

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Definisi nokturia

Nokturia merupakan buang air kecil berkali-kali pada malam hari lebih dari 4x/hari, selain itu juga penderita sangat ingin berkemih (Setiati, 2009).

Nokturia adalah berkemih empat kali atau lebih di malam hari. Seperti frekuensi, nokturia biasanya dijelaskan dalam beberapa hal berapa kali seseorang bangun dari tempat tidur untuk berkemih (Varney, 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

- a. Pembesaran uterus pada rongga pelvik yang menyebabkan tekanan pada kandung kemih selama trimester pertama dan ketiga
- b. pada bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan .
- c. fungsi ginjal berubah karena adanya hormon kehamilan, peningkatan volume darah, postur wanita, aktifitas fisik dan asupan makanan
- d. Pada nokturia mungkin disebabkan karena produksi urin meingkat ataupun karena kapasitas kandung kemih yang menurun. Orang yang mengonsumsi banyak air sebelum tidur, apalagi mengandung alkohol dan kopi dapat menyebabkan produksi urin meningkat (Muttaqin, 2011).

2.1.3 Patofisiologi

Pada bulan pertama kehamilan (Trimester I) kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini hilang dengan tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul, ginjal wanita harus mengakomodasi tuntutan metabolisme, sirkulasi tubuh ibu yang meningkat dan juga mengekresi produksi sampah janin. Fungsi ginjal berubah dengan karena adanya hormon kehamilan, peningkatan volume darah, postur wanita, aktifitas fisik dan asupan makanan. Sejak minggu ke-10 gestasi pelvis ginjal dan ureter berdilatasi. Ginjal pada kehamilan sedikit bertambah besar, panjang bertambah 1-1,5 cm, volume renal meningkat 60 ml dari 10 ml pada wanita yang tidak hamil. Protein urin secara normal disekresikan 200-300 mg/hari, bila melebihi 300mg/hari maka harus di waspadai terjadi komplikasi.

Pada trimester ketiga pada kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan keluhan sering kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kekanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Suryati, 2011).

2.1.4 Tanda bahaya

- a. Wanita hamil beresiko untuk terkena infeksi saluran kemih dan pylonefritis karena ginjal dan kantong kemih berubah.
- b. Dysuria (tidak bisa buang air kecil).
- c. Oligoria (produksi urine sedikit).
- d. Asistomatik bakteri uria yang umum dijumpai pada kehamilan.(Vivian, 2011)

2.1.5 Penatalaksanaan

- a. Penjelasan mengenai terjadinya sering buang air kecil (Nocturia)
- b. Perbanyak minum pada siang hari
- c. Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang banyak mengandung gula
- d. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur pada malam hari
- e. Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing
- f. Batasi minum kopi, teh, dan soda (Romauli, 2011)

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah dengan metode pengaturan, pemikiran dan tindakan dalam suatu urutan yang logis baik pasien maupun petugas kesehatan (Sudarti, 2010)

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien.

1) Pengumpulan Data Dasar

1. Riwayat Kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan

3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010).

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

1. Diakui dan telah diisyahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktek kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan (Muslihatin, 2009).

3) Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

4) Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan (Soepardan, 2008).

5) Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini merupakan kelanjutan menejeman terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural atau psikologis (Soepardan, 2008).

6) Melaksanakan Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus dilaksanakan segera 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. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan

pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008).

7) Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaan (Asrinah, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan pada kehamilan, persalinan dan nifas

2.3.1 Kehamilan

1) Pengkajian

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan buang air kecil berkali-kali pada malam hari lebih dari 4x/hari (Setiati, 2009).

