung kemih berlebihan.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distensi kandung kemih</li> <li>▪ Kebocoran sedikit urine involunter</li> <li>▪ Nokturia</li> <li>▪ Volume residu pasca berkemih tinggi</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disnergia sfingter eksternal</li> <li>▪ Hiperkontraktilitas detrusor</li> <li>▪ Impaksi fekal</li> <li>▪ Obstruksi saluran keluarga kandung kemih</li> <li>▪ Obstruksi ureter</li> <li>▪ Program pengobatan</li> <li>▪ Prolapas pelvik berat</li> </ul>	<p>(0502) Kontinensia Urine</p> <p>Definisi: Mengendalikan eliminasi urine dari kandung kemih</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anak mampu mengenali keinginan untuk berkemih</li> <li>2. Anak mampu mengenali dengan tepat respon untuk berkemih</li> <li>3. Anak mau berkemih di toilet</li> <li>4. Anak bisa menggunakan toilet sendiri</li> <li>5. Pakaian sudah tidak basah pada siang hari</li> <li>6. Pakaian sudah tidak basah pada malam hari</li> </ol>	<p>(0612) Perawatan Inkontinensia Urin : Enuresis</p> <p>Definisi : Mendorong pengontrolan berkemih pada anak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemeriksaan fisik</li> <li>2. Wawancara pasien untuk mendapatkan data mengenai riwayat toilet training, pola berkemih, infeksi saluran kemih, dan sensitivitas makanan</li> <li>3. Kaji frekuensi, durasi dan pola enuresis</li> <li>4. Diskusikan metode yang pernah dilakukan sebelumnya, baik yang berhasil maupun gagal</li> <li>5. membatasi intake cairan</li> <li>6. menjadwalkan ke kamar mandi secara rutin dan menggunakan alarm</li> <li>7. Lakukan hypnoparenting sebelum tidur, saat tidur, dan menjelang bangun tidur</li> </ol>

## **BAB 3**

### **LAPORAN KASUS**

Asuhan Keperawatan pada An.R dengan Gangguan Eliminasi Urin dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 sampai 2 Juni 2019. Proses keperawatan dimulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengimplementasikan tindakan sampai dengan mengevaluasi tindakan keperawatan serta melakukan pendokumentasian.

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 jam 14.15 WIB, dari pengkajian tersebut didapatkan data sebagai berikut :

##### 3.1.1 Pengkajian fokus :

###### a. Pengkajian faktor primer

An.R mengalami keterlambatan proses belajar buang air kecil karena ibu mengajarkan *toilet training* pada usia 4 tahun, anak tidak mengalami gangguan tidur.

###### b. Pengkajian faktor sekunder

Klien tidak mengalami stress lingkungan dan belum pernah mondok di rumah sakit. Klien adalah anak terakhir dan tidak memiliki adik baru, ibu sudah mengajarkan *toilet training* pada anak tetapi kurang berhasil.

###### c. Riwayat Keluarga.

Ayah dan ibu klien tidak memiliki riwayat mengompol saat kecil.

###### d. Pemeriksaan Fisik

Sensasi *perineal* : Terdapat kontraksi.

Reflek *anal wink* : Ada kontraksi otot *spinctor ani* (normal).

*Lower spine* : Tidak ada nyeri punggung bawah.

Sistem *neurologis* : Normal.

### 3.1.2 Identitas klien

Data umum : Klien bernama An.R berumur 4 tahun 10 bulan 3 minggu, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, saat ini klien bersekolah di PAUD, alamat klien di Kecamatan Salam, Kabupaten Magelang.

### 3.1.3 Identitas Penanggung Jawab

Penanggung jawab dari klien adalah ibu klien bernama Ny.S, usia 32 tahun, alamat Kecamatan Salam, Kabupaten Magelang, dan bekerja sebagai IRT.

### 3.1.4 Pengkajian 13 Domain NANDA

*Health Promotion* : Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 dengan keluhan ibu mengatakan klien berkemih saat tidur pada malam hari, frekuensi sebanyak 6 kali dalam seminggu dan An.R mengatakan tidak terasa jika pipis saat tidur. Ibu mengatakan setiap sebelum tidur An.R selalu minum susu. Ibu sudah mengajarkan *toilet training* pada tetapi kurang berhasil. Nadi: 90x/menit, respirasi: 24x/menit, suhu: 36,3°C.

