

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Nokturia

2.1.1 Definisi Nokturia

Nokturia adalah berkemih di malam hari dapat merupakan gejala penyakit ginjal/dapat terjadi pada orang yang minum dalam jumlah besar sebelum tidur, nokturia merupakan berkemih berlebihan pada malam hari (Potter, 2006).

Nokturia adalah gangguan kesehatan manusia berupa keinginan buang air kecil berulang-ulang ketika tidur. Pengidapnya sering terbangun pada malam hari karena ingin buang air kecil (Vivian, 2011).

2.1.2 Etiologi Nokturia Pada Kehamilan

- a) Pembesaran uterus pada rongga pelvik yang menyebabkan tekanan pada kandung kemih selama trimester pertama dan ketiga.
- b) Tekanan yang berasal dari bagian janin yang masuk ke jalan lahir.
- c) Peningkatan saluran ginjal (Morgan, 2010)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester pertama, dimungkinkan karena terjadinya peningkatan berat pada rahim sehingga membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar), hal ini menyebabkan posisi rahim menjadi antefleksi sehingga menekan kandung kemih secara langsung. Sedangkan peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan

menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011).

2.1.3 Patofisiologi Nokturia

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya adalah nocturia (Kusmiati, 2009). Nocturia disebabkan karena meningkatnya sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandug kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari pangggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Hanni, 2011).

2.1.4 Cara Mengatasi Nokturia

- a) KIE tentang penyebab nokturia.
- b) Kosongkan kandung kemih ketika ada dorongan.
- c) Perbanyak minum di siang hari.
- d) Jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan.
- e) Hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis.
- f) Tidak memerlukan pengobatan farmakologis (Hanni, 2011)

g) Tingkatkan kebersihan genetalia (Kusmiati, 2008)

2.1.5 Tanda-tanda Bahaya dari nokturia

- a) Wanita hamil dengan nokturia dapat berisiko untuk terkena infeksi saluran kemih dan pyelonefritis karena ginjal dan kantung kemih berubah.
- b) Dysuria (rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih).
- c) Oligouria.
- d) Asimtomatik bakteririnuria yang umum dijumpai pada kehamilan (Vivian, 2011).

2.1.6 Pencegahan Infeksi Saluran Kencing pada Nokturia

- a) Perbanyak minum air putih higienis (waspada air galon isi ulang).
- b) Berceboklah dengan cara dari depan kebelakang untuk mencegah bakteri dari anus masuk ke vagina.
- c) Jangan menahan kencing bila ingin buang air kecil.
- d) Mandi dengan gayung/shower, tidak dengan bath tub.

2.1.7 Perubahan Sistem Urinaria pada Kehamilan Trimester III

Ginjal berfungsi mempertahankan keseimbangan elektrolit dan asam basa, mengekskresi produk sampah dan menyimpan nutrien yang sangat penting (Marmi, 2011)

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).

Dalam keadaan normal, aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasakan ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring atau miring.

Pada akhir kehamilan peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung (Sulistyawati, 2009).

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara bertahap dan sistematis dan melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan.

2.2.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah (Varney, 2008).

2.2.3 Standart 7 langkah Helen Varney:

(1) Langkah I: Tahap pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti:

- a) Riwayat kesehatan
- b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c) Peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- d) Data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

(Asrinah, 2010).

(2) Langkah II: Interpretasi data dasar

Pada tahapan ini bidan mengidentifikasi diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah seringkali berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini seringkali menyertai diagnosis (Saminem, 2010).

(3) Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi, atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis / masalah potensial ini benar-benar terjadi (Saminem, 2010).

(4) Langkah IV: Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Pada tahapan ini, bidan mengidentifikasi perlu / tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter, dan / atau kondisi yang perlu di konsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan proses management kebidanan. Dengan kata lain, management bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan (Saminem, 2010).

(5) Langkah V: Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada tahapan ini, bidan merencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut langkah-langkah sebelumnya. Tahapan ini merupakan kelanjutan management diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi / data yang tidak lengkap (Saminem, 2010).

(6) Langkah VI: pelaksanaan langsung dengan efisien dan aman

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam upaya kolaborasi dengandokter untuk menganani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan bersama tersebut. Management

yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien (Saminem, 2010).

(7) Langkah VII: Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan, yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien (Hidayat, 2009).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 KEHAMILAN

1. Pengumpulan data dasar

A. SUBYEKTIF

1) Keluhan utama

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya adalah nocturia (Kusmiati, 2009).