2. Pola kesehatan fungsional

a. Nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Kebutuhan energy pada ibu hamil trimester akhir, penambahan 300 kkal/hari (nurul jannah.2012). Asupan kalsium yang tidak adekuat & tidak seimbang (Morgan, 2009). Pada wanita hamil kebutuhan air akan meningkat sampai 10-12 gelas perhari (Utami, 2009)

b. Istirahat

Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu menjelang tidur pada siang hari 2-3 jam dan pada malam hari 7-8 jam dan sering terbangun pada malam hari (Jannah, 2012).

c. Aktivitas

Aktivitas yang harus dihindari yaitu aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri terlalu lama, mengangkat sesuatu yang berat, paparan dengan radiasi (Kusmiati, 2009).

d. Pola eliminasi

Frekuensi berkemih pada trimester ketiga terjadi akibat sering kencing lebih dari 4x/hari (Varney, 2007). Dan volume cairan yang dikeluarkan lewat urine 1400 cc (Aziz, 2012)

e. Pola kebersihan diri

Mandi diperlukan untuk kebersihan selama kehamilan, terutama karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan (Varney, 2007).

f. Pola seksual

Minat menurun lagi libido dapat turun kembali ketika kehamilan memasuki trimester ketiga. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual (Kusmiyati, 2009).

B. Obyektif

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : Wajah pucat (anemia), wajah odema (bahaya kehamilan), cloasma gravidarum akibat deposit pigmen yang berlebihan.
- b. Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), bila merah conjungtivitis, kelopak mata bengkak kemungkinan ada preeklamsi.
- c. Leher : adanya pembengkakan kelenjar tiroid (kreatinisme).
- d. Mulut & gigi : mukosa bibir lembab, stomatitis, caries gigi menandakan kekurangan kalsium, gingivitis.
- e. Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol, kebersihan cukup, tidak terdapat nyeri tekan, terdapat tidak ada benjolan abnormal, kolostrum keluar.
- f. Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan, tidak tampak bekas operasi, linia nigra, striae alba, terdapat braxton hick, TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus, Konvergen/divergen, Primi \geq 36 minggu sudah enggamen (Prawirohardjo,2009).
- g. TFU Mc. Donald

Tabel 2.1 TFU berdasarkan Mc.Donald

TFU dalam cm	UK dalam bulan
30 cm	8 bulan
33 cm	9 bulan

- h. TBJ : $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{Berat (gram)}$. Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka $n = 11$ (Kusmiyati, 2010).

- i. 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).
 - j. Genetalia : tidak ada odema pada vulva atau varises pada vagina, bagaimana personal hygienenya, anus tidak ada haemoroid (Varney, 2007).
 - k. Ekstremitas : rentang geraknya normal, turgor normal, acral hangat, tidak terdapat oedema (Saminem,2010).
2. Pemeriksaan Panggul
 - (1) Distancia Spinarum : 24-26 cm.
 - (2) Distancia cristarum : 28-30 cm.
 - (3) Conjugata eksterna : 18-20 cm.
 - (4) Lingkar panggul : 80-90 cm.
 - (5) Distancia tuberum : 10,5 cm (Sulistyawati, 2009).
3. Pemeriksaan Laboratorium
 - a. Darah : pada trimester III, $Hb \geq 11$ gr %, jika $Hb < 11$ gr% dapat berakibat janin tidak berkembang dengan baik, prematuritas, perdarahan post partum, persalinan lama. (Rochjati, 2003).
 - b. Urine : albumin urine : negatif (-), protein urine (-) jika terdapat albumin reduksi positif, identifikasi pre eklamsi/ eklamsi selama kehamilan (Depkes RI, 1992).
4. Pemeriksaan Lain

USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi janin bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya abnormalnya janin.

NST: idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ, ada atau tidaknya Braxton his, aktif atau tidaknya gerak janin (Prawirohardjo, 2009).

2) Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa :

G...(PAPIAH), usia kehamilan, anak hidup/mati, anak tunggal/kembar, letak anak, intrauterine/extrauterine, keadaan jalan lahir, keadaan umum penderita dan janin baik (Saminem, 2009).

