

JURNAL ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS DENGAN GANGGUAN ELIMINASI: INKONENSIA URINE

Nina Sunarti*

Akademi Keperawatan Harum Jakarta
Korespondensi: sunartinina2@gmail.com

ABSTRAK

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Karena proses kelahiran mengakibatkan mengendurnya otot-otot pada vagina. Salah satu cara untuk mengembalikan otot vagina pada ibu setelah masa nifas salah satunya adalah dengan *kegel exercise*. Latihan dapat dilaksanakan teratur dengan mengencangkan dan mengendurkan otot-otot yang mendukung kandung kemih dan uretra. Upaya mengencangkan otot pelvik akan mencegah perempuan mengalami atau mengurangi resiko ketidakmampuan mengontrol miksi. Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas normal dengan gangguan eliminasi inkontinensia urin. Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus pada ibu nifas melalui proses keperawatan yakni pengkajian, diagnosa, intervensi, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Hasil penelitian ini menemukan *kegel exercise* dapat dilakukan selama dua hari rawat di rumah sakit namun belum dapat dilakukan secara maksimal pada ibu karena terdapat luka dan nyeri pada episiotomi. Namun pengetahuan ibu tentang *kegel exercise* sudah meningkat sehingga latihan ini bisa di lanjutkan di rumah secara mandiri. *Kegel exercise* dapat dilakukan setelah masa nifas secara bertahap dan jika sudah tidak ada lagi keluhan nyeri pada luka episiotomi.

Kata Kunci: Gangguan eliminasi urin, kegel exercise, nifas

ABSTRACT

The postpartum period begins after the birth of the placenta and ends when the uterine organs return to their pre-pregnancy state. Because the birth process will result in loosening of the muscles in the vagina. One way to restore vaginal muscles to the mother after the puerperium is kegel exercise. Exercise can be performed regularly by tightening and relaxing the muscles that support the bladder and urethra. Efforts to tighten the pelvic muscles will prevent a woman from experiencing or reduce the risk of inability to control micturition. The objective of this study was to gain real experience in providing nursing care to normal postpartum mothers with urinary incontinence elimination disorders. This study was a case study approach to postpartum mothers through the nursing process including assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation of nursing. Kegel exercise can be done for two days of hospitalization but can't be done optimally on the mother because there are wounds and pain in the episiotomy. However, the mother's knowledge about kegel exercises has increased so that this exercise can be continued at home independently. Kegel exercise can be done after the puerperium gradually and if there are no more complaints of pain in the episiotomy wound.

Keywords: Urinary Elimination Disorder, Kegel Exercise, Postpartum

PENDAHULUAN

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. (Dewi et al., 2011). Adapun persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepada pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik. (Walyani, S. A., 2016).

Menurut Sunarsih, 2011 tujuan asuhan keperawatan masa nifas adalah mendeteksi adanya perdarahan masa nifas, menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, melaksanakan *skrining* secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, memberikan pendidikan kesehatan pada ibu berkaitan dengan gizi, menyusui, pemberian imunisasi pada bayinya, perawatan bayi sehat dan keluarga.

Anatomi dan fisiologi yang berubah pada ibu nifas salah satunya adalah pada sistem perkemihan dimana secara normal saluran kencing kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu tergantung pada keadaan status sebelum persalinan, lamanya partus kala II, besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan. Dimana terjadi distensi (peregangan) berlebihan pada vesika urinaria adalah hal yang umum karena peningkatan kapasitas *vesika urinaria*, pembengkakan membran jaringan disekitar uretra dan hilangnya sensasi terhadap tekanan yang tinggi. *Vesika Urinaria* yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan perdarahan post partum, distensi *vesika urinaria* dapat disebabkan oleh retensi urin. Pengosongan vesika urinaria yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah

terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan memar. Laju *filtrasi glomerulus* (GFR) tetap meninggi selama kurang lebih 7 hari post partum. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan. *Diaphoresis puerperalis* dalam diuresis (peningkatan pembentukan kemih) terjadi dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. (Maryunani, 2011, Reeder et al., 2011).

Salah satu cara untuk mengembalikan otot vagina pada ibu setelah masa nifas salah satunya adalah *Kegel exercise* atau latihan otot pelvik merupakan teknik untuk menguatkan otot-otot yang mendukung dinding pelvik. Latihan dilaksanakan teratur dengan mengencangkan dan mengendurkan otot-otot yang mendukung kandung kemih dan uretra. Upaya mengencangkan otot pelvik akan mencegah seseorang perempuan mengalami atau mengurangi resiko ketidakmampuan mengontrol miksi. (Rita Ismail, et al., 2011). Walaupun secara normal ligamen-ligamen diafragma pelvis yang merenggang pada waktu persalinan setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi mengecil dan pulih kembali (Maryunani, A., 2009).

Inkontinensia urine adalah pengeluaran urin secara involunter akibat kelemahan pada struktur-struktur penunjang uretra. *Inkontinensia urin* lebih sering terjadi pada wanita yang sudah pernah melahirkan daripada yang belum pernah melahirkan (*nulipara*). Hal ini terjadi karena adanya perubahan otot dan fascia di dasar panggul. Faktor resiko yang berperan memicu inkontinensia urin pada wanita adalah kehamilan dan persalinan (Norwitz Errol, et al., 2016).

Intervensi untuk *inkontinensia urine* termasuk latihan otot dasar panggul *kegel exercise* dan *bladder training* secara terjadwal. Salah satu teknik yang dapat digunakan mencegah dan mengatasi

inkontinensia urine adalah *kegel exercise*. *Kegel exercise* bertujuan untuk memperkuat otot perineum dan perivaginal sehingga ibu mampu mengontrol pengeluaran kemih secara maksimal sehingga masalah-masalah yang disebabkan oleh Inkontinensia Urine dapat teratasi (Purnomo, 2011).

Kegel exercise atau latihan otot pelvik merupakan teknik untuk menguatkan otot-otot yang mendukung dinding pelvik. Latihan dilaksanakan teratur dengan mengencangkan dan mengendurkan otot-otot yang mendukung kandung kemih dan uretra. Upaya mengencangkan otot pelvik akan mencegah seseorang perempuan mengalami atau mengurangi resiko ketidakmampuan mengontrol miksi (Rita Ismail, et al.. 2011, Adrian, Kevin. 2018, Desmawati, 2011).

Manfaat *kegel exercise* menurut Desmawati (2011) yaitu membuat persalinan lebih mudah dan perineum akan terasa utuh, meningkatkan kenikmatan seksual bagi kedua pasangan, mencegah prolaps pada organ-organ pelvic, membantu dan mencegah pengeluaran urin ketika bersin dan batuk, membantu atau mempercepat penyembuhan luka atau robekan perineum, mengencangkan otot panggul bawah, seperti otot dibawah rahim, kantung kemih, dan usus besar.

Normalnya rasa ingin berkemih akan di mulai pada 6 jam pasca persalinan per vaginam, dan 6 jam pasca pelepasan kateter pada persalinan secara *sectio cesarea* (24 jam setelah persalinan). (Tsurray FI.I et al.. 2020). Hal ini bisa sejalan dengan proses penyembuhan luka perineum dikatakan membaik bila telah terbentuknya jaringan baru yang menutupi luka perineum dalam jangka waktu 6 hari postpartum. (Handayani, 2014). Namun ibu pasca persalinan kerap kali mengalami *inkontinensi urin*. Salah satu penyebabnya karena adanya tekanan pada kandung kemih (*stress incontinance*) yang bisa kita jumpai pada kasus persalinan, dan

komplikasi pascaoperasi, seperti rusaknya saluran kemih (Pittara, 2022).

Berkaitan dengan seringnya kejadian inkontinensia urin pada masa nifas, maka di perlukan peran perawat dalam hal promotif nifas yaitu dengan memberikan pelayanan pendidikan kesehatan tentang pengenalan *kegel exercise* pada ibu nifas, keluarga dan masyarakat guna membantu menguatkan otot-otot di daerah vagina pasca persalinan. Untuk peran perawat dalam hal preventif yaitu mencegah terjadinya gangguan eliminasi urin, peran perawat dalam hal kuratif yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan dalam pemberian obat, dan peran perawat dalam hal rehabilitatif yaitu memandirikan pasien dengan melatih *kegel exercise* guna membantu menguatkan otot-otot di daerah vagina pasca persalinan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus pada tiga ibu nifas dengan diagnosis yang sama yaitu yang mengalami Gangguan eliminasi urin : inkontinensia urin di Ruang Pemulihan Kehamilan dan Kandungan (RPKK) RSUD Koja melalui proses keperawatan. Penelitian dilaksanakan selama 2 hari yaitu pada tanggal 26 sampai dengan 27 Juni 2019.

Proses pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan menggunakan 5 tahap proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian pada ibu nifas melalui wawancara pada pasien, keluarga, perawat melakukan observasi pada pasien. dan menggunakan catatan rekam medik yang berkaitan dengan data pasien. dan pemeriksaan fisik untuk menguatkan data. Diagnosa keperawatan, dilakukan dengan menganalisa data untuk dapat menegakkan diagnosa. Intervensi keperawatan, dilakukan dengan menyusun perencanaan sesuai dengan tinjauan pustaka guna mengatasi masalah keperawatan

ditemukan. Implementasi keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. yakni melakukan pengkajian pada sistem perkemihan, tanda-tanda vital, membatasi asupan cairan selama malam hari, mengobservasi intake dan output, ambulasi dini, mengajarkan batuk dalam posisi litotomi dengan posisi klien membentuk sudut 45⁰ C, lanjutkan dengan klien berdiri jika tidak ada kebocoran urin, mengajarkan senam kegel, memonitor status hidrasi, kolaborasi dengan tim medis untuk pemasangan kateter, dan memberikan sugesti berkemih dengan air mengalir. Evaluasi keperawatan, peneliti melakukan penilaian berdasarkan tahapan proses keperawatan yang sudah dilakukan.

Pada studi kasus ini peneliti menggunakan teknik *case management* dimana asuhan keperawatan yang diberikan berkolaborasi dengan perawat di ruangan dalam tindakan keperawatan dan tim kesehatan lain dalam pengobatan.

Etika penelitian ini menggunakan tehnik dengan pendekatan dan bina hubungan saling percaya pada ibu nifas, kemudian partisipan menandatangani lembar *informed consent* yang telah menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti menjaga kerahasiaan partisipan dengan menuliskan nama partisipan dengan inisial.

Standar operasional prosedur yang di berikan untuk pasien adalah sebagai berikut : Latihan I (instruksikan klien untuk berkonsentrasi pada otot-otot panggul. Tindakan ini membantu klien untuk merasakan otot-otot dasar panggul, minta klien berkemih berupaya untuk menghentikan aliran urin selama berkemih dan kemudian memulainya kembali. Latihan II (minta klien mengambil posisi duduk atau berdiri, Instruksikan klien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus). Latihan III (minta klien mengencangkan otot dibagian posterior

dan kemudian kontraksikan otot anterior secara perlahan sampai hitungan keempat, kemudian minta klien merelaksasikan otot-otot seacara keseluruhan, ulangi latihan empat kali per jam) Evaluasi respon klien. (Adrian, , 2018, Desmawati, 2011 dan Ismail et al., 2011).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Pada tahap ini peneliti mengumpulkan data-data melalui pasien, keluarga, perawat di ruangan dan rekam medis pasien guna menegakan diagnosa keperawatan dengan bantuan format pengkajian dengan pendekatan proses keperawatan.

Pasien 1 Ny. S (36 Tahun), agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan menikah, pernikahan pertama, lama perkawinan 15 tahun, status obstetri G₃P₃A₀, umur kehamilan 32 minggu, diagnosa medis inkontinensia urine. Riwayat keluhan utama yaitu nyeri dibagian luka jahitan episiotomi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5-6 dan nyeri hilang timbul, meringis jika bergerak. Tanda vital :TD 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 38⁰C, nadi 76x/menit, mendapat obat asam mefenamat 3x500 mg, tidak ada rasa sensasi saat ingin berkemih, BAK keluar sendiri, lemah pasca persalinan, demam pada malam hari, terdapat luka jahitan pada vagina grade 2, tidak ada tanda-tanda REEDA, lochea berwarna merah, bau khas, jumlah ±240 ml, hasil pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan pada leukosit 11.000 uL, terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1000cc, mendapatkan obat ceftriaxone 2x 50 gr, paracetamol drip 2x100 ml dan Asam mefenamat 3x500 mg, mengungkapkan kurang paham tentang masalah kesehatannya.

Pasien 2 Ny. M (27 Tahun), agama islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan menikah, pernikahan pertama, lama perkawinan 1 tahun, status obstetri G₁P₀A₀, umur kehamilan 32 minggu, diagnosa medis inkontinensia urine. Riwayat keluhan utama yaitu nyeri dibagian luka jahitan, skala nyeri 6, tidak ada rasa sensasi saat ingin berkemih, BAK keluar sendiri, lemah pasca persalinan, demam pada malam hari, suhu 37,5⁰C, terdapat luka jahitan pada vagina grade 2, tidak ada tanda-tanda REEDA, terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1400cc, hasil pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan pada leukosit 12.000 uL, terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1000cc, mendapatkan obat ceftriaxone 2x 50 gr, paracetamol drip 2x100 ml dan Asam mefenamat 3x500 mg, mengungkapkan kurang paham tentang masalah kesehatannya.

Pasien 3 Ny. I (38 Tahun) agama islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan menikah, status perkawinan menikah, pernikahan pertama, lama perkawinan 20 tahun, status obstetri G₄P₄A₀, umur kehamilan 32 minggu, diagnosa medis inkontinensia urine. Riwayat keluhan utama yaitu nyeri dibagian luka jahitan, skala nyeri 5, tidak ada rasa sensasi saat ingin berkemih, BAK keluar sendiri, lemah pasca persalinan, demam pada malam hari, suhu 37,6⁰C, terdapat luka jahitan pada vagina grade 2, tidak ada tanda-tanda REEDA, terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1500cc, hasil pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan pada leukosit 12.000 uL, terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1000cc, mendapatkan obat ceftriaxone 2x 50 gr, paracetamol drip 2x100 ml dan Asam mefenamat 3x500 mg, mengungkapkan kurang paham tentang

masalah kesehatannya. Penatalaksanaan medis yang di berikan pada pasien 1, 2 dan 3 yaitu : Ringer laktat 20 tpm, Ceftriaxone 2x50gr, Paracetamol drip 2x100 ml, dan Asam mefenamat 3x500 mg.

Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini peneliti merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian. Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan pada ketiga pasien yaitu ada 4 diagnosa keperawatan: nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik luka episiotomi, perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih akibat kelemahan otot vagina pasca persalinan, risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan pada luka episiotomi, dan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pasca persalinan.

Data-data yang mendukung diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik luka episiotomi yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan episiotomi, nyeri bertambah jika digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 5-6, pasien tampak meringis jika bergerak, luka perineum grade 2, mendapat obat asam mefenamat 3x500 mg, tanda-tanda vital: TD 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 38⁰C, dan nadi 76x/menit.

Data-data yang mendukung diagnosa perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih akibat kelemahan otot vagina pasca persalinan yaitu pasien tidak dapat mengontrol buang air kecil, kencingnya keluar sendiri, haluaran urin tidak terkontrol, terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1000cc.

Data-data yang mendukung diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan trauma

jaringan pada luka episiotomi yaitu ada luka jahitan pada vagina, demam pada malam hari, terdapat luka episiotomi, lochea berwarna merah, bau khas, jumlah ± 240 ml, tanda-tanda vital: TD 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 38⁰C, nadi 76x/menit, tidak ada tanda-tanda REEDA, hasil pemeriksaan laboratorium terdapat peningkatan pada leukosit 11.000 uL, dan pasien mendapatkan obat ceftriaxone 2x 50 gr, paracetamol drip 2x100 ml, asam mefenamat 3x500 mg.

Data-data yang mendukung diagnosa kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang kegel exercise dengan data-data yang mendukung yaitu tidak tahu tentang kegel exercise, tidak pernah melakukan senam kegel exercise, pendidikan terakhir SD, tampak bingung dan sering bertanya pada dokter dan perawat tentang penyakit nya.

Perencanaan Keperawatan

Pada tahap ini peneliti menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang dapat diukur serta mempunyai batas pencapaian.

Perencanaan, tujuan dan kriteria hasil yang peneliti buat adalah dengan merujuk pada NANDA, 2015, Bulechek, Gloria. M, et al.. 2013, dan Moorhead, Sue, et al.. 2013 yaitu sebagai berikut :

Diagosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik luka episiotomi. Tujuan dan kriteria hasil NOC: *pain level, pain control*. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang, dengan kriteria hasil: mampu mengontrol nyeri; mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, skala nyeri menjadi 1-2, TD, nadi, suhu

dalam batas normal : TD : 110-140/70-90 mmHg, Nadi : 60-100 kali/menit, RR : 16-24 kali/menit, Suhu 36-37⁰C. Perencanaan keperawatan NIC: lakukan pengkajian nyeri secara menyeluruh meliputi lokasi, durasi, kualitas, keparahan nyeri dan factor pencetus nyeri. Ajarkan untuk teknik non farmakologi. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan, misalnya suhu, lingkungan, cahaya, kegaduhan. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi seperti *asam mefenamat 3x500 mg*.

Diagosa keperawatan perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih akibat kelemahan otot vagina pasca persalinan. Tujuan dan kriteria hasil NOC: *urinary elimination, urinary continence*. Kriteria hasil: kandung kemih kosong secara penuh, tidak ada residu urine >100-200 cc, intake cairan dalam rentang normal, bebas dari ISK, tidak ada spasme bladder, *balance* cairan seimbang. Perencanaan keperawatan NIC: lakukan penilaian kemih yang komphrensif berfokus pada inkontinensia misalnya: output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten. Monitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti *calcium channel blockers* dan antikolinergik. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiramkan ke toilet, merangsang refleks kandung kemih, Pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih, selama fase akut, kateter *indwelling* digunakan untuk mencegah retensi urin dan memantau kaluaran urin. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit), Pasang kateter intermitten, anjurkan pasien/ keluarga untuk merekam *output* urin. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja, pantau asupan dan keluaran, pantau tingkat

distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi, bantu ke toilet secara berkala, merujuk pasien ke spesialis kontinensia untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter *indwelling* jangka panjang.

Diagosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan luka episiotomi. Tujuan dan kriteria hasil NOC: *immune status, knowledge: infection control, risk control*. Kriteria hasil: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, pasien mampu mendeskripsi proses infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat. Perencanaan keperawatan NIC: bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien, pertahankan tehnik isolasi, batasi pengunjung bila perlu, instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung, gunakan antiseptik untuk cuci tangan, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, gunakan celemek dan sarung tangan sesuai alat pelindung, pertahankan lingkungan aseptik selama perawatan, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, kolaborasi terapi antibiotik *ceftriaxone 2x2gr, paracetamol drip 2x1gr*.

Diagosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang *kegel exercise*. Tujuan dan kriteria hasil NOC: *knowledge: disease process, knowledge: health behavior*. Kriteria hasil: pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan, pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur *kegel exercise* secara benar, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. Perencanaan keperawatan NIC: *Treching: disease process*, gambarkan tanda

gejala yang biasa muncul pada pasca persalinan dengan cara yang tepat, sediakan informasi pada pasien tentang kondisi pasca persalinan, diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang, diskusikan pilihan terapi atau penanganan. Pengetahuan tentang perawatan pasca persalinan dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan pasca bersalin. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala masalah pasca persalinan untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.

Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

Dalam tahap tindakan keperawatan peneliti melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien 1, 2 dan 3 dengan mengacu pada perencanaan keperawatan dan kebutuhan pasien yang telah ditetapkan sebelumnya.

Adapun proses evaluasi adanya faktor pendukung yaitu klien dan keluarga terlihat kooperatif dalam melakukan tindakan yang diberikan, ruangan tempat dilakukan tindakan sangat kondusif, dalam melakukan tindakan kegel exercise kepada ibu post partum normal perawat ruangan mengizinkan. Adapun faktor penghambat dari evaluasi keperawatan yaitu klien terkadang kurang maksimal dalam melakukan *kegel exercise* yang di ajarkan, menganjurkan klien untuk melakukan kegel exercise dirumah jika nyeri pada luka sudah tidak terasa agar senam nifas dilakukan secara maksimal.

Detail pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan dapat di lihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Pasien 1

Diagnosa Keperawatan 1		Diagnosa Keperawatan 2		Diagnosa Keperawatan 3	
Tindakan	Evaluasi	Tindakan	Evaluasi	Tindakan	Evaluasi
<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 38°C N: 76x/menit) - Mengkaji nyeri (P: nyeri jika digerakkan Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, luka episiotomi, S: nyeri hilang timbul, T: skala nyeri 5-6. - O: Klien rileks saat melakukan teknik nafas dalam; TTV: TD 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 38°C, nadi 76x/menit - A: Tujuan belum tercapai. masalah nyeri akut belum teratasi,. - P: Monitor TTV, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam; <i>Discharge planning</i>: anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri timbul, anjurkan minum obat secara teratur 	<ul style="list-style-type: none"> - S: Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan - P: nyeri jika digerakkan, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, luka episiotomy, S: nyeri hilang timbul, T: skala nyeri 5-6. - O: Klien rileks saat melakukan teknik nafas dalam; TTV: TD 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 38°C, nadi 76x/menit - A: Tujuan belum tercapai. masalah nyeri akut belum teratasi,. - P: Monitor TTV, anjurkan teknik relaksasi nafas dalam; <i>Discharge planning</i>: anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri timbul, anjurkan minum obat secara teratur 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 38°C N: 76x/menit) - Mengkaji kebiasaan berkemih (berkemih menggunakan kateter, tidak dapat mengontrol buang air kecil) - Mengajarkan untuk membatasi masukan cairan malam hari (hanya minum 3 gelas saja sebelum tidur) (mendengarkan apa yang perawat sampaikan) - Menginstruksikan batuk dalam posisi litotomi, jika tidak ada kebocoran, ulangi dengan posisi klien membentuk sudut 45° C. (mendengarkan apa yang perawat sampaikan) - Menganjurkan untuk melakukan latihan kegel exercise selama dirumah minimal 1 hari sebanyak 2x, anjurkan klien untuk membatasi masukan cairan selama malam hari (hanya 	<ul style="list-style-type: none"> - S: Klien menyatakan masih tidak dapat mengontrol BAK, sudah tidak memakai selang kateter, masih belum ada sensasi untuk berkemih - O: Haluaran urin belum terkontrol, sudah tidak terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 2000cc - A: Tujuan belum tercapai masalah belum teratasi - P: <i>Discharge planning</i>: anjurkan untuk melakukan kegel exercise selama dirumah minimal 1 hari sebanyak 2x, anjurkan klien untuk membatasi masukan cairan selama malam hari (hanya 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 38°C N: 76x/menit) - Memberikan obat sesuai indikasi dokter Ceftriaxone 2x2gr, paracetamol drip 2x1gr, asam mefenamat 3x500mg) - Observasi tanda infeksi (tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka episiotomi, pasien demam) - Mengkaji pengeluaran lochea, warna, bau dan Jumlah (lochea berwarna merah, bau khas, jumlah ±240 ml) - Mengkaji tanda REEDA (tidak ada kemerahan, tidak ada edema tidak ada pelebaran pembuluh darah, tidak ada rembesan, jahitan menyatu) - Menganjurkan membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti pembalut setiap 3 kali sehari atau setiap kali pengeluaran lochea banyak (menyimak penjelasan perawat) - Menganjurkan melakukan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas (menyimak penjelasan perawat) 	<ul style="list-style-type: none"> - S: Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan, demam pada malam hari - O: Terdapat luka episiotomi grade 2, lochea berwarna merah, dengan bau khas, jumlah ±240 ml, tidak ada tanda-tanda REEDA, TTV: TD 120/80 mmHg, pernapasan 18x/menit, suhu 38°C, nadi 76x/menit, leukosit 11.000 ul, mendapatkan obat ceftriaxone 2x 50 gr, paracetamol drip 2x100 ml, asam mefenamat 3x500 mg - A: Tujuan belum tercapai masalah belum teratasi - P: Kaji TTV, observasi tanda infeksi, kaji pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlah, kaji keadaan luka jahitan perineum, kaji tanda REEDA; <i>Discharge Planning</i>: Anjurkan pasien membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti pembalut anda setiap ke kamar mandi, Anjurkan klien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas

Tabel 2. Pasien 2

Diagnosa Keperawatan 1		Diagnosa Keperawatan 2		Diagnosa Keperawatan 3		Diagnosa Keperawatan 4	
Tindakan	Evaluasi	Tindakan	Evaluasi	Tindakan	Evaluasi	Tindakan	Evaluasi
<ul style="list-style-type: none"> - Mengukur vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 37,5°C N: 76x/menit) - Mengkaji nyeri (P: ditusuk-tusuk, R: luka digerakkan, S: nyeri seperti ditusuk-tusuk, Q: skala nyeri 5-6, T: nyeri hilang timbul) - O: Klien rileks saat melakukan teknik nafas dalam, TTV: TD : 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 37,5°C, nadi 76x/menit - A : Tujuan belum tercapai, masalah nyeri akut belum teratasi - P: Memonitor TTV, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam; <i>Discharge planning</i>: anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri timbul, anjurkan minum obat secara teratur 	<ul style="list-style-type: none"> - S :Klien mengatakan nyeri luka jahitannya (P: nyeri jika digerakkan, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: luka digerakkan, S: skala nyeri 5-6, T: nyeri hilang timbul) - O: Klien rileks saat melakukan teknik nafas dalam, TTV: TD : 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu 37,5°C, nadi 76x/menit - A : Tujuan belum tercapai, masalah nyeri akut belum teratasi - P: Memonitor TTV, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam; <i>Discharge planning</i>: anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri timbul, anjurkan minum obat secara teratur 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 37,5°C N: 76x/menit) - Mengkaji kebiasaan (berkemih menggunakan kateter, tidak dapat mengontrol buang air kecil) - Menganjurkan untuk membatasi masukan cairan selama malam hari (hanya minum 3 gelas saja sebelum tidur) (mengajarkan apa yang perawat sampaikan) - Menginstruksikan batuk dalam posisi litotomi, jika tidak ada kebocoran, ulangi dengan posisi klien membentuk sudut 45° C. (mendengarkan apa yang perawat sampaikan) - Menganjurkan untuk melakukan latihan kegel exercise (bersedia dan mau untuk mengikuti kegel exercise) - Memantau masukan dan pengeluaran (cairan yang masuk cairan infus RL 1000 ml, paracetamol drip 100 ml, ceftriaxone 50 ml, minum kira-kira dalam 1 hari 1500 ml dan cairan yang keluar dari urin bag sekitar 1000cc) 	<ul style="list-style-type: none"> - S: Klien menyatakan masih tidak dapat mengontrol BAK, sudah tidak memakai selang kateter, masih belum ada sensasi untuk berkemih - O: Haluaran urin belum terkontrol, sudah tidak terpasang kateter, jumlah urin dalam satu hari ± 1800cc - A: Tujuan belum tercapai masalah belum teratasi - P: Kaji TTV (TD, N, S, RR), Kaji kebiasaan pola berkemih, Instruksikan klien batuk dalam posisi litotomi, jika tidak ada kemerahan, tidak ada edema tidak ada pelebaran pembuluh darah, tidak ada rembesan, jahitan menyatu) - Menganjurkan membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti pembalut anda setiap ke kamar mandi, Anjurkan klien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 37,5°C N: 76x/menit) - Memberikan obat sesuai indikasi dokter (ceftriaxone 2x2gr, paracetamol drip 3x500mg) - Observasi tanda infeksi (tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka episiotomi) - Mengkaji pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlah (lochea berwarna merah, bau khas, jumlah nya kira kira 260 ml) - A: Tujuan tercapai masalah teratasi sebagian - P: <i>Discharge Planning</i>: Anjurkan pasien membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti pembalut anda setiap ke kamar mandi, Anjurkan klien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 	<ul style="list-style-type: none"> - S: Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan, sudah tidak demam (TTV: TD 129/70 mmHg, RR 18x/menit, suhu 37,5°C, nadi 82x/menit, tidak ada tanda-tanda REEDA, lochea berwarna merah, bau khas, jumlah nya kira kira 260 ml) - A: Tujuan tercapai masalah teratasi sebagian - P: <i>Discharge Planning</i>: Anjurkan kegel exercise yang diajarkan oleh perawat) - Memberikan informasi yang tepat dan akurat dengan kebutuhan klien, (menyimak dan mendengarkan apa yang sedang perawat jelaskan) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji pengetahuan klien kegel exercise (tampak bertanya tentang apa itu kegel exercise) - Memberikan edukasi mengenai kegel exercise, dan mengajarkan kegel latihan exercise. - (menyimak, mendengarkan, dan mengikuti senam kegel exercise yang diajarkan oleh perawat) - Memberikan informasi yang tepat dan akurat dengan kebutuhan klien, (menyimak dan mendengarkan apa yang sedang perawat jelaskan) 	<ul style="list-style-type: none"> - S: Klien mengatakan sudah tahu tentang apa itu kegel exercise - O: Klien bisa menjelaskan kembali apa itu kegel exercise, mampu melakukan kegel exercise walaupun maksimal - A: Tujuan tercapai masalah teratasi - P: <i>Discharge planning</i>: Anjurkan klien untuk melakukan latihan kegel exercise selama minimal 1 hari sebanyak 2x

Tabel 3. Pasien 3

Diagnosa Keperawatan 1	Diagnosa Keperawatan 2	Diagnosa Keperawatan 3	Diagnosa Keperawatan 4
Tindakan	Tindakan	Tindakan	Tindakan
<p>- Mengukur vital sign (TD: 120/80 mmHg, RR:18x/menit S: 37°C N: 76x/menit)</p> <p>- Mengkaji nyeri (P: nyeri jika digerakkan Q: Nyeri ditusuk-tusuk R: luka epistiotomi, S: Nyeri hilang timbul T: Skala nyeri 5-6)</p> <p>- O: Klien rileks saat melakukan teknik nafas dalam, TTV: TD 120/80 mmHg, RR 18x/menit, suhu tubuh 37,6°C, nadi 76x/menit</p> <p>- A : masalah nyeri belum teratasi, belum tercapai.</p> <p>- P : <i>Discharge planning</i>: anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri timbul, anjurkan minum obat secara teratur</p>	<p>- Mengkaji kebiasaan pola berkemih (berkemih menggunakan kateter, tidak dapat mengontrol buang airkecil)</p> <p>- Menganjurkan untuk membatasi masukan cairan selama malam hari (hanya minum 3 gelas saja sebelum (mendengarkan apa yang perawat sampaikan)</p> <p>- Menginstruksikan batuk dalam posisi litotomi, jika tidak ada kebocoran, ulangi dengan posisi klien membentuk sudut 45° C. (mendengarkan apa yang perawat sampaikan)</p> <p>- Menganjurkan untuk melakukan latihan kegel exercise selama dirumah minimal 1 hari sebanyak 2x, anjurkan klien untuk membatasi masukan cairan selama malam hari (hanya minum 3 gelas saja sebelum tidur)</p>	<p>- S: Klien mengatakan nyeri pada luka jahitan, sudah tidak demam</p> <p>- O: TTV: TD 129/70 mmHg, RR 18x/menit, suhu 37,5°C, nadi 82x/menit, tidak ada tanda-tanda REEDA, lochea berwarna merah, bau khas, jumlah nya kira kira 260 ml</p> <p>- A:Tujuan tercapai masalah teratasi sebagian</p> <p>- P: <i>Discharge Planning</i>: Anjurkan pasien membasuh vulva setiap habis berkemih dengan cara yang benar dan mengganti pembalut anda setiap ke kamar mandi, Anjurkan klien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p>	<p>- S: Klien mengatakan sudah tahu tentang apa itu kegel exercise</p> <p>- O: Klien bisa menjelaskan kembali apa itu kegel exercise, mampu melakukan kegel exercise walaupun maksimal</p> <p>- A:Tujuan tercapai masalah teratasi</p> <p>- P:<i>Discharge planning</i>: Anjurkan klien untuk melakukan latihan kegel exercise selama dirumah minimal 1 hari sebanyak 2x</p>

KESIMPULAN

Setelah peneliti melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien 1,2 dan 3 maka peneliti menyimpulkan sebagai berikut:

Dari hasil asuhan Keperawatan yang di lakuka selama 2 hari yaitu pada tanggal 26-27 Juni 2019, dalam proses pengkajian keperawatan yang didapatkan pada pasien 1, 2 dan 3 peneliti tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dari 3 diagnosa keperawatan yang di temukan pada kasus pasien 1, 2 dan 3 terdapat 2 diagnosa keperawatan yang sama dengan tinjauan teori yaitu resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), dan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang nya informasi tentang penyakitnya. Dan ada 1 diagnosa Keperawatan yang beda dari tinjauan teori yaitu perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih (kelemahan otot vagina pasca persalinan).