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Keluhan trimester 3: Ketidaknyamanan ibu hamil trimester 3 yaitu nokturia (Sulistyawati, 2009).

3) Pola kesehatan fungsional

a. Nutrisi

Perbanyak minum di siang hari, jangan kurangi minum di malam hari kecuali mengganggu tidur dan mengalami kelelahan, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis (Hanni, 2011).

b. Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011).

c. Kebersihan diri

Tingkatkan kebersihan genetalia (Kusmiati, 2008).

2. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa

G...(PAPIAH), usia kehamilan, hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik (Saminem, 2009).

2) Masalah : nokturia lebih dari 4x pada malam hari.

3) Kebutuhan :

- a) KIE tentang penyebab nokturia.
- b) HE untuk mengatasi nokturia.
- c) HE untuk mencegah agar tidak terjadi ISK pada nokturia

3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Infeksi Saluran Kencing (Geri, 2009)

4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Tidak ada

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

1) Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai penyebab nokturia.

Rasional : pemahaman tentang penyebab terjadinya keluhan dapat meningkatkan pengetahuan ibu dan kerjasama antara pasien dengan petugas kesehatan.

2) HE untuk mengatasi nokturia.

Rasional : pengurangan asupan cairan sebelum tidur malam akan menjadikan wanita hamil tidak perlu bolak-balik kamar mandi pada saat mencoba tidur (Varney, 2007).

3) HE untuk mencegah terjadinya ISK pada nokturia

Rasional : meningkatkan pengetahuan ibu dan kerjasama dalam mengenali secara dini tentang ISK.

4) Tidak memerlukan pengobatan farmakologis

Rasional : terjadinya nokturia secara dini tidak memerlukan pengobatan secara farmakologis, akan tetapi dapat dikurangi dengan penatalaksanaan pengaturan intake cairan dengan benar.

2.3.2 PERSALINAN

1. Pengumpulan Data Dasar

I. SUBYEKTIF

1) Keluhan utama : Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan oleh klien yaitu sejak kapan perut terasa nyeri (mules), jarak setiap rasa sakit, lamanya rasa sakit, dan sudah mengeluarkan lendir bercampur darah, atau cairan (Manuaba, 2010).

Pengeluaran pervaginam

- a. Show: Pengeluaran mukus tercampur darah yang dikeluarkan pervaginam dikenal sebagai operculum, tetapi tidak selalu mengidentifikasi awitan persalinan (Medforth, 2012).
 - b. Ketuban pecah: Ini terjadi setiap saat selama atau sebelum persalinan. Yang lebih sering, pada persalinan normal spontan tanpa intervensi, ketuban akan pecah saat dilatasi serviks 9 cm atau lebih (Medforth, 2012).
- 2) Pola Fungsional
- a. Nutrisi

Menjelang persalinan ibu diperbolehkan makan dan minum sebagai asupan nutrisi yang dipergunakan nanti untuk kekuatan meneran (Manuaba, 2010).
 - b. Eliminasi

BAB sebelum persalinan kala II, rectum yang penuh akan menyebabkan ibu merasa tidak nyaman dan kepala tidak masuk ke dalam PAP. Pastikan ibu mengosongkan kandung kemih, paling tidak 2 jam (Manuaba, 2010).
 - c. Istirahat

Pada proses persalinan klien dapat miring kiri tujuannya memperlancar proses oksigenasi pada bayi. Klien dapat mengatur teknik relaksasi/istirahat sewaktu tidak ada kontraksi. Dalam

mengatur teknik relaksasi / istirahat dapat membantu mengeluarkan hormon endorphen dalam tubuh (Yanti, 2009).

d. Personal hygiene.

Bila ibu inpartu, di anjurkan untuk sering berkemih dan membersihkan daerah genetalia dengan bersih sebagai antisipasi akan adanya infeksi dari urine yang dikeluarkan (Sofian, 2011).

e. Aktivitas

Ibu yang sedang dalam proses persalinan mendapatkan posisi yang paling nyaman, ia dapat berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan sering kali memperpendek waktu persalinan (APN, 2008).

II. OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

- a. Tekanan Darah: batas normal 110/70 mmHg-130/90 mmHg dengan pemeriksaan saat tidak ada HIS, jika naik curigai adanya pre eklamsi / eklamsi dengan ditunjang pemeriksaan urine, dan jika menurun curigai adanya perdarahan (Fatmawati, 2011).
- b. Nadi : batas normal ibu bersalin antara 80-100 kali/menit, jika nadi ibu meningkat kemungkinan dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan (Fatmawati, 2011).
- c. Suhu : batas normal ibu bersalin antara 36.5⁰C-37,5⁰C, jika naik curigai adanya infeksi (Fatmawati, 2011).