2. Masalah : sering buang air kecil (Kusmiati, 2009).

3. Kebutuhan : pola nutrisi dan pola istirahat, (Kusmiati, 2009).

3) Antisipasi diagnose dan masalah potensial

Masalah potensial pada kehamilan fisiologis tidak ada masalah potensial pada ibu dan janin. Suatu kehamilan dikatakan terdapat diagnosa masalah potensial jika adanya masalah yang serius dari kehamilan klien (Kusmiati, 2009).

4) Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera tidak ada

5) Intervensi

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

Rasionalisasi : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janinnya (Doengoes, 2001).

2. Jelaskan kepada ibu mengenai peningkatan frekuensi berkemih

Rasionalisasi : hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih akibat dari lightning (Varney, 2007)

3. Berikan HE tentang cara mengatasi sering kencing

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

4. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang.

Rasionalisasi : nutrisi pada ibu hamil dibutuhkan tambahan kalori 285 kkal/hari, protein 75-100 gram/hari, zat besi 30-60 gram/hari, dimana dapat menunjang pertumbuhan ibu dan janin (Sulistyawati, 2009).

5. Anjurkan ibu beristirahat

Rasionalisasi : memenuhi kebutuhan metabolik, serta meningkatkan aliran darah ke uterus dan dapat menurunkan kepekaan/aktivitas uterus (Doengoes, 2001).

6. Jelaskan pada ibu tanda bahaya kehamilan trimester 3.

Rasionalisasi : membantu ibu membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat (Doengoes, 2001).

7. Jelaskan tanda-tanda persalinan

Rasionalisasi : membantu ibu mengenali terjadinya persalinan sehingga membantu dalam proses penanganan yang tepat waktu (Doengoes, 2001).

8. Berikan multivitamin

Rasionalisasi : vitamin, besi sulfat dan asam folat membantu mempertahankan kadar Hb normal. Kadar Hb rendah mengakibatkan kelelahan lebih besar karena penurunan jumlah oksigen (Doengoes, 2001).

9. Anjurkan kontrol ulang

Rasionalisasi : kunjungan ulang pada kehamilan trimester III setiap 1 minggu sekali (Sulistyawati, 2011).

2.3.2 Pengkajian Persalinan

1. Pengkajian

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Ibu mengeluh perutnya terasa (nyeri) mules, jarak rasa sakit semakin pendek, semakin lama dan sudah mengeluarkan lender bercampur darah atau cairan (Manuaba, 2010).

2. Riwayat Obstetrik yang Lalu

Sesuai dengan pengkajian riwayat obstetri yang lalu pada kehamilan.

3. Riwayat kehamilan sekarang

Frekwensi pergerakan untuk mengkaji kesejahteraan janin dan denyut jantung janin untuk mengkaji status janin (Varney, 2008).

4. 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 endorphin dalam tubuh (Yanti, 2009).

d. Personal hygiene.

Bila ibu inpartu, di anjurkan untuk sering berkemih dan membersihkan daerah genitalia 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).

f. Psikologi

Kelahiran seorang bayi akan mempengaruhi kondisi emosional (seluruh keluarga, jadi usahawan agar suami/ anggota keluarga lain diikutkan dalam proses persalinan ini, usahakan agar mereka melihat, mendengar dan membantu jika dapat). (Medforth, 2012).

g. Sosial budaya

Kebiasaan-kebiasaan yang merugikan saat persalinan seperti minum jamu, mengikat perut bagian atas dengan tali, mengurangi rambut, membuka semua pintu yang ada (Mochtar, 1998).

h. Kehidupan seksual

Pengalaman melihat pasangan mereka sewaktu melahirkan dapat mempengaruhi seksualitas pria, yaitu menjadi pengikat pasangan secara lebih kuat dan dapat menjadi traumatic (Medhfort, 2012).

5. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita

- 1) Penyakit jantung menyebabkan terjadinya perdarahan pada saat persalinan.
- 2) Ibu hamil dengan riwayat penyakit hipertensi perlu ditentukan pimpinan persalinan dan kemungkinan bisa menyebabkan transient hipertensi.
- 3) Ibu hamil dengan riwayat TBC aktif kemungkinan bisa menyebabkan kuman saat persalinan dan bisa menular pada bayi.
- 4) Ibu dengan riwayat DM mempunyai pengaruh terhadap persalinannya kemungkinan terjadi yaitu inersia uteri, antonia uteri, distosia bahu, karena anak besar, kelahiran mati. Sedangkan akibat bayinya : cacat bawaan, janin besar, IUFD dan lain-lain.
- 5) Bila ibu menderita hepatitis kemungkinan besar bayi akan tertular melalui ASI.
- 6) Pada ibu bersaln fisiologis tidak mempunyai penyakit. (Sarwono, 2010).

6. Riwayat Psiko-sosio-spiritual

Secara psikologis ibu yang mendekati persalinan akan merasa cemas, takut, khawatir dengan keadaannya (Medforth, 2012).

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya : adanya penerimaan atau penolakan dari keluarga sebagai dukungan

emosional yang tinggi untuk persiapan menjadi orang tua (Sarwono, 2010).

- b. Dukungan keluarga : pendampingan persalinantelah terbukti membantu dalam memberikan dukungan sosial terutama dalam persalinan (Medforth, 2012).

B. 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 pere eklamsi/eklamsi dengan ditunjang pemeriksaan urine, dan jika menurun curigai adanya perdarahan (Varney, 2008).
- b. Nadi : batas normal ibu bersalin antara 80-100 kali/menit, jika nadi ibu meningkat kemungkinan dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan (Varney, 2008).
- c. Suhu : batas normal ibu bersalin antara 36.5°C – $37,5^{\circ}\text{C}$, jika naik curigai adanya infeksi (Varney, 2008).

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
 - 1) Muka : odema/ tidak, jika odema tanda klasik pre eklamsi (Varney, 2008). Pucat/ tidak, jika pucat karena defisiensi Fe (anemia) (Medforth, 2012).
 - 2) Mata : Konjungtiva merah muda/pucat, jika pucat di indikasikan anemia (Medforth,2012). Sclera ikterus/tidak, jika ikterus kemungkinan ibu mempunyai terkena hepatitis (Varney, 2008).

Bengkak pada kelopak mata bisa disebabkan ibu menangis karena cemas, takut, atau dikarenakan tanda klasik pre eklamsi (Varney, 2008).

- 3) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Bila mengalami pembesaran kelenjar tyroid kemungkinan ibu mengalami kekurangan yodium, jika ibu mempunyai penyakit jantung maka akan terdapat bendungan vena jugularis (Varney, 2008).
- 4) Mulut : Bibir tampak pucat kemungkinan anemis atau timbulnya rasa nyeri hebat (Bobak, 2012).
- 5) Mamae : Hiperpigmentasi aerola, puting susu menonjol/tidak, terdapat adanya benjolan abnormal atau, kolostrum sudah keluar atau belum.
- 6) Abdomen : Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi. TFU 3 jari di bawah prosesus xipoid (Sarwono, 2010). His 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih (APN, 2008). Jika his menurun curigai adanya his hipotonik lanjutkan dengan periksa kandung kemih, dan jika his meningkat curigai adanya kejang dalam persalinan (Prawiroharjo, 2010).

- a) Leopold I : tinggi tundus uteri pertengahan antara pusat dengan prosesus xyphoid, teraba bokong
- b) Leopold II : punggung kanan atau punggung kiri
- c) Leopold III : kepala, sudah memasuki panggul
- d) Leopold IV : presentasi kepala janin sudah masuk pintu atas panggul 2/5 bagian
- 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).

d. Genetalia :

Pengeluaran pervaginam (blood slym), tidak adanya infeksi genetalia, tidak ada odema.

