

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M., et al. (2021). *Keperawatan gerontik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Astuti, et al. (2023). *Kesehatan lansia dan keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bahtiar, A., dkk. (2023). *Keperawatan Gerontik dan Permasalahan Lansia*. Jakarta: Penerbit Medika.
- Bahtiar, A., et al. (2023). *Keperawatan medikal bedah sistem perkemihan*. Jakarta: EGC.
- Creswell, J. W. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). Sage Publications.
- Danarto. (2021). *Urologi klinis*. Jakarta: FKUI.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, J., & Mac Habée-Séguin, G. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10),
- Hapipah, et al. (2022). *Asuhan keperawatan pada lansia dengan inkontinensia urine*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayat, A. A. A. 2021. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- International Continence Society. (2018). *Terminology of urinary incontinence*. ICS Publication.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman pelayanan kesehatan lansia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Lansia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2018). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (10th ed.). Pearson.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2020). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Lestari, R. P., Jauhar, M., & Surachmi, F. (2021). *Studi literatur: Senam Kegel efektif menurunkan frekuensi berkemih pada lansia*. Kudus: Universitas Muria Kudus.
- Maryam, S., Ekasari, M. F., Rosidawati, R., Jubaedi, A., & Batubara, I. (2018).

- Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA International. (2018). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2018–2020*. Thieme
- National Institute on Aging. (2022). *Urinary incontinence in older adults*.
- Nugroho, W. (2017). *Keperawatan gerontik dan geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Pachana, N. A., et al. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114.
- Padila. (2019). *Keperawatan gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pangastuti, N., Melati, D., Istianita, A. G., Purnomo, D. A., Indraswari, L. N., Satriagha, O. A., Putra, P., Putra, R. A. N., & Silawani, S. (2023). *Mengenal disfungsi dasar panggul pada perempuan*. Diandra Creative.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2019). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Elsevier.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 9. Jakarta: Salemba Medika.
- Quaghebeur, J., et al. (2021). Pelvic floor muscle training in urinary incontinence. *Journal of Clinical Medicine*, 10(5), 1023. Rahardjo. (2018). *Urologi*. Jakarta: FKUI.
- Reynolds, K. (2022). Relaxation therapy and anxiety management. *Journal of Nursing Care*, 15(2), 45–52.
- Sari, M., & Putri, N. (2022). *Pengaruh Senam Kegel terhadap Penurunan Inkontinensia Urine pada Lansia*. *Jurnal Keperawatan Gerontik*.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Sukmawati, et al. (2024). *Keperawatan lansia berbasis evidence*. Jakarta: EGC.
- Sumarsih, G. (2023). *Proses menua dan implikasi kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care* (9th ed.). F.A. Davis.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Wolters

Kluwer.

Wagg, A., et al. (2020). *Urinary incontinence in older adults. Lancet*, 395(10224), 709–721.

Wahyuni, S., dkk. (2021). *Efektivitas Latihan Otot Dasar Panggul terhadap Inkontinensia Urine pada Lansia. Jurnal Ilmu Keperawatan*,

Wahyuni, S., dkk. (2021). *Efektivitas Latihan Otot Dasar Panggul terhadap Inkontinensia Urine pada Lansia. Jurnal Ilmu Keperawatan*,

Wallace, S. A., et al. (2004). *Behavioral interventions for urinary incontinence. Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 715–721.

World Health Organization. (2021). *Ageing and health*.

World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*.

Lampiran 1 Kuesioner

LEMBAR KUESIONER INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TN-5
 Umur : 67 TAHUN
 Jenis kelamin : laki-laki
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Tidak bekerja
 Pendapatan : -
 Alamat : Panji Bako

Pada lembar ini terdapat 10 pertanyaan Pengisian dengan tanda (✓) pada kolom yang tersedia.

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓	
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada Inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

Total : 29

Inkontinensia urine sedang

LEMBAR KUESIONER INKONTINENSIA URINE

Nama Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Jenis kelamin : Laki - laki
 Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Petani
 Pendapatan : 1.000.000
 Alamat : Pajti BAKO

Pada lembar ini terdapat 10 pertanyaan Pengisian dengan tanda (v) pada kolom yang tersedia.