- a) Leopold I : TFU 3 jari di bawah prosesus xipoid (Sarwono, 2010). Teraba bulat, tidak melenting.
- b) Leopold II : Punggung kanan / punggung kiri.
- c) Leopold III : Teraba bagian bulat, keras, melenting tidak dapat digoyangkan.
- d) Leopold IV : Kepala teraba 2/5 diatas tepi symphis.
- e) TBJ : $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \dots$ berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka $n = 11$ (Kusmiyati,2010).
- f) DJJ : Normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilicus (Feryanto, 2011).
- g) His 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih (APN, 2008) (Prawiroharjo, 2010).
- d. Genetalia : Pengeluaran pervaginam (blood show), tidak ada infeksi genetalia, tidak ada odema, tidak ada varices.
- e. Pemeriksaan dalam : Tidak teraba tonjolan spina, servik lunak, mendatar, pembukaan servik \emptyset 1-10 cm, effecement 25-100 %, ketuban utuh, denominator UUK kidep/kadep, presentasi kepala, tidak ada molase, Hodge I – IV.

2) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Urine: albumin urine : Negatif (-), protein urine (-), jika terdapat albumin reduksi positif curigai pre eklamsi/eklamsi intrapartum (Saifuddin, 2007).

3) Pemeriksaan Lain

- a) Tes lakmus/ Nitrazin test: Air ketuban mempunyai sifat basa, jika lakmus merah berubah menjadi biru (Prawirohardjo, 2010).
- b) NST: Frekuensi denyut jantung janin yang sehat tidak dipengaruhi kontraksi uterus (Prawirohardjo, 2002).

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa: GPAPIAH Usia Kehamilan 37-40 minggu, Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.
- b. Masalah: rasa takut, ngeri, rasa cinta dan benci, keragu-raguan dan kepastiaan kegelisahan, rasa tenang, bahagia, harapan penuh kegembiraan dan kecemasan (Sujiati, 2012).
- c. Kebutuhan: Dukungan emosional, dampingi ibu saat persalinan, berikan posisi yang nyaman, berikan makan dan minum.

3. Identifikasi Diagnosa / Masalah Potensial yang Membutuhkan Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Tidak ada

5. Penyusunan Rencana (Planning)

KALA I

- a. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (Primigravida) / 11 jam (Multigravida) diharapkan terjadi pembukaan lengkap (10 cm), adanya dorongan meneran yang semakin meningkat, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka (APN, 2008).
- b. Kriteria Hasil: Keadaan umum ibu dan janin baik, pembukaan lengkap, effacement 100%, ketuban pecah jernih, terdapat penurunan bagian terbawah janin, his adekuat dan terdapat gejala kala II (Dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

6. Intervensi

- a. Informasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya kepada ibu dan keluarganya.

Rasional: Pengetahuan yang cukup tentang kondisi ibu dan janin dapat meningkatkan kerjasama antara petugas dan keluarga (APN, 2008)

- b. Lakukan informed consent pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan.

Rasional: Adanya informed consent sebagai kekuatan hukum atas tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan

- c. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasional: SOP APN

- d. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Rasional: SOAP APN.

e. Beri asuhan sayang ibu

a) Berikan dukungan emosional.

Rasional: Keadaan emosional sangat mempengaruhi kondisi psikososial klien dan berpengaruh terhadap proses persalinan (APN, 2008).

b) Atur posisi ibu.

Rasional: Pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.

Rasional: Pemenuhan kebutuhan nutrisi selama proses persalinan.

d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.

Rasional: Tidak mengganggu proses penurunan kepala.

e) Lakukan pencegahan infeksi.

Rasional: Terwujud persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi, dan pencegahan infeksi silang (Depkes RI, 2008).

f) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.

Rasional: Observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

g) Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasional: Saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

h) Ajarkan teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, yakni dengan menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasional: Teknik relaksasi memberi rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

- i) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf

Rasional: Standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

- j) Persiapan Rujukan.