Pemeriksaan dalam : tidak terab tonjolan spina, servik lunak atau tidak, mendatar atau menebal, pembukaan servik \emptyset 1-10 cm, effecement 25-100 %, ketuban utuh/pecah, presentasi kepala/bokong/kaki, Hodge I – IV, denominator, ada molase/tidak, teraba bagian kecil/tidak dan teraba bagian terkecil janin/tidak.

3. Pemeriksaan Laboratorium :

- a. Darah : Hb \geq 11 gr %, jika Hb $<$ 11 gr% antisipasi adanya perdarahan intra partum (Saifudin, 2007).
- b. Urine : albumin urine : negatif (-), protein urine (-), jika terdapat albumin reduksi positif curigai pre eklamsi/eklamsi intrapartum (Saifuddin, 2007).

4. Pemeriksaan Lain

- a) Tes lakmus/ Nitrazin test : air ketuban mempunyai sifat basa, jika lakmus merah berubah menjadi biru (Prawirohardjo, 2010).
- b) NST :idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin,

2. Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan, Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Keadaan jalan lahir, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.
2. Masalah : cemas saat menghadapi persalinan
3. Kebutuhan : Dukungan emosional, dampingi ibu saat persalinan, berikan posisi yang nyaman, berikan makan dan minum.

3. Antisipasi terhadap diagnose/ masalah potensial

Tidak ada

4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

5. Planning

1. KALA I

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).

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).

Intervensi

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

Rasionalisasi : 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.

Rasionalisasi : adanya informed consent sebagai tindakan yang akan dilakukan oleh petugas kesehatan

- c. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Rasionalisasi : meningkatkan efektivitas dalam memberikan asuhan.

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

Rasionalisasi : mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi

e. Beri asuhan sayang ibu

- a) Berikan dukungan emosional.
- b) Atur posisi ibu.
- c) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
- d) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih.
- e) Lakukan pencegahan infeksi

Rasionalisasi : mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan (Depkes RI, 2008)

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

Rasionalisasi : observasi tanda-tanda vital untuk memantau keadaan ibu dan mempermudah melakukan tindakan.

g. Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasionalisasi : 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.

Rasionalisasi : 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

Rasionalisasi : merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

j. Persiapan Rujukan.

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

2. KALA II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 1 jam(Multi)/ ≤ 2 jam (Primi) diharapkan bayi dapat lahir spontan dan selamat (APN, 2008).

Kriteria Hasil : ibu kuat meneran, bayi lahir spontan, bayi menangis kuat, bayi bernafas spontan, gerak bayi aktif, kulit kemerahan.

Intervensi : 1-27 Langkah APN

1) Dengar dan lihat adanya tanda gejala kala II.

- ibu merasa aada dorongan kuat untuk meneran
- ibu merasakan tekanan pada rektum dan vagina
- perineum tampak menonol.
- vulva dan sfingter ani membuka. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial.
- menggelar kain ditempat resusitasi
- menyiapkan oksitosin 10 unit, dan spuit 3cc dalam partus set.

2) Pakai celemek.

3) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keribgkan dengan handuk kering atau tisu.

4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

- 5) Masukkan oksitosin kedalam spuit (menggunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan steril), dan meletakkan di partus set.
- 6) Bersihkan vulva dan perineum, dari arah depan kebelakabg dengan menggunakan kapas DTT.
- 7) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembuaan lengkap.
- 8) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 9) Periksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi.
- 10) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
- 11) Pinta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
- 12) Laksanakan bimbingan meneran saat ibu ada dorongan untuk meneran.
- 13) Anjurkan ibu untuk berjalan,berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum ada dorongan untuk meneran.
- 14) Letakkan handuk bersih diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan dengan diameter 5-6 cm.
- 15) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16) Buka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

- 19) Periksa adanya lilitan tali pusat, dan mengendorkan tali pusat.
- 20) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari-jari lainnya). Kemudian letakkan bayi diatas perut ibu.
- 24) Nilai segera bayi baru lahir.
- 25) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
- 26) Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan membiarkan bayi diatas perut ibu.
- 27) Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

3. KALA III

Tujuan : Setelah melakukan asuhan kebidanan selama ≤ 30 menit diharapkan plasenta dapat lahir spontan (APN, 2008).

