

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post partum

1. Pengertian post partum

Post partum merupakan dimulainya masa setelah lahir plasenta dan berakhirnya alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Viviane, 2011).

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimana 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari) setelah itu (Hadijono, 2008).

Pada ibu post partum terdapat tiga tahap, yaitu :

a. Puerperium dini

Puerperium dini adalah kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk beraktivitas ringan seperti berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa pemulihan secara menyeluruh pada alat-alat genitalia, waktu untuk pemulihan sekitar 6-8 minggu.

c. Remote puerperium

Waktu yang dibutuhkan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau saat persalinan memiliki komplikasi (Viviane, 2011).

2. Perubahan fisiologi post partum

a. System reproduksi

1) Involusi

involusi merupakan perubahan kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Table 1.1 TFU Menurut Masa Infolusi

INVOLUSI	TFU	BERAT UTERUS
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	± 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promotorium sakralis.	±1000 gram.
1 minggu	Pertengahan umbilicus dan simfisis pubis.	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50-60 gram

Sumber : Bobak, 2004

2) Perubahan serviks dan vagina

Pada vagina akan mengalami penurunan tonus otot, edema, membiru, terdapat laserasi dan saluran melebar namun dengan berjalanya waktu akan kembali normal (Aspiani, 2017)

3) Endometrium

Saat involusi, kontraksi pada miometrium yang menekan pembuluh darah selanjutnya melewati deciduas dan pada

perlekatan plasenta yang menimbulkan terjadinya hemostatis (penghentian perdarahan). Kontraksi yang terjadi pada dinding arterioral setelah partus akan mempercepat proses terjadinya hemostatis. (Regina, 2011).

4) Lochia

Lochia merupakan cairan yang keluar dari uterus melalui vagina pada masa nifas. Jumlah cairan yang dikeluarkan biasanya lebih banyak dari darah menstruasi serta berbau anyir tetapi tidak berbau busuk. Lochia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya : 1) Lochia rubra. lochia ini berwarna merah kehitaman yang terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah dan keluar mulai hari pertama sampai ketiga. 2) Lochia sangiolenta. Lochia ini berwarna putih disertai merah, lochia ini biasanya terjadi dari hari ketiga sampai hari ketujuh. 3) Lochia serosa. Lochia ini berwarna kekuningan terjadi pada hari ketujuh sampai hari keempat belas. 4) Lochia alba lochia ini berwarna putih setelah hari keempat belas. Dapat dilihat jenis-jenis lochia pada tabel berikut:

Table 1.2 Jenis-jenis Lochia

Nama	Waktu	Bentuk	Abnormal
Rubra	1-3 hari	Darah bekuan Bau agak anyir Peningkatan perdarahan meneteki	Bekuan banyak Bau busuk bila
Sanguinolenta serosa	4-9 hari	Pink/cokelat Agak anyir	Bau busuk Tetap serosa
Alba	10 hari	Kuning/putih	Kembali merah >2-3 minggu.

5) Klitoris

Pada klitoris akan terasa kencang dan teras tidak terlalu keras.

6) Perineum

Pada perineum terdapat episiotomy, luka episiotomy akan terasa nyeri.

b. Sistem kardiovaskular

Sewaktu kehamilan secara normal volume darah menyesuaikan penambahan aliran darah yang dibutuhkan oleh plasenta serta pembuluh darah uterus. Penurunan pada hormone estrogen mengakibatkan diuresis yang menimbulkan volume plasma menurun dengan cepat dari kondisi normal. Hal ini terjadi di 24 hingga 48 jam pertama setelah kelahiran. Menimbulkan klien mengalami retensi urin.

c. Sistem urinaria

Aktivitas pada ginjal bertambah saat nifas karena reduksi dari volume darah dan ekskresi produk sampah dari autolysis. Hari pertama

post partum merupakan puncak dari aktivitas ini. Mekanisme persalinan dapat menyebabkan edema, laserasi serta trauma uretra akibat kateterisasi.

d. System endokrin

1) Hormone oxytosin

Oxytosin akan diekskresi kelenjar hipofise posterior kemudian akan bereaksi pada otot uterus dan jaringan payudara. Saat kala III persalinan oxytosin menyebabkan pelepasan pada plasenta. Setelah itu oxytosin akan berfungsi untuk menjaga kestabilan kontraksi uterus, memperkecil bekas tempat pelekatan plasenta serta mencegah terjadinya perdarahan. Pada saat menyusui, bayi akan mengisap puting ibu dan akan menstimulus ekskresi oxytoxin, keadaan ini membantu kelanjutan involusi uterus dan pengeluaran air susu.