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?		✓				
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?		✓				
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1: Sangat jarang
 2: Jarang
 3: Kadang-kadang
 4: Sering
 5: Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada Inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

Total : 27

Inkontinensia urine sedang

Lampiran 2 *Informed Consent*

Lembar Persetujuan Menjadi Subjek Studi Kasus (*Informed Consent*)

Kepada Yth.
Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Desinawati berutu

NIM : P07520423006

Pekerjaan : Mahasiswa semester VI (Enam) Prodi D-III Keperawatan Dairi
Kemenkes Poltekkes Medan

Dengan ini saya akan melaksanakan penelitian dengan judul "**Penerapan Senam Kegel Untuk Mengatasi Inkontinensia Urine Pada Lansia Di Desa Sitinjo II Wilayah Kerja Puskesmas Sitinjo Kabupaten Dairi Pada Tahun 2026**" Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Menggambarkan perubahan atau perbaikan pola eliminasi urin pasien sebelum dan sesudah penerapan senam kegel.

Identitas pribadi saya sebagai subjek studi kasus penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan semua informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Selanjutnya, saya memohon kesediaan saudara/i untuk mengisi kuesioner dengan jujur dan apa adanya. Saya bersedia/tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa adanya sanksi maupun konsekuensi buruk di kemudian hari. Jika ada hal-hal yang kurang dipahami, saudara/i dapat langsung bertanya kepada peneliti. atas ketersediaan dan kerja samanya, saya ucapkan terima kasih.

Sidikalang, 30 Mei 2026

Responden


(G. Banurea)

Peneliti


(Desinawati Berutu)

Lembar Persetujuan Menjadi Subjek Studi Kasus
(Informed Consent)

Kepada Yth.
Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Desinawati berutu

NIM : P07520423006

Pekerjaan : Mahasiswa semester VI (Enam) Prodi D-III Keperawatan Dairi
Kemenkes Poltekkes Medan

Dengan ini saya akan melaksanakan penelitian dengan judul "**Penerapan Senam Kegel Untuk Mengatasi Inkontinensia Urine Pada Lansia Di Desa Sitinjo II Wilayah Kerja Puskesmas Sitinjo Kabupaten Dairi Pada Tahun 2026**" Tujuan dari penelitian ini adalah untuk Menggambarkan perubahan atau perbaikan pola eliminasi urin pasien sebelum dan sesudah penerapan senam kegel.

Identitas pribadi saya sebagai subjek studi kasus penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan semua informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Selanjutnya, saya memohon kesediaan saudara/i untuk mengisi kuesioner dengan jujur dan apa adanya. Saya bersedia/tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa adanya sanksi maupun konsekuensi buruk di kemudian hari. Jika ada hal-hal yang kurang dipahami, saudara/i dapat langsung bertanya kepada peneliti. atas ketersediaan dan kerja samanya, saya ucapkan terima kasih.

Sidikalang, 23 April 2026

Responden


Posmen Sumamora.

Peneliti


(Desinawati Berutu)

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Medan
 8 Jalan Jamin Ginting KM. 11,5
 Medan, Sumatera Utara 20136
 ☎ (061) 8368633
 🌐 <https://poltekkes-medan.ac.id>

Sidikalang, 30 Oktober 2025

Nomor : DP.04.03/F.XXII.20/404/2025
 Lamp : --
 Perihal : Permohonan Permintaan Data
 Survey Awal Penelitian

Kepada Yth,
 Kepala Dinas Kesehatan Kab. Dairi
 di_

Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini, datang menghadap Bapak/Ibu, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Dairi Poltekkes Kemenkes Medan yang bermaksud akan mengadakan survey awal penelitian melalui wawancara/menyebarkan angket/observasi dalam rangka memenuhi kewajiban penyusunan Karya Tulis Ilmiah pada Program Diploma III Keperawatan, adapun nama mahasiswa tersebut adalah :

No	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Aderani Trianita Purba	P07520423001	Penerapan Emotional Freedom Tehnique untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Lansia di Desa Sitinjo Kab. Dairi pada Tahun 2026
2.	Lasmarito Nababan	P07520423020	Penerapan Edukasi Keluarga dalam Pencegahan Resiko Stroke pada Pasien Hipertensi
3.	Desinawati Berutu	P07520423006	Penerapan Bladder Training untuk Mengatasi Inkontinensia Urine pada Lansia Benign Prostatic Hiperplasia (BPH)