Kriteria Hasil : Plasenta lahir lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, UC keras, kandung kemih kosong, tidak terdapat perdarahan.

Intervensi : Langkah APN ke 28-40

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.

29) Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.

Setelah 1 menit setelah bayi lahir.

30) Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Setelah 2 menit pemberian oksitosin.

31) Gunting tali pusat yang telah dijepit oleh kedua klem dengan satu tangan (tangan yang lain melindungi perut bayi). Pengguntingan dilakukan diantara 2 klem tersebut.

32) Ikat tali pusat dengan benang steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

33) Tengkurapka bayi pada perut/dada ibu (skin to skin) menyelimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusui dini.

34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perit ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang (dorso-kranial).
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lintasan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir.
- 38) Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.
- 39) Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian maternal maupun fetal, dan selaput ketuban lengkap dan utuh.

4. KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama ≤ 2 jam diharapkan tidak terjadi komplikasi (APN, 2008).

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.

Intervensi : Langkah APN 41-58

- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Mengambil daging tumbuh kecil dengan menggunakan mes dan menjahitnya.
- 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

- 43) Biarkan bayi diatas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
- 44) Timbang berat badan bayi. Mengolesi mata dengan salep tetrasiklin 1%, kemudian injeksi vit. K 1 mg Intra Muskuler di pahakiri
- 45) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (uniject) di paha kanan antero lateral.
- 46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam:
 - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pascapersalinan.
- 47) Ajarkan pada ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan mengistimesi jumlah kehilangan darah.
- 49) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan.
- 50) Periksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
- 53) Bersihkan ibu dengan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir darah.
- 54) Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 55) Pastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan.
- 56) Dekontaminasi tempat bersalin dengan menggunakan larutan klorin 0,5%.
- 57) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Lengkapi partograf, memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3.3 Nifas

1) Pengkajian

A. Subyektif

1. Keluhan utama

Mules setelah lahir, Nyeri perineum, Konstipasi, Hemoroid (Hellen Varney, 2008).

2. Pola 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, menggantu 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. Pola seksual

Perilaku seksual dan kesehatan seksual wanita setelah melahirkan telah terbukti dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis, interpersonal, sosial, dan fisik yang bermakna. Banyak wanita cemas terhadap tubuh mereka setelah melahirkan seorang anak dan ini dikaitkan dengan nyeri perineum, rasa sakit, penurunan sensasi ketertarikan. Aktivitas seksual dan kesenangan setelah melahirkan biasanya menghilang dalam waktu 1 tahun (Metforth, 2012).

3. Riwayat psikososiospiritual

Ibu melakukan kontak mata ketika bayi baru lahir, dan melakukan sentuhan pada tubuh bayi dengan ujung jarinya dan juga ibu merespon bayinya dengan baik (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 : cenderung terjadi kenaikan antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$, jika meningkat sampai 38°C 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 : conjungtiva 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
- f) Ekstremitas : tidak ada oedema, tidak varices, tidak ada gangguan pergerakan.

3. Pemeriksaan laboratorium

Darah : Hb \geq 11 gr% , dilakukan pada hari ke 2-3 setelah melahirkan.

(Medforth, 2012).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH Post Partum Hari ke-
- b. Masalah : nyeri luka perineum
- c. Kebutuhan : KIE penyebab nyeri perineum, pola personal hygiene, pola aktivitas, dan pola nutrisi (Medforth, 2012).

3) Antisipasi terhadap diagnose potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan aan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Tidak ada

5) Intervensi

(1) 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

8. 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.

Rasional : SOP masa nifas.

(2) 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.