2) Hormone prolaktin

Penurunan kadar estrogen mengakibatkan prolaktin yang disekresi kelenjar hipofise anterior bereaksi pada alveolus payudara dan merangsang pengeluaran produksi ASI.

e. Laktasi

Laktasi merupakan keluarnya air susu pada ibu setelah melahirkan. Pada masa kehamilan hormone estrogen dan progesteron akan merangsang pertumbuhan kelenjar susu sedangkan pada hormone

progesteron akan merangsang pertumbuhan saluran susu, kedua hormone tersebut akan mengerem LTH. Setelah plasenta lahir maka LTH akan bebas merangsang laktasi.

f. System pencernaan

Pada ibu post partum ibu mengalami konstipasi karena klien takut episiotomy rusak.

g. System musculoskeletal

Ligament, fasia dan diafragma pelvis yang meregang saat kehamilan dan persalinan yang berangsur-angsur kembali seperti semula. Tidak jarang rotundum melebar sehingga uterus jatuh ke belakang. Mobilisasi sendi berkurang dan posisi kembali dengan perlahan.

h. Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vita yang dikaji pada masa post partum meliputi :

1) Suhu

Pada saat inpartum tubuh tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$, sesudah partus suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°C . Sesudah dua jam pertama setelah partus umumnya suhu badan akan kembali normal.

2) Nadi dan pernafasan

Nadi berkisar 60-80 denyut dalam satu menit setelah melahirkan dan dapat terjadi brakikardi. Jika terjadi takikardi dan suhu turun

kemungkinan adanya perdarahan berlebih atau adanya vitium kordis pada penderita. Pada masa puerperium umumnya denyut nadi normal berbeda dengan suhu tubuh yang biasanya meningkat, sedangkan pada pernafasan sedikit mengalami peningkatan tetapi setelah partus akan kembali normal.

3) Tekanan darah

Pada beberapa kasus di temukan adanya hipertensi postpartum yang akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit penyerta selama setengah bulan tanpa pengobatan.

3. Perubahan psikologis

Pada ibu biasanya terjadi perubahan pada psikologinya, berikut tahap perubahan psikologi pada ibu :

a. Periode taking in

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dua hari pertama hingga hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses melahirkan sering diceritakan berulang (Ambarwati, 2008).

b. Periode taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari postpartum. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan rasa tanggung jawabnya. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan

kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dan merawat dirinya sehingga muncul rasa percaya diri (Vivian, 2011).

c. Periode letting go

Fase dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 postpartum. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya (Damayanti, 2011).

4. Kebutuhan masa nifas

a. Nutrisi

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi yang seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui erat kaitannya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan bayi untuk tumbuh kembang bayi.

- 1) Kebutuhan kalori ibu kira-kira 640 kal/hari untuk 6 bulan pertama dan 510 kal/hari selama 6 bulan kedua untuk menghasilkan jumlah susu normal. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.
- 2) Protein tambahan yang ibu butuhkan kira-kira 20 gr protein diatas kebutuhan saat menyusui jumlah ini hanya 16% dari tambahan 500 kal yang dianjurkan. Protein diperlukan sebagai pertumbuhan dan pengganti sel yang rusak atau mati.

3) Ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter perhari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah. Air, mineral dan vitamin digunakan untuk memproteksi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh (Vivian, 2011).

b. Ambulasi

Ambulasi dini dapat menurunkan terjadinya thromboembolism dan dapat mempercepat penyembuhan klien. Thrombus dapat terjadi pada ibu yang berbaring lebih dari 8 jam. Ambulasi sederhana dapat dilakukan dengan cara : a) Fleksi dan ekstensi pada telapak kaki, b) Rotasikan telapak kaki, c) Fleksi an ekstensi pada kaki, d) Tekan lutut diatas tempat tidur (Regina, 2011).

c. Istirahat dan tidur

Hal-hal yang dapat dilakukan ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur sebagai berikut (Oktarina, 2016) :

- 1) Anjurkan ibu untuk beristirahat dengan cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 2) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan.

d. Eliminasi

- 1) Pengeluaran urin pada ibu akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke lima pasca partum dan sebaiknya ibu tidak menahan buang air kecil ketika terdapat rasa sakit pada jahitan

karena dapat menghambat kontraksi uterus sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebih.

- 2) Pada ibu post partum biasanya mengalami konstipasi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jika jahitan terbuka atau karena hemoroid. Hal tersebut dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum. Jika pada hari ketiga ibu belum bisa buang air besar maka ibu dapat menggunakan obat pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja.

e. Kebersihan diri pada ibu postpartum antara lain :

- 1) Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi pada kulit bayi.
- 2) Mengganti pembalut setiap kali darah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- 3) Membersihkan daerah genitalia dengan air dan sabun.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir ketika selesai membersihkan daerah genitalia.
- 5) Jika mempunyai luka episiotomy, hindari untuk menyentuh daerah luka (Sulistyawati, 2009).

5. Penatalaksanaan

- a. Observasi pada 2 jam setelah persalinan (adanya komplikasi perdarahan).

- b. Pada 6-8 jam setelah persalinan : istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan-kiri.
- c. Pada hari ke 1-2 : memberikan pendidikan kesehatan mengenai cara menyusui yang benar serta perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi saat masa nifas, pemberian informasi mengenai senam nifas.
- d. Pada hari ke 2 : mulai latihan duduk.
- e. Pada hari ke 3 : diperkenankan latihan berdiri dan berjalan.

6. Komplikasi

Menurut Regina, 2017 setelah pasca melahirkan ibu mengalami berbagai komplikasi, seperti: 1) Infeksi pada sel reproduksi, 2) Infeksi pada sel kemih, 3) Mastitis, 4) Penyakit thromboembolik postpartum, 5) Gangguan psychiatric pada post partum.

B. Konsep Dasar Inkontinensia urin

1. Pengertian Inkontinensia Urin

Menurut *International Continence Society* di definisikan keluarnya urin secara involuter yang menimbulkan masalah sosial dan *hygiene* sehingga secara objektif tampak nyata. Biasanya pada ibu post partum terjadi inkontinensia urin stress.

Inkontinensia urin merupakan pengeluaran urin tanpa disadari dalam jumlah dan frekuensi yang cukup. Sehingga dapat menimbulkan masalah pada kesehatan, sosial, psikologi, fisik, dan seksual (Askandar, 2015).

2. Klasifikasi

a. Inkontinensia stress

Dapat terjadi apabila terdapat tekanan di dalam perut seperti, bersin, bisa mengakibatkan kebocoran urin dari kandung kemih. Tipe ini sering terjadi pada wanita yang memiliki banyak anak dan ibu pasca melahirkan.

b. Inkontinensia mendesak

Kondisi ini terjadi karena kandung kemih mengalami kontraksi tanpa didahului untuk keinginan berkemih, hal ini terjadi karena syaraf mengalami penurunan fungsi.

c. Inkontinensia meluap

Pada pasien yang mengalami inkontinensia meluap akan mengeluh bahwa urinnya mengalir secara terus menerus. Hal ini disebabkan oleh obstruksi pada saluran kemih.

d. Inkontinensia reflek

Ini terjadi karena system pada syaraf pusat terganggu seperti pada penderita dimensia.

e. Inkontinensia fungsi

Inkontinensia ini disebabkan karena pasien mengalami kelemahan gangguan aktifitas ke belakang/ toileting. Pada kandung kemih dan saluran kemih tidak mengalami kerusakan persyarafan (Siti, 2008)

3. Etiologi

Pada ibu hamil biasanya terjadi inkontinensia urin stress. Penyebab inkontinensia urin stress adalah karena terdapat tekanan mendadak di kandung kemih, seperti tertawa atau bersin. Hilangnya kekuatan pada uretra bisa disebabkan oleh : 1) Kerusakan syaraf saat partum, 2) Kurangnya hormone pada wanita, 3) Mengonsumsi obat tertentu.

4. Manifestasi klinis

- a. Kebocoran urin secara involunter.
- b. Tonus otot panggul yang buruk.
- c. Defisiensi sfingter uretra.
- d. Kelebihan berat badan.

5. Patofisiologis

Inkontinensia urin stress terjadi akibat peningkatan tiba-tiba dalam tekanan intraabdomen seperti batuk dan bersin. Inkontinensia stress dapat mengikuti perlukaan pada struktur leher kandung kemih. Mekanisme pada sfingter leher kandung kemih akan menekan uretra bagian atas, menariknya ke atas dibelakang simfisis, dan membentuk sudut akut di persambungan dinding uretra posterior dengan dasar kandung kemih (sudut uretrovesikolo). Untuk mengosongkan kandung kemih, kompleks sfingter relaksasi, dan trigonum berkontraksi untuk membuka orifisium uretra interna dan menarik dinding kandung kemih yang berkontraksi ke atas, dan mendorong urin untuk keluar. Sudut antara uretra dan dasar

kandung kemih menghilang atau meningkat jika otot pubokoksigeus yang menyanggah terluka. Perubahan ini bersama dengan uretrokel, menyebabkan inkontinensia.

6. Komplikasi

Menurut para ahli komplikasi yang terjadi pada ibu setelah melahirkan dengan masalah kebocoran urin antara lain: a) Infeksi kandung kemih, b) Infeksi uretra, c) Iritasi vagina.

C. Konsep dasar asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor rekam medic, diagnosa medic, nama penanggung jawab, alasan masuk, keadaan umum, tanda-tanda vital.

b. Data riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan klien saat ini. Biasanya klien merasakan nyeri karena trauma akibat persalinan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit yang pernah diderita, yang ada hubungannya dengan penyakit klien sekarang.

3) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien ada juga yang memiliki riwayat persalinan yang sama.

4) Riwayat obstetrik

Yang perlu diketahui mengenai riwayat obstetrik pada klien meliputi :

a) Keadaan haid

Meliputi menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, jumlah dan warna darah yang keluar, encer, menggumpal, lamanya haid, nyeri atau tidak dan bau.

b) Riwayat kehamilan

Meliputi berapa kali melakukan ANC (Ante Natal Care), Selama kehamilan periksa dimana, apakah diukur tinggi badan dan berat badan selama masa kehamilan.

c) Riwayat persalinan

Meliputi riwayat persalinan yang baru terjadi, jenis persalinan spontan atau caesaria, penyulit selama persalinan.

c. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Frekuensi pernafasan biasanya mengalami peningkatan.

2) Nutrisi

Biasanya klien tidak mengalami gangguan pada nafsu makan. Kebanyakan ibu mengalami peningkatan nafsu makan hingga dua kali lipat dari jumlah yang biasanya dikonsumsi.

3) Eliminasi

Pada ibu post partum normal kadang-kadang mengalami kesulitan pada saat buang air kecil karena spincter uretra mengalami tekanan oleh kepala janin dan spame oleh iritasi musculus spincter ani selama persalinan.

Buang air besar. Jika belum buang air besar selama 2-3 hari post partum dapat mengakibatkan obstipasi maka diberikan obat laksans peroral atau perrektal atau bila belum berhasil diberikan obat pencahar/laksatif.

4) Istirahat/tidur

Biasanya klien tidak mengalami gangguan pada istirahat/tidurnya. klien mengalami gangguan pada suhu tubuhnya yang dapat mencapai lebih dari 37,5 °C.

5) Kebutuhan personal hygiene

Biasanya klien dalam pemeliharaan kesehatan terutama personal hygiene dibantu oleh keluarga.

6) Aktivitas

Biasanya klien post partum normal mengalami gangguan pada aktivitas dan kegiatan sehari-hari karena keadaannya yang lemah.

7) Gerak dan keseimbangan tubuh

Pada ibu post partum aktivitas sehari-hari berkurang, mengalami gangguan pada saat berjalan karena nyeri akibat adanya trauma persalinan.

8) Kebutuhan berpakaian

Biasanya pada klien tidak mengalami gangguan dalam kebutuhan berpakaian.

9) Kebutuhan keamanan

Apakah klien merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

10) Sosialisasi

Bagaimana klien dapat berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini

11) Kebutuhan spiritual

Apakah klien menjalankan ajaran agamanya ataukah terhambat karena keadaan yang dialaminya sekarang.

12) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Biasanya pada klien dalam memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi tidak terpenuhi karena kondisinya lemah.

13) Kebutuhan belajar

Biasanya klien berusaha untuk mencari tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien lemah

2) Kesadaran

Kesadaran pada klien umumnya composmentis

3) Pemeriksaan tanda-tanda vital

- 
- a) Suhu : Meningkatkan di atas 37,5°C.
 b) Nadi : Meningkatkan (> 90 x/menit).
 c) Pernafasan : Meningkatkan (> 20 x/menit).
 d) Tekanan darah : Normal 120/80 mmHg.

e. Pemeriksaan fisik head to toe

1) Kepala dan rambut

Meliputi bentuk kepala, kulit kepala apakah kotor atau berketombe, rambut apakah terlihat lusuh atau kusut, apakah ada luka atau laserasi.

2) Wajah

Meliputi warna kulit apakah pucat atau tidak, bentuk wajah.

3) Mata

Meliputi bentuk bola mata , gerakan mata apakah ada atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, bentuk mata simetri atau tidak.

4) Hidung

Meliputi kebersihan, ada apakah tdk sputum, dan polip.

5) Telinga

Meliputi apakah ada tidaknya kelainan anatomi dan fungsi pendengaran, bagaimana kebersihan telinga.

6) Mulut, bibir dan faring

Meliputi bentuk bibir apakah simetris atau tidak, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya kelainan bicara.

7) Gigi

Meliputi jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan pada gusi, karang gigi.

8) Leher

Meliputi ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

9) Integument

Meliputi warna kulit apakah pucat atau tidak, kebersihan, turgor, tekstur kulit.

10) Thorax

Meliputi ada tidaknya suara ronchi, ada tidaknya kolostrum, apakah puting susu masuk atau tidak, apakah tampak kotor atau tidak.

11) Payudara

Meliputi pembesaran payudara, areola mammae warnanya lebih gelap, papilla menonjol, keluar ASI.

12) Abdomen

Meliputi ada tidaknya distensi abdomen, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat, bagaimana dengan bising usus, apakah ada nyeri tekan.

13) Genetalia

Meliputi bagaimana pengeluaran lochea, warnanya, banyaknya, baunya, dan apakah ada edema pada vulva.

14) Ektremitas atas

Meliputi kesimetrisan, ujung-ujung jari sianosis atau tidak ada tidaknya edema.

15) Ekstremitas atas

Meliputi kesimetrisan, ada tidaknya edema, sianosis, bagaimana pergerakannya, reflex patella.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan (luka episiotomy), involusi uteri, pembengkakan payudara ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah genitalia, nyeri pada payudara, payudara bengkak, ekspresi wajah meringis.
- b. Perubahan eliminasi BAK berhubungan dengan trauma perineum dan saluran kemih. .
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir.

3. Rencana keperawatan

- a. Diagnosa

Nyeri akut berhubungan dengan peregangan perineum; luka episiotomy; involusi uteri; pembengkakan payudara ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada daerah genitalia, payudara membengkak dan nyeri, ekspresi wajah meringis.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat :

- 1) Mengontrol nyeri dengan kriteria hasil :
 - a) Klien dapat mengetahui penyebab nyeri, onset nyeri.
 - b) Klien mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.
 - c) Klien mampu mengenal tanda-tanda pencetus nyeri.

- d) Klien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 2) Menunjukkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :
- a) Klien mampu mengenal skala, intensitas, frekuensi, dan lamanya episode nyeri.
 - b) Klien mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
 - c) Tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - d) Ekspresi wajah tenang.

Intervensi

- 1) Manajemen nyeri :
- a) Kaji secara komprehensif tentang nyeri meliputi : lokasi, karakteristik, onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan factor presipitasi.
 - b) Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif.
 - c) Gunakan komunikasi secara terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri.
 - d) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misalnya : relaksasi, terapi music, distraksi, massage).
 - e) Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang digunakan.

- f) Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup.
- g) Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri.