Ibu mengatakan An.R tidak memiliki riwayat penyakit masa lalu dan saat ini klien tidak mengonsumsi obat. An.R diberi ASI eksklusif. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dilakukan saat An.R sakit yaitu langsung dibawa ke tenaga kesehatan terdekat, klien tidak mempunyai asuransi kesehatan. Imunisasi dilakukan secara rutin, setelah lahir An.R mendapat vaksin hepatitis B. Vaksin DPT diberikan saat umur 3, 4, dan 5 bulan, vaksin polio umur 2, 3, dan 4 bulan, vaksin BCG umur 2 bulan dan vaksin campak saat umur 10 bulan.

*Nutrition: Antropometry measurement* BB 18 kg, TB 100 cm, LK 50 cm, LD 62 cm, LILA 16 cm, LP 56 cm, IMT 17 (ideal). *Biochemical* data tidak ada. *Clinical manifestation* rambut pendek, tidak rontok dan sedikit kemerahan, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, *conjungtiva* tidak anemis. *Dietary history* nafsu makan klien baik, jenis makanan nasi, lauk, pauk, sayur. Anak sering mengonsumsi snack atau makanan ringan, frekuensi makan 3x sehari. *Energy level* ibu mengatakan klien adalah anak yang aktif. *Factor influencing eating* anak suka makan telur dibandingkan makan daging atau sayur. Penilaian status gizi

cairan masuk sebelum tidur anak selalu minum susu kurang lebih 200 cc. Minuman lain meliputi air putih dan teh kurang lebih 400 cc, dan makan kurang lebih 100 cc. Cairan keluar BAK kurang lebih 360 cc, BAB kurang lebih 25 cc. Balance cairan  $700 \text{ cc} - 382 \text{ cc} = 318 \text{ cc}$ . Pemeriksaan abdomen inspeksi tidak ada luka dan jaringan perut, auskultasi bising usus 10x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi bunyi tympani.

*Elimination* : Data yang didapatkan An.R masih mengompol pada malam hari frekuensi mengompol 6 kali dalam seminggu, klien tidak terasa jika berkemih saat tidur. Klien buang air kecil 4x sehari dengan jumlah 360 cc. Ibu sudah mengajarkan *toilet training* tetapi kurang berhasil, saat tidur di malam hari ibu masih memakaikan diapers. Anak mengatakan tidak sakit saat buang air kecil, warna urine kuning bening, tidak kental, bau khas, belum pernah mengalami distensi kandung kemih. Pola eliminasi klien BAB 1x sehari, anak tidak mengalami konstipasi. Integritas kulit normal, turgor kulit klien lembab, warna kulit sawo matang.

*Activity/Rest* : Data yang didapatkan ibu mengatakan An.R selama bulan puasa suka tidur pukul 21.00 bangun pukul 03.40, tidak mengalami insomnia atau gangguan tidur. Ibu mengatakan An. R anak yang aktif suka lari-larian dan bermain sepeda. Klien tidak mengalami gangguan jantung nadi 90x/menit, tekanan vena jugularis tidak teraba, pemeriksaan jantung inspeksi dada simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi redup, auskultasi derdengar bunyi lup dup. Pemeriksaan paru-paru inspeksi dada simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi vascular.

*Perception/Cognition* : Tingkat pendidikan klien bersekolah di PAUD. Pendengaran An.R baik dan tidak menggunakan alat bantu, pengindraan klien tidak ada masalah, bahasa yang digunakan sehari-hari menggunakan bahasa Indonesia dan Jawa, tidak ada kesulitan dalam komunikasi.

*Role Relationship* : Saat An.R sakit ibu klien mengatakan merasa cemas, ibu tidak putus asa dalam menjaga anak-anaknya agar tetap sehat. An.R adalah anak ketiga, ibu mengatakan bahwa ketiga anaknya sangat dekat denganya, saat sakit klien banyak murung dan meminta digendong.

*Seksuality* : Identitas seksual anak merasa puas saat buang air kecil dan air besar, ibu mengatakan saat mandi An.R mampu menyentuh bagian tubuh yang disebutkan termasuk alat genitalia.

*Life principles* : Ibu menerapkan *life principles* dengan cara mengikuti kegiatan keagamaan yang ada di desa antara lain mengikuti TPA, saat terdengar suara adzan klien selalu mengajak ibunya untuk segera wudhu dan sholat.

*Safety/Protction* : Klien selalu mengatakan keluhan yang dirasakan kepada ibunya. An.R tidak mempunyai alergi, tidak ada infeksi.