Sehubungan dengan hal tersebut kami sangat mengharapkan bantuan Bapak/Ibu agar kiranya berkenan memberikan data-data/keterangan-keterangan yang berhubungan dengan penelitian dimaksud yaitu :

1. Jumlah Lansia yang mengalami Kecemasan di Kab. Dairi dari Tahun 2022 - 2024.
2. Prevalensi Jumlah Penderita Hipertensi di Kab. Dairi dari Tahun 2022 - 2024
3. Prevalensi Jumlah Lansia yang mengalami BPH di Kab. Dairi dari Tahun 2022 - 2024

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan diumumkan dan diberitahukan pada pihak lain.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Dairi
 Poltekkes Kemenkes Medan



Jojo Silaban, SST, M. Kes
 NIP. 197304182003122001

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://whs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://www.lrt.go.id> menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).



Lampiran 4 Surat Balasan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN DAIRI
DINAS KESEHATAN
Jalan Pando, Kelurahan Bintang Hulu, Sidikalang, Dairi, Sumatera Utara 22112
Laman : dinkes.dairikab.go.id, Pos-el : dinkes@dairikab.go.id

Sidikalang, 30 Oktober 2025

Nomor : 400.7/5.669/DINKES/X/2025
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Survey Awal Penelitian

Yth.: Ketua Prodi D-III Keperawatan Dairi
Poltekkes Kemenkes Medan

Tempat

Dengan Hormat, menindaklanjuti surat dari Ketua Prodi D-III Keperawatan Dairi Nomor : DP.04.03/F.XXII.20/404/2025, Hal : Permohonan Permintaan Data Survey Awal penelitian.

Maka dengan ini kami memberikan ijin untuk melakukan Penelitian Kepada Peneliti tersebut dibawah ini

Nama : Desinawati Berutu
NIM : P07520423006
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Penerapan Blendder Training untuk Mengatasi Inkontinensia Urine pada Lansia Benign Prostatic Hiperplasia (BPH).

Demikian disampaikan untuk seperlunya dan setelah selesai melaksanakan penelitian, agar menyampaikan laporan ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Dairi, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.



Ditandatangani secara elektronik
oleh :
Dr. dr. HENRY MANIK, M.Kes
Kepala Dinas Kesehatan
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 196806232000031001

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSr/E

CS Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5 Ethical Clearance



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Medan
 Komisi Etik Penelitian Kesehatan
 Jalan Jamin Ginting KM. 13,5
 Medan, Sumatera Utara 20137
 (061) 8368633
<https://poltekkes-medan.ac.id>

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

No.01.26.31.53/KEPK/POLTEKKES KEMENKES MEDAN 2026

Protokol penelitian versi 1 yang diusulkan oleh:
The research protocol proposed by

Peneliti utama : DESINAWATI BERUTU
Principal In Investigator

Nama Institusi : KOMISI ETIK POLITEKNIK
 KESEHATAN KEMENKES MEDAN
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

**"PENERAPAN SENAM KEGEL UNTUK MENGATASI INKONTINENSIA URINE PADA LANSIA DI DESA
 SITINJO II WILAYAH KERJA PUSKESMAS SITINJO KABUPATEN DAIRI PADA TAHUN 2026"**

**"IMPLEMENTATION OF KEGEL EXERCISES TO OVERCOME URINARY INCONTINENCE IN THE ELDERLY IN
 SITINJO II VILLAGE, WORKING AREA OF SITINJO COMMUNITY HEALTH CENTER, DAIRI REGENCY IN 2026"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 09 Juli 2026 sampai dengan tanggal 09 Juli 2027.

This declaration of ethics applies during the period July 09, 2026 until July 09, 2027. July 09, 2026
 Chairperson,



Dr. Lestari Rahmah, MKT

Lampiran 6 Lembar Observasi

Subjek 1

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn-S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Kamis 23 April 2026
 Pukul : 18.14 WIB
 Hari Ke : 1 Sesi 1

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?				✓						✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total						20					20		

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TN. S
 Umur : 67 TAHUN
 Hari/tanggal : Kamis, 23 April 2026
 Pukul : 11.45 WIB
 Hari Ke : 1 Sesi 2

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓						✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓						✓	
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
TOTAL							29					29	

Keterangan Skala:

0: Tidak pernah

1 : Sangat jarang

2 : Jarang

3 : Kadang-kadang

4 : Sering

5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

0-12 : Tidak ada inkontinensia urine

13-25 : Inkontinensia urine ringan

26-37 : Inkontinensia urine sedang

38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TI-S
 Umur : 67 TAHUN
 Hari/tanggal : Kamis, 23 April 2026
 Pukul : 15.23 WIB
 Hari Ke : 3 Sesi 3

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?				✓						✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total						20					20		

Keterangan Skala:

0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TN-S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Kamis, 23 April 2026
 Pukul : 10.07 WIB
 Hari Ke : 1 sesi 4.