2) Pemberian analgetik :

- a) Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas dan keparahan sebelum pengobatan.
- b) Berikan obat dengan 5 prinsip benar.
- c) Cek riwayat alergi obat.
- d) Pilih analgetik secara tepat.
- e) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.
- f) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping).

b. Diagnosa

Gangguan eliminasi BAK berhubungan dengan tingginya tekanan intrabdomen/kelemahan otot pelvis dan inkompetensi sfingter sekunder akibat melahirkan.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urin kembali normal dengan kriteria hasil :

- 1) Klien dapat BAK secara normal.
- 2) Urin output normal.

Intervensi :

- 1) Kaji pola berkemih/inkontinensia dan asupan cairan
- 2) Menghindari periode berdiri lama.
- 3) Anjurkan klien berkemih sedikitnya 2 jam sekali.
- 4) Ajarkan klien untuk mengidentifikasi otot dasar pelvis dan kekuatannya dengan latihan fisik. Jelaskan hubungan penurunan produksi estrogen dan inkontinensia stress.
- 5) Anjurkan krim estrogen vagina.
- 6) Jika tidak ada perbaikan, rujuk ke ahli urologi untuk evaluasi kemungkinan ketidakstabilan atau antoni destrusor, obstruksi mekanis, atau cedera neuron.

c. Diagnosa

Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat meningkatkan pertahanan dengan kriteria hasil :

- 1) Tidak ada tanda infeksi
- 2) Tanda vital dalam rentang normal
- 3) Tidak ada peningkatan jumlah leukosit
- 4) Tidak ada pus di daerah luka perineum

Intervensi :

- 1) Gunakan sabun sebelum kontak dengan klien

- 2) Lakukan perawatan vulva dan perineum
- 3) Anjurkan klien untuk mengganti pembalut setiap kotor
- 4) Monitor tanda gejala infeksi sistemik
- 5) Monitor nilai absolute sel darah putih
- 6) Ajarkan klien dan keluarga untuk melaporkan tanda dan gejala infeksi pada petugas kesehatan

D. Konsep Penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Pengertian

Senam kegel merupakan suatu latihan pada otot panggul *pubocoxygeus* yang semula digunakan untuk terapi pada perempuan yang kesulitan mengontrol keluarnya urin terutama pasca melahirkan.

2. Tujuan

- a. Memperkuat otot panggul.
- b. Mencegah robekan perineum.
- c. Mencegah prolaps uteri.
- d. Mengatasi inkontinensia urin.
- e. Mempermudah persalinan.

3. Indikasi

- a. Untuk ibu hamil dan bersalin.
- b. Untuk ibu pasca melahirkan.
- c. Untuk lansia dengan masalah inkontinensia urin.

4. SOP kegel exercise

a. Fase interaksi

- 1) Memberikan salam
- 2) Memperkenalkan diri
- 3) Memeriksa identitas pasien dengan melihat Nama, No RM, Tanggal lahir
- 4) Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
- 5) Berikan kesempatan pasien untuk bertanya tentang prosedur.
- 6) Mengontrak waktu.
- 7) Mengontrak waktu
- 8) Menutup privasi
- 9) Anjurkan pasien untuk berkemih terlebih dahulu.
- 10) Pasien dipersiapkan untuk mengikuti latihan .

b. Fase kerja

- 1) Menyiapkan pasien dan tempat
- 2) Meposisikan pasien dengan nyaman bisa dengan duduk, terlentang ataupun berdiri.
- 3) Instruksikan pasien untuk berkonsentrasi pada otot panggul.
- 4) Instruksikan pasien untuk mengencangkan otot-otot di sekitar anus, dengan cara kaki ditebuk dan mengangkat pantat ditahan 5 sampai 10 detik.

- 5) Kemudian minta pasien merelaksasikan otot-otot secara keseluruhan.
 - 6) Ulangi latihan tersebut selama kurang lebih 15 menit.
- c. Fase Evaluasi
- 1) Bereskan alat
 - 2) Rapihkan pasien
 - 3) Menanyakan hasil setelah dilakukan tindakan *kegel exercise*
 - 4) Kontrak waktu selanjutnya
 - 5) Mengucapkan terimakasih dan berpamitan