*Comfort* : Klien selalu mengatakan keluhan yang dirasakan kepada ibunya. An.R tidak mengalami nyeri.

*Growth/Development* : Berat badan An.R 18 kg, klien tidak mengalami penurunan berat badan. Tinggi badan 100 cm, IMT 17 (ideal). Perkembangan anak diperoleh menggunakan kuesioner praskrining untuk anak usia 54 bulan bahwa interpretasi hasil KPSP yaitu, anak mampu menjawab dan melakukan tindakan yang ada pada kolom sebanyak 7, anak bisa menjawab semua pertanyaan dengan tepat. Dapat disimpulkan bahwa anak mengalami perkembangan yang baik karena sesuai KPSP jika skor 6-7 masuk dalam kategori perkembangan anak baik.

### **3.2 Analisa Data**

Berdasarkan pengkajian yang diperoleh penulis melakukan pengelompokkan data yaitu didapatkan data subyektif ibu mengatakan klien berkemih saat tidur pada malam hari dan An.R mengatakan tidak terasa jika pipis saat tidur. Data obyektif pakaian basah saat tidur, frekuensi mengompol 6 kali dalam seminggu.

Dari data diatas masalah keperawatan yang muncul adalah inkontinensiaa urin aliran berlebih yang disebabkan karena disnergia sfingter eksterna.

### 3.3 Diagnosis Keperawatan

Didapatkan diagnosis inkontinensia urin aliran berlebih yang berhubungan dengan disnergia sfingter eksterna yang dibuktikan dengan data subyektif ibu mengatakan klien berkemih saat tidur pada malam hari dan An.R mengatakan tidak terasa jika pipis saat tidur, data obyektif frekuensi mengompol 6 kali dalam seminggu, pakaian basah saat tidur.

### 3.4 Rencana Keperawatan

Intervensi (perencanaan) dari diagnosa inkontinensia urine aliran berlebih berhubungan dengan disnergia sfingter eksternal yaitu :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 kali kunjungan diharapkan masalah inkontinensia urin aliran berlebih dapat teratasi dengan kriteria hasil : Kontinensia Urin (0502) skala target outcome dipertahankan pada 2 ditingkatkan ke 4. Skala 1-5 (secara konsisten menunjukkan, sering menunjukkan, kadang-kadang menunjukkan, jarang menunjukkan, tidak pernah menunjukkan). Pakaian basah di malam hari (050213) dipertahankan dari 2 ditingkatkan ke 4, berkemih pada tempat yang tepat (050204) dipertahankan dari 3 ditingkatkan ke 1, menuju toilet diantara waktu ingin berkemih dan benar-benar ingin segera berkemih (050205) dipertahankan dari 3 ditingkatkan ke 1, mengenali keinginan untuk berkemih (050201) dipertahankan dari 3 ditingkatkan ke 1, respon berkemih sudah tepat waktu ( 050203) dipertahankan dari 4 ditingkatkan ke 1.

*Nursing Intervention Clasification* (NIC) yang dibuat adalah perawatan inkontinensia urin : enuresis (0612) terdiri dari kaji riwayat *toilet training*, pola berkemih, infeksi saluran kemih, dan sensitivitas makanan, rasionalnya untuk mengetahui apakah terdapat faktor lain yang menyebabkan mengompol pada anak. Kaji frekuensi, durasi, dan pola enuresis, rasionalnya untuk memantau apakah terjadi perubahan frekuensi mengompol pada anak. Lakukan teknik untuk



mengurangi enuresis (seperti membatasi intake cairan 2 jam sebelum tidur, menjadwalkan ke kamar mandi secara rutin), rasionalnya agar kapasitas kandung kemih dapat terkontrol sehingga meminimalisir buang air kecil saat tidur. Lakukan hypnoparenting selama 7 hari yang dilakukan sebelum tidur, saat tidur, dan menjelang bangun tidur, rasionalnya semakin sering dilakukan hypnoparenting maka frekuensi mengompol akan berkurang.

### 3.5 Implementasi

Implementasi diagnosis inkontinensia urin aliran berlebih berhubungan dengan disnergia sfingter eksternal dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pukul 14.15 WIB yaitu mengkaji riwayat *toilet training*, pola berkemih, infeksi saluran kemih, dan sensitivitas makanan, pukul 14.25 mengkaji frekuensi, durasi, dan pola *enuresis*, pukul 14.50 memberikan penjelasan kepada keluarga tentang *hypnoparenting* yang akan diberikan kepada anak, mendampingi ibu melakukan *hypnoparenting* pada pukul 21.00 menjelang tidur, pukul 21.05, dan pukul 04.30 menjelang bangun tidur. Hasil dari implementasi yang dilakukan adalah ibu mengatakan sudah mengajarkan *toilet training* pada An.R tetapi kurang berhasil, ibu mengatakan An.R tidak memiliki alergi terhadap makanan dan tidak ada infeksi, ibu mengatakan An.R mengompol pada malam hari dengan frekuensi 6 kali durasi 1 minggu, ibu mengatakan paham setelah diberi penjelasan. *Hypnoparenting* dilakukan oleh ibu, respon anak yaitu matanya berkedip saat dilakukan hypnoparenting. Lanjutkan intervensi kaji frekuensi, durasi, dan pola enuresis, lakukan teknik untuk mengurangi enuresis (membatasi intake cairan 2 jam sebelum tidur, menjadwalkan ke kamar mandi), mendampingi ibu melakukan tindakan *hypnoparenting*.

Pada hari kedua tanggal 28 Mei 2019 pukul 03.30 WIB menjelang bangun tidur, yaitu mendampingi ibu melakukan tindakan *hypnoparenting*, pukul 07.00 mengkaji frekuensi, durasi, dan pola enuresis, pukul 19.00 menganjurkan anak untuk tidak minum 2 jam sebelum tidur, pukul 20.45 menganjurkan anak untuk berkemih sebelum tidur, pukul 21.10 dan pukul 21.15 mendampingi ibu

melakukan tindakan *hypnoparenting*. Hasil dari implementasi yang dilakukan adalah anak mau buang air kecil sebelum tidur, anak menangis saat tidak boleh minum susu sebelum tidur, respon mata anak berkedip saat dilakukan *hypnoparenting* dan anak masih mengompol.

Implementasi hari ketiga tanggal 29 Mei 2019 pukul 03.30 melakukan intervensi yang sama, didapatkan hasil anak mau buang air kecil sebelum tidur anak mampu membatasi intake cairan 2 jam sebelum tidur, respon mata anak berkedip saat dilakukan *hypnoparenting* dan anak masih mengompol.

Implementasi hari keempat tanggal 30 Mei 2019 pukul 03.40 melakukan intervensi yang sama, didapatkan hasil ibu mampu melakukan *hypnoparenting*, respon anak setelah diberi *hypnoparenting* matanya berkedip, ibu mengatakan An.R tidak mengompol, anak mau buang air kecil sebelum tidur dan anak tidak minum susu 2 jam sebelum tidur.

Implementasi hari kelima tanggal 31 Mei 2019 pukul 03.25 melakukan intervensi yang sama, didapatkan hasil An.R tidak mengompol, anak mau buang air kecil sebelum tidur dan anak tidak minum susu 2 jam sebelum tidur, ibu mampu melakukan *hypnoparenting*, respon anak setelah diberi *hypnoparenting* matanya berkedip.

Implementasi hari keenam tanggal 1 Juni 2019 pukul 03.30 melakukan intervensi yang sama, didapatkan hasil yang sama yaitu anak sudah tidak mengompol, anak mampu mengontrol intake cairan 2 jam sebelum tidur dan anak mau untuk buang air kecil sebelum tidur, serta ibu sudah mampu melakukan *hypnoparenting* dengan tepat.

Implementasi hari ketujuh tanggal 2 Juni 2019 pukul 06.00 melakukan intervensi yang sama, didapatkan hasil anak sudah tidak mengompol, anak mampu mengontrol intake cairan 2 jam sebelum tidur dan anak mau untuk buang air kecil

sebelum tidur, ibu mampu melakukan *hypnoparenting* dengan tepat dan melakukannya sehari 3 kali.

### **3.5 Evaluasi**

Evaluasi dilakukan pada tanggal 2 Juni 2019, didapatkan hasil setelah dilakukan implementasi selama 7 hari anak tidak mengompol, anak mampu mengenali respon untuk berkemih, anak mampu mengenali keinginan untuk berkemih, anak mampu berkemih pada tempat yang tepat. Penulis melakukan evaluasi hari kedelapan untuk memastikan keberhasilan *hypnoparenting* didapatkan hasil anak tidak mengompol. Dari hasil evaluasi tersebut dapat disimpulkan bahwa *hypnoparenting* efektif untuk mengurangi frekuensi *enuresis* pada anak ditandai dengan penurunan frekuensi mengompol pada An.R, respon berkemih sudah tepat, anak mampu mengenali keinginan untuk berkemih, dan berkemih pada tempat yang tepat.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada An.R dengan gangguan eliminasi urin dapat disimpulkan bahwa pemberian *hypnoparenting* adalah cara yang efektif untuk menurunkan frekuensi *enuresis* pada anak. Evaluasi yaitu ibu klien mengatakan anak sudah tidak berkemih saat tidur, pakaian sudah tidak basah, mampu mengenali respon yang tepat untuk berkemih, anak mampu berkemih di tempat yang tepat. *Hypnoparenting* mampu mengatasi mengompol karena dilakukan pada saat otak berada dalam gelombang *alpha* dan *theta* yang resistansinya rendah sehingga *critical factor* atau *Rectingular Activiting System* (RAS) akan terbuka dan menangkap informasi yang baru masuk kemudian dicerna dengan sangat cepat kemudian diteruskan dan disimpan dalam memori otak jangka panjang. Terdapat keterkaitan antara otak dan kandung kemih sehingga ketika ada rangsangan dari kandung kemih, *korteks serebri* terlibat untuk pengaturan buang air kecil. Sugesti positif yang ditanamkan di otak bawah sadar akan dicerna kemudian impuls tersebut disampaikan melalui *medulla spinalis* menuju otot *detrusor* dan menjadikan *sfincter eksterna* meregang, sehingga miksi dapat dicegah atau tertahan sementara, sehingga hal tersebut akan mempengaruhi perubahan kebiasaan mengompol pada anak. Penulis dapat menyimpulkan bahwa pemberian *hypnoparenting* efektif untuk menurunkan frekuensi *enuresis* pada anak.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan**

Saran bagi pelayanan kesehatan yaitu perawat dapat melakukan tindakan keperawatan mandiri dengan melakukan *hypnoparenting* untuk mengatasi gangguan eliminasi urine pada anak dengan *enuresis*.

### **5.2.2 Bagi institusi pendidikan**

Saran bagi institusi pendidikan, setelah didapatkan hasil bahwa *hypnoparenting* efektif untuk mengatasi ngompol pada anak, maka diharapkan dapat menjadi masukkan dalam praktikum keperawatan anak.

### **5.2.3 Bagi Masyarakat**

Saran bagi masyarakat, mampu menerapkan inovasi *hypnoparenting* dalam melakukan penanganan terhadap anak yang masih mengompol.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, A. (2017). *Menjadi Orangtua Idaman Dengan Hypnoparenting*. (Rose, Ed.). Jogjakarta: Katahati.
- Anugraheni, I. (2017). Pengaruh Hypnoparenting Terhadap Frekuensi Enuresis Pada Anak Prasekolah. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 2(Januari), 50–54.
- Astuti, F. P., Widayati, & Isfaizah. (2019). Pengaruh Hypnoparenting Terhadap Penurunan Enuresis Pada Anak Usia Prasekolah. *Jurnal Siklus*, 8(Januari).
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification*. (Nurjannah & Tumanggor, Eds.) (6th ed.). Jakarta: Elsevier Global Right.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. (B. Bariid, M. Ester, & W. Praptiani, Eds.) (11th ed.). Jakarta: EGC.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed.). Jakarta: Elsevier Global Right.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan* (1st ed.). Makassar: Salemba Medika.
- Nasution, E. S. (2016). Efektifitas Modifikasi Hypnoparenting Untuk Mengatasi Enuresis Pada Anak. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 4(Januari), 60-65.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. (M. Ester, Ed.) (4th ed.). Jakarta: EGC.
- Setiowati, W., & Pawestri, N. Dela. (2018). Efektifitas Hypnoparenting Terhadap Frekuensi Enuresis. *Jurnal Darul Azhar*, 5(Juli), 60-65.
- Silawati, & Yanti, A. (2015). Pemanfaatan Hypnoparenting Dalam Merubah Kebiasaan Enuresis Pada Anak. *Jurnal Risalah*, 26(Juni), 50-56.
- Siregar, M. H., & Minatun, S. (2011). *Kamus Kedokteran Modern Cara Mudah Memahami Istilah-istilah Kedokteran*. Jogjakarta: Laksana.
- Soetjiningsih, & Renuh, I. N. G. (2015). *Tumbuh Kembang Anak* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Syaifuddin. (2012). *Anatomi Fisiologi Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Keperawatan dan Kebidanan*. (M. Ester, Ed.) (4th ed.). Jakarta: EGC.
- Tarwoto, Ratna, & Wartolah. (2015). *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.