Rasional: Apabila terdapat penyulit dalam melakukan Asuhan, langsung dapat merujuk ke fasilitas yang sesuai tanpa adanya suatu keterlambatan (Depkes. RI, 2008).

a. KALA II

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 1 jam(Multi) / \pm 2 jam (Primi) diharapkan bayi dapat lahir spontan dan selamat (APN, 2008).
- 2) Kriteria Hasil : ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, bayi menangis kuat, bayi bernafas spontan, gerak bayi aktif, kulit kemerahan.
- 3) Implementasi: Lakukan pertolongan sesuai dengan APN 58 langkah di mulai dari 1-26 Langkah APN.

b. KALA III

- 1) Tujuan: Setelah melakukan asuhan kebidanan selama \pm 30 menit diharapkan plasenta dapat lahir spontan (APN, 2008).
- 2) Kriteria Hasil: Plasenta lahir lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, UC keras, kandung kemih kosong, tidak terdapat perdarahan.
- 3) Implimentasi: melanjutkan Langkah APN ke 27-41.

c. KALA IV

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 2 jam diharapkan tidak terjadi komplikasi (APN, 2008).
- 2) Kriteria Hasil: KU ibu dan janin baik, TTV (TD, nadi, RR) dalam batas normal, BB bayi normal, PB bayi normal, JK laki-laki/perempuan, TFU 2 jari bawah pusat, uterus berkontraksi baik, UC keras, kandung kemih kosong, dan tidak terjadi perdarahan.
- 3) Implementasi: Lanjutkan langkah APN 42-58.

2.3.3 NIFAS

1. Pengumpulan Data Dasar

A. SUBYEKTIF

- 1) Keluhan utama:

Perut kram, nyeri perineum, mastitis, postpartum blues, depresi berat, psikosis post partum (Suherni, 2009).
- 2) Pola Kesehatan Fungsional
 - a. Pola nutrisi

Intake nutrisi harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama persalinan dan persiapan menyusui (Prawirohardjo, 2010).
 - b. Pola eliminasi

Ibu BAK 1-2x dan belum BAB (Sulistyawati, 2009).
 - c. Pola personal hygiene

Mandi 2x/hari, mengganti pembalut setiap kali mandi, BAK/BAB, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut, mengganti pakaian 1x/hari (Suherni, 2009).

d. Pola istirahat tidur

Istirahat siang 1-2 jam, istirahat malam 6-7 jam (Suherni, 2009).

e. Pola aktivitas

Mobilisasi dini dimulai dari tahapan miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, berjalan, dan melakukan aktivitas secara bertahap (Suherni, 2009).

f. Riwayat psikososiospiritual

Psikologis ibu selama masa nifas sering ditanda dengan perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih, atau cepat berubah menjadi senang (Suherni, 2009).

B. OBYEKTIF

1) Pemeriksaan umum

- a) Tekanan darah: 110/70 mmHg – 130/90 mmHg, jika turun curigai adanya perdarahan post partum, jika meningkat petunjuk adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Suherni, 2009).
- b) Pernafasan: 20-24 kali/ menit, jika > 30 kali/menit petunjuk adanya ikutan tanda-tanda syok (Suherni, 2009).
- c) Nadi: Cenderung menurun 60 kali/menit, jika meningkat kira-kira 110 kali/menit bisa juga gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh (Suherni, 2009).
- d) Suhu: Cendertung terjadi kenaikan antara 37,2⁰C-37,5⁰C, jika meningkat sampai 38⁰C pada hari kedua sampai hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni, 2009).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Odema/tidak (gejala pre eklamsi), pucat/tidak akan adanya rasa nyeri yang dirasakan atau tanda anemia pada ibu nifas (Sarwono, 2007).
- b) Mata: Conjunktiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), bila merah conjungtivitis, kelopak mata bengkak kemungkinan menangis atau adanya tanda gejala preeklamsi (Suherni, 2009).
- c) Payudara: Membesar, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol/tidak, colostrum sudah keluar/belum, bersih (Modul 2 Dep.Kes RI, 2002).
- d) Abdomen: TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong (Suherni, 2009).
- e) Genetalia: Tidak ada condiloma acuminata, tidak oedema, adanya pengeluaran pervaginam yaitu terdapat lochea rubra, ada luka jahitan/ tidak.
- f) Ekstremitas bawah: Tidak ada oedema, tidak varices, tidak ada gangguan pergerakan
- g) Pemeriksaan laboratorium
Darah: Hb \geq 11gr%,dilakukan pada hari ke 2-3 setelah melahirkan (Medforth, 2012).

2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa: PAPIAH Post Partum Hari ke-
- b. Masalah: nyeri, infeksi, cemas, perawatan perineum, payudara, ASI eksklusif, kebutuhan KB, gizi, tanda bahaya, menyusui (Setyo, 2011).

- c. Kebutuhan: KIE penyebab nyeri perineum, pola personal hygiene, pola aktivitas, dan pola nutrisi (Medforth, 2012).

3. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Tidak ada

4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera / Kolaborasi / Rujukan

Tidak ada

5. Intervensi

a. Kunjungan 1 (6-8 jam)

- 1) Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan apabila perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 7) Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

Rasional : SOP masa nifas

Berikan 1 kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 SI segera setelah melahirkan dan vitamin A dengan dosis 200.000 SI dengan jarak pemberian dari kapsul pertama dan kedua minimal 24 jam.

b. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.

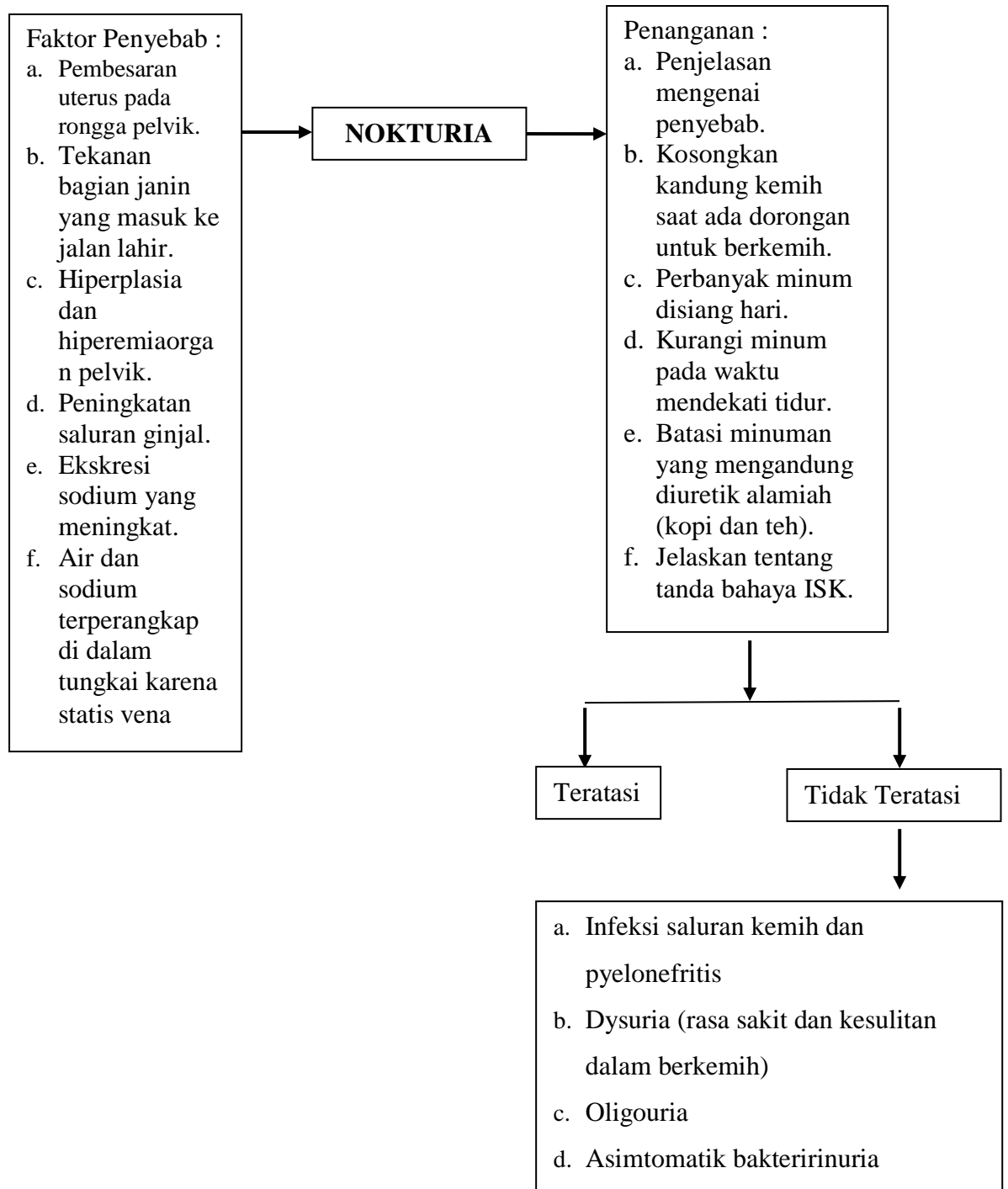
c. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Sama seperti hari ke enam setelah persalinan

d. Kunjungan keempat, waktu : 6 minggu setelah persalinan

- 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Suherni, 2009)

2.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Nokturia



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Nokturia