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?				✓						✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total						20					20		

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TH-S
 Umur : 64 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 24 April 2026
 Pukul : 08.15 WIB
 Hari Ke : 2 Sesi 1

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?				✓						✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total		23					29						

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TH-S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 24 April 2026
 Pukul : 12.05 WIB
 Hari Ke : 2 Sesi 2

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓							✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?				✓							✓	
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
Total							2-5					2-8	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TN-S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 24 April 2026
 Pukul : 15.34 WIB
 Hari Ke : 2 Sesi 3

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓						✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓						✓	
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
Total							28					28	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TN-S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 24 April 2026
 Pukul : 10.00 WIB
 Hari Ke : 2 sesi 4

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?				✓					✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓						✓	
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
Total							28					27	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Th. S
 Umur : 61 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 25 April 2026
 Pukul : 08.00 WIB
 Hari Ke : 3 Scvi 3

No	Pertanyaan	Pre test						Post test					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓					✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
Total													

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : TN S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 25 April 2026
 Pukul : 12.09 WIB
 Hari Ke : 3 SKI 2

No	Pertanyaan	Pre test						Post test					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓					✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
Total													

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 25 April 2026
 Pukul : 15.34 WIB
 Hari Ke : 3 Sci 2

No	Pertanyaan	Pre test						Post test					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓					✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓						✓
Total					26						26		

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. S
 Umur : 67 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 25 April 2026
 Pukul : 18.30 WIB
 Hari Ke : 3 sen 4

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?					✓					✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?						✓					✓	
Total							26					25	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

Subjek 2

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Th. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Kamis, 30 April 2026
 Pukul : 08.30 WIB
 Hari Ke : 1 Sesi 1

No	Pertanyaan	Pre test					Post test							
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓			
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓						
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓						✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓			
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓				
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓				
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓						
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓			
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓		
Total		27					27							

Keterangan Skala:

0: Tidak pernah

1 : Sangat jarang

2 : Jarang

3 : Kadang-kadang

4 : Sering

5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

0-12 : Tidak ada inkontinensia urine

13-25 : Inkontinensia urine ringan

26-37 : Inkontinensia urine sedang

38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Kamis, 30 April 2020
 Pukul : 12.35 WIB
 Hari Ke : 3 sesi 2

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓						✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total						✓						✓	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Kamis, 30 April 2026
 Pukul : 15.25 WIB
 Hari Ke : 1 Sesi 2

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓						✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓					✓	✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓					✓				
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total					27						27		

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Th. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Kamis, 30 April 2026
 Pukul : 10.00 WIB
 Hari Ke : 1 Sesi 4

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓						✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total						2	7					2	7

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1: Sangat jarang
 2: Jarang
 3: Kadang-kadang
 4: Sering
 5: Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 01 Mei 2026
 Pukul : 07.45 WIB
 Hari Ke : 2 Seri I

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓						✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓					✓	✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓							✓
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓							✓	
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total							27					27	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 01 Mei 2026
 Pukul : 12.10 WIB
 Hari Ke : 2 Selang

No	Pertanyaan	Pre test						Post test					
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?			✓							✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?				✓					✓	✓		
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?			✓						✓			
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?				✓						✓		
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?		✓						✓				
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓					✓				
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?			✓						✓			
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?				✓						✓		
Total				27						26			

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 01 Mei 2026
 Pukul : 15.59 WIB
 Hari Ke : 2 Sesi 3

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓					✓	✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓							✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓							✓	
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total						27						26	

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Jumat, 01 Mei 2026
 Pukul : 19.05 WIB
 Hari Ke : 2 Sesi 4

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓					✓	✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓					✓	✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓						✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total						27					26		

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 02 Mei 2026
 Pukul : 08.05 WIB
 Hari Ke : 3, 5 kali

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓					✓	✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓					✓	✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓					✓	✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓					✓		✓		
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓							✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total		27					25						

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 02, Mei 2026
 Pukul : 12.30 WIB
 Hari Ke : 3 sesi 2

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓					✓	✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓					✓	✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓							✓	
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓							✓
Total													

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 02 Mei 2026
 Pukul : 19.40 WIB
 Hari Ke : 3 sesi 3

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓					✓	✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓					✓	✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓					✓	✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓						✓			
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total		27					26						

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
 1 : Sangat jarang
 2 : Jarang
 3 : Kadang-kadang
 4 : Sering
 5 : Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
 13-25 : Inkontinensia urine ringan
 26-37 : Inkontinensia urine sedang
 38-50 : Inkontinensia urine berat

LEMBAR OBSERVASI INKONTINENSIA URINE

Nama/Inisial : Tn. P
 Umur : 63 Tahun
 Hari/tanggal : Sabtu, 02 Mei 2026
 Pukul : 18.35 WIB
 Hari Ke : 3 Sesi 4

No	Pertanyaan	Pre test					Post test						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	Apakah anda pernah merasa urine keluar tanpa sengaja?				✓						✓		
2	Apakah anda pernah ngompol saat tidur?	✓						✓					
3	Apakah anda merasa sering ingin buang air kecil?					✓					✓	✓	
4	Apakah Anda kesulitan menahan urine beberapa saat setelah buang air kecil?				✓						✓		
5	Apakah anda sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil?					✓					✓	✓	
6	Apakah urine keluar saat anda batuk, bersin, atau tertawa?			✓						✓			
7	Apakah Anda merasa sangat mendesak untuk buang air kecil dan tidak dapat menahannya?			✓							✓		
8	Apakah kandung kemih anda sering terasa penuh?	✓						✓					
9	Apakah anda merasa khawatir atau malu karena masalah inkontinensia urine?				✓						✓		
10	Apakah Anda merasa terganggu atau kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena inkontinensia urine?					✓						✓	
Total		27					24						

Keterangan Skala:

- 0: Tidak pernah
- 1: Sangat jarang
- 2: Jarang
- 3: Kadang-kadang
- 4: Sering
- 5: Sangat sering/selalu

Kategori Derajat:

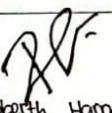
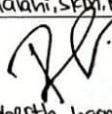
- 0-12 : Tidak ada inkontinensia urine
- 13-25 : Inkontinensia urine ringan
- 26-37 : Inkontinensia urine sedang
- 38-50 : Inkontinensia urine berat

Lampiran 7 Lembar Bimbingan KTI

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

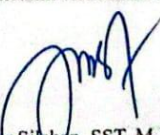
Judul KTI : "Penerapan Senam Kegel Untuk Mengatasi
Inkontinensia Urine Pada Lansia Di Desa Sitinjo II
Wilayah Kerja Puskesmas Sitinjo Kabupaten Dairi
Pada Tahun 2026"

Nama Mahasiswa : Desinawati Berutu
NIM : P07520423006
Pembimbing 1 : Roberth Hamat Silalahi, SKM, M.K.M
Pembimbing 2 : Dr. Dame Evalina Simangunsong, SKM, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf	
			Mahasiswa	Pembimbing Utama/Pendamping
1.	senin 12 Januari 2026	Bimbingan Judul Proposal dan Jurnal- Jurnal Yang Mendukung Penelitian	 Desi Berutu	 Roberth Hamat Silalahi, SKM, M.K.M
2.	Rabu 14 Januari 2026	Bimbingan Judul Proposal KTI komentar Perbaikan Judul Proposal telah dibahas	 Desi Berutu	 Roberth Hamat Silalahi, SKM, M.K.M
3.	19 Januari 2026	Bimbingan Judul Proposal (ACCI) dan lanjut bimbingan Bab I Penyusunan latar belakang data-data dukung	 Desi Berutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, SKM, M.Kes
4.	Rabu 21 Januari	Lanjutan Bimbingan Bab I menyesuaikan rumusan masalah, tujuan dan manfaat Penelitian	 Desi Berutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, SKM, M.Kes

5.	Jumat 23 Januari	Bimbingan Bab I (Acc) dan lanjut Bimbingan Bab II Pengumpulan konsep teoritis dari buku merencanakan penelitian.	 Desi Barutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, STM, M.Kes
6.	Senin, 26 Januari	Bimbingan Bab II lanjutan (Acc) dan Bimbingan Bab III menyusun desain, lokasi dan waktu penelitian.	 Desi Barutu	 Robert Harnat Sibolahi, STM, M.Kes
7.	Kamis 29 Januari	Bimbingan Bab II lanjutan (Acc) dan Bimbingan desain	 Desi Barutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, STM, M.Kes
8.	Senin, 02 Februari	Bimbingan Bab III menyusun kriteria inklusi dan eksklusi Definisi operasional dan teknik atau metode Penelitian yg digunakan	 Desi Barutu	 Robert Harnat Sibolahi, STM, M.Kes
9.	Rabu, 4 Februari	Bimbingan Bab III (Acc) menyesuaikan seluruh Bab I, II dan III serta Etika dalam melaksanakan Penelitian	 Desi Barutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, STM, M.Kes
10.	Kamis, 05 Februari	Finalisasi Proposal sesuai arahan dan Perbaikan Penelitian serta Persiapan untuk ujian seminar Proposal	 Desi Barutu	 Robert Harnat Sibolahi, STM, M.Kes

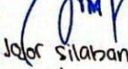
Sidikalang, 2026
Ketua Prodi D-III Keperawatan Dairi
Politeknik Kesehatan Medan


Jojar Sihubun, SST, M.Kes
NIP. 197304182003122001

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

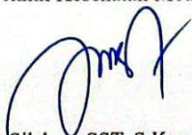
Judul KTI : "Penerapan Senam Kegel Untuk Mengatasi
 Inkontinensia Urine Pada Lansia Di Desa Sitinjo II
 Wilayah Kerja Puskesmas Sitinjo Kabupaten Dairi
 Pada Tahun 2026"

Nama Mahasiswa : Desinawati Berutu
 NIM : P07520423006
 Pembimbing 1 : Dr.Dame Evalina Simangunsong SKM,M.Kes
 Pembimbing 2 : Jojor Silaban, SST, S.Kep, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf	
			Mahasiswa	Pembimbing Utama/Pendamping
1.	Rabu, 24 februari	Pengumpulan data Penelitian dan konsultasi Pengkajian Pada subjek	 Desi Berutu	 Jojor Silaban SST, S.Kep, M.Kes
2.	Senin 16 maret	Penyusunan Bab IV meriputi gambaran umum khusus dan karakteristik Responden	 Desi Berutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong SKM, M.Kes
3.	Kamis, 02 April 2026	Penyusunan Bab IV meriputi hasil implementasi senam kegel sesuai dengan definisi operasional	 Desi Berutu	 Jojor Silaban SST, S.Kep, M.Kes

4.	Senin, 06 April	Bimbingan Bab IV Pembahasan dan hasil studi kasus	 Dasi Berutu	 Jojo Silaban SST, S.Kep, M.Kes
5.	Kamis, 09 April	Bimbingan Perbandingan hasil studi kasus dan kedua subjek	 Dasi Berutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, skn, m.kes
6.	Jumat, 17 April	Penyusunan Bab IV meliputi kesimpulan dan saran serta revisi hasil Penelitian	 Dasi Berutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, skn, m.kes
7.	Senin, 20 April 2026	Acc Bab I, II, III, IV dilanjutkan Penyusunan lampiran serta Bimbingan Penulisan dan Pengeditan	 Dasi Berutu	 Dr. Dame Evalina Simangunsong, skn, m.kes
8.	Rabu, 22 April 2026	Persiapan seminar hasil	 Dasi Berutu	 Jojo Silaban SST, S.Kep, M.Kes

Sidikalang, 2026
Ketua Prodi D-III Keperawatan Dairi
Politeknik Kesehatan Medan


Jojo Silaban, SST, S.Kep, M.Kes
NIP. 197304182003122001

Lampiran 8 Lembar Dokumentasi



Lampiran. 9 Hasil Turnitin

Page 2 of 95 - Integrity OverviewSubmission ID: tm:oid::1:3563147366

29% Overall Similarity
The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

Exclusions

-

1 Excluded Source

Top Sources

17%	Internet sources
6%	Publications
27%	Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags
0 Integrity Flags for Review
No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Page 2 of 95 - Integrity OverviewSubmission ID: tm:oid::1:3563147366