Dalam membuat rencana keperawatan peneliti hanya memindahkan dari yang sudah di buat dalam tinjauan teori dan untuk diagnosa keperawatan yang tidak ada di tinjauan teori peneliti menyusun perencanaan sesuai kebutuhan pasien. Dalam pelaksanaan keperawatan peneliti melakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun.

Dalam proses evaluasi keperawatan pada pasien 1, yang tidak teratasi yaitu pada diagnosa keperawatan perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih (kelemahan otot vagina pasca persalinan), nyeri akut berhubungan dengan trauma Jaringan (luka episiotomi). Dan yang teratasi yaitu diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang nya informasi tentang penyakitnya.

Pada pasien 2, yang tidak teratasi yaitu pada diagnosa eperawatan perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih (kelemahan otot vagina pasca persalinan), nyeri akut berhubungan dengan trauma Jaringan (luka episiotomi). Dan untuk diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang nya informasi tentang penyakitnya.

Pada pasien 3, yang tidak teratasi yaitu pada diagnosa Keperawatan perubahan pola eliminasi urin berhubungan dengan tidak adanya sensasi untuk berkemih (kelemahan otot vagina pasca persalinan), nyeri akut berhubungan dengan trauma Jaringan (luka episiotomi). Dan yang teratasi yaitu diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomi), kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang nya informasi tentang penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adrian, Kevin. 2018. Senam Keg. <https://alodokter.com/manfaat-dan-cara-melakukan-senam-kegel>. Diakses pada 10 Mei 2019.
- Bandaiyah, Siti. 2009. Kehamilan, Persalian dan Gangguan Kehamilan. Jakarta: Nuha Medika.
- Bobak. Et al.. (2014). Buku Keperawatan Maternitas. Jakarta; Buku Kedokteran ECG.
- Bulechek, Gloria. M, et al.. 2013. Nursing Interventions Classification (NIC), edisi 6. Indonesia: Elsvier.
- Desmawati. 2011. Intervensi Keperawatan Maternitas Pada Asuhan Keperawatan Perinatal. Jakarta: TIM.
- Dewi, V.N.L dan Tri, S. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Farrer, Helen. 2001. Perawatn Maternitas. Edisi 2. EGC.
- Handayani, Y. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

- Perineum Pada Ibu Postpartum Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr, Zainoel Abidin Banda Aceh. Diakses pada tanggal 12 Januari 2018.
- Hidayati A. (2018). Pengaruh Pemberian Kegrel Exercise Terhadap Tingkat Inkontinensia Urine Pada Ibu Post Partum. <https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/1824/1/Anis%20Hidayati.pdf>. Di unduh pada tanggal 6 April 2022.
- Ismail, Rita, et al.. 2011. Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan Maternitas. Jakarta: TIM.
- Kurniati, 2014. Analisis Pengetahuan Dan Tindakan Senam Kegrel Terhadap Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Nifas Di Wilayah Kerja Puskesmas Purwokerto Selatan. Diambil pada 1 Maret 2019.
- Makzizatunnisa, 2013. Efektifitas Senam Kegrel Dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Perineum Pada Ibu Post Partum Di BPM PRIMA Boyolali. Diambil pada 1 Maret 2019.
- Martini, E. D. 2015. Efektifitas Latihan Kegrel Terhadap Percepatan Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Nifas Di Puskesmas Kalitengah Lamongan. Diambil pada 1 Maret 2019.
- Maryunani, Anik. 2011. Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (*Post Partum*). Jakarta: TIM.
- Moorhead, Sue, et al.. 2013. Nursing Outcomes Clasification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan, edisi ke 5. Indonesia: Elsevier.
- NANDA. (2015). Buku Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017. Jakarta: EGC.
- Norwitz Errol, et al.. 2016. Inkontinensia Urine.
- Nurhayati, N., & Madsiri, M. (2019). Managing acute pain after abdominal surgery: examples from practice. *Gastrointestinal Nursing*, 17(8), 20-25.
- Pittara, (2022). Inkontinensia Urine. <https://www.alodokter.com/inkontinensia-urine>. Di unduh pada tanggal 6 April 2022.
- Purnomo, B. (2011). Dasar-Dasar Urologi Edisi 2. Malang; CV. Infomedika.
- Reeder, et al.. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta:EGC.
- Suherni, et.al. 2010. Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sunarsih, Tri. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Tsurraya Fl.I et al.. (2020). Retensio Urine Post Partum. <https://www.jurnalmedika.com/blog/124-Retensio-Urine-Post-Partum>. Di unduh pada tanggal 6 April 2022.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: PB.