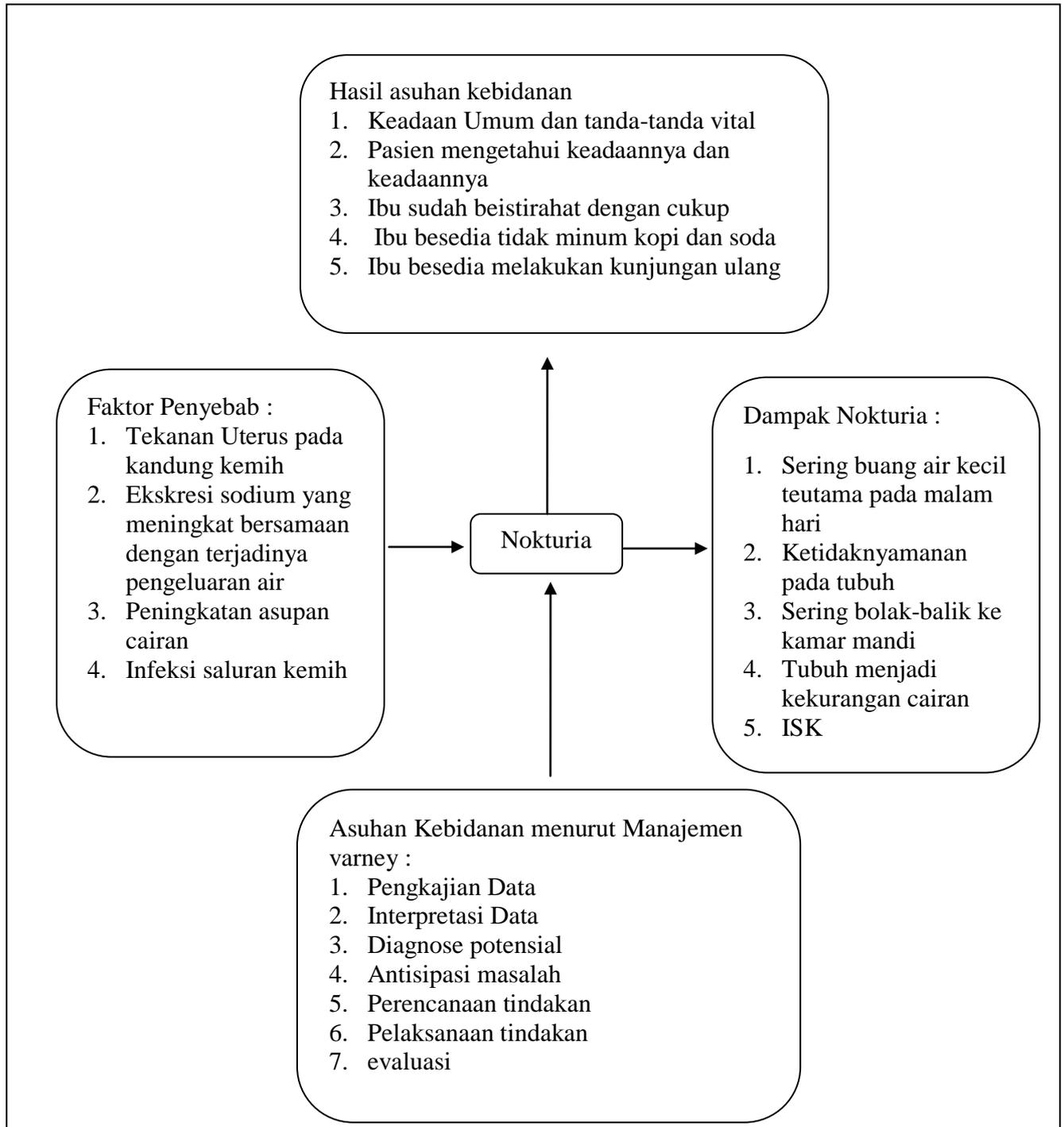
(3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Sama seperti hari ke enam

(4) Kunjungan keempat, waktu : 6 minggu setelah persalinan

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

2.4 Kerangka konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep