

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL NY. I
YANG MENGALAMI PRURITUS DENGAN PEMBERIAN GEL
ALOEVERA DI PONDOK SOLOKANJERUK**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Memenuhi Laporan Tugas Akhir Program Studi
Diploma III kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Bhakti Kencana



Oleh :

AMELIA CHRISTINA

NIM : CK.1.17.036

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA**

2019

HALAMAN PERSETUJUAN
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY I USIA 24 TAHUN
DI PONED SOLOKAN JERUK

LAPORAN TUGAS AKHIR

Telah disetujui oleh Pembimbing untuk Validasi LTA
Di Hadapan Tim Penguji

Disusun Oleh :
Amelia Christina
CK.1.17.036

Pada tanggal : 3 April 2020

Pembimbing I



(Yanyan Mulyani S.ST., MM., M.Keb)

Pembimbing II



(Meda Yuliani S.ST., M.kes)

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY I UMUR TAHUN DI
PONED SOLOKANJERUK**


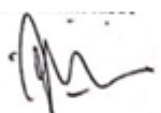


Oleh :

Amelia Christina

CK.1.17.036

Telah dipertahankan dan disetujui dihadapan Tim Validasi Laporan tugas akhir
Mahasiswa D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana
Bandung

Pada Hari Jum'at , Tanggal 3 April 2020

Penguji I Nama : Dewi Nurlaelasari M. Keb NIP : 0200800401	
Penguji II Nama : Antri Ariani S.ST., M.Kes NIP :	
Pembimbing I Nama : Yanyan Mulyani S.ST., MM., M.Keb NIP : 02006040127	
Pembimbing II Nama : Meda Yuliani S.ST., M.Kes NIP : 02008040144	

Ketua program Studi D-III Kebidanan FIKes UBK,



(Dewi Nurlaela Sari, M.Keb)

NIK.0200800401

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, atas berkah, rahmat juga ridhonya penulis dapat menyelesaikan proposal laporan tugas akhir dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA IBU HAMIL NY.I USIA 24 TAHUN GRAVIDA 33-34 MINGGU DI Poned SOLOKANJERUK”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Diploma III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Namun, penulis menyadari bahwa Proposal Laporan Tugas Akhir ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis berharap segala pendapat, saran, dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak dapat disampaikan kepada penulis agar bisa lebih baik lagi.

Dalam proses penulisan laporan ini tentunya tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih yang ditujukan kepada:

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Dr. Entris Sutrisno, Apt.,MH.Kes, selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Dr. Ratna Dian Kurniawati, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana.
4. Dewi Nurlaela Sari, M.Keb, selaku Ketua Program Studi Kebidanan Universitas Bhakti Kencana,

5. Yanyan Mulyani S.ST., MM., M.Keb selaku Pembimbing I, yang telah senantiasa bersabar memberikan bimbingan dan meluangkan waktunya dalam setiap bimbingan sehingga laporan ini dapat terselesaikan
6. Meda Yuliani S.ST., M.Kes selaku Pembimbing II yang telah senantiasa bersabar memberikan bimbingan dan meluangkan waktunya dalam setiap bimbingan sehingga laporan ini dapat terselesaikan
7. Dedeh S.ST., MH.Kes selaku Kepala Puskesmas Solokanjeruk beserta Seluruh Staff Puskesmas Solokanjeruk, selaku Pembimbing Lapangan yang telah memberikan banyak ilmu dan pengalaman yang berharga dan tidak dapat terlupakan.
8. Teristimewa kepada kedua orangtua dan keluarga yang telah mendoakan dan mendukung baik secara moral maupun material yang senantiasa selalu mengiringi setiap kehidupan
9. Keluarga Ny.I atas kesediaannya untuk dijadikan klien dalam Asuhan Kebidanan Komprehensif.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN.....	
KATA PENGANTAR.....	
DAFTAR ISI.....	
DAFTAR GAMBAR.....	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1Latar Belakang.....	1
1.2Identifikasi Masalah.....	4
1.3Tujuan Penyusunan	5
1.3.1Tujuan Umum	5
1.3.2Tujuan Khusus	5
1.4Manfaat	6
1.4.1Manfaat Teoritis	6
1.4.2Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1Kehamilan	8
2.1.1.Tahap – tahap dalam kehamilan.....	9
2.1.2.Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan	10
2.1.3.Ketidaknyaman pada masa kehamilan Trimester III dan cara mengatasinya	15
2.1.4.Pruritus Gravidarum	19
2.1.5.Manfaat <i>Aloevera</i>.....	24
2.1.6.Alat ukur skala gatal	25
2.1.7.Langkah-langkah Pemberian Intervensi	26
2.2Persalinan.....	27
2.2.1 Menurut cara persalinan.....	27
2.2.3 Menurut umur kehamilan.....	27
2.2.4 Sebab – sebab yang menimbulkan persalinan	28
2.2.5 Tanda-tanda Dimulainya Persalinan	29
2.2.6 Tahapan Persalinan.....	29
2.2.7 Faktor-faktor Yang Mendorong Persalinan²¹.....	31

2.2.8 Perubahan Fisiologis selama Persalinan	32
2.2.9 Asuhan Persalinan	34
2.2.10 Asuhan Persalinan Normal	36
2.2.11 Persalinan Lama (Partus Lama)	44
2.2.12 Retensio Urine	49
2.2.13 Ruptur Perineum	51
2.2.14 Partograf	55
2.3 Nifas	59
2.3.1. Tahapan masa nifas	60
2.3.2. Perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi dalam masa Nifas	61
2.4 Bayi Baru Lahir	67
2.4.1 Periode Transisi	67
2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir	68
2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir	69
2.4.4 APGAR <i>Score</i>	70
2.4.5 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir	71
2.4.6 Asuhan tambahan pada Bayi Baru Lahir	71
2.5 KB (Keluarga Berencana)	73
2.5.1 Definisi Kontrasepsi	73
2.5.2 Jenis-jenis kontrasepsi ²⁹	73
BAB III METODE LAPORAN TUGAS AKHIR	78
3.1 Jenis Laporan	78
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	78
3.3 Subjek Penelitian	79
3.4 Jenis Data	79
3.5 Teknik Pengambilan Data	80
3.6 Uji Keabsahan Data	81
3.7 Analisis Data	82
3.7 Jadwal Pelaksanaan	82
3.8 Etika Penelitian	83
BAB IV ASUHAN KEBIDANAN	86
4.1 Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil	86
4.2 Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin	97
4.3 Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas	107

4.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	115
BAB V PEMBAHASAN.....	124
5.1 Pengkajian.....	124
5.2 Apakah Analisa Pada Kasus Ny.I sudah tepat ?	134
5.3 Apakah Penatalaksanaan Pada kasus Ny.I sudah tepat ?	142
5.4 Keterbatasan Penelitian	153
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	154
6.1 Kesimpulan	154
6.2 Saran	155
DAFTAR PUSTAKA.....	157
LAMPIRAN – LAMPIRAN.....	160

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pruritus Gravidarum

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Tinggi Uteri

Tabel 2.2 Penilaian APGAR *Score*

Tabel 3.1 Matriks Kegiatan dan Alokasi Waktu dalam Minggu

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Responden

Lampiran 2 Persetujuan Responden

Lampiran 3 Lembar Wawancara

Lampiran 4 Lembar Observasi

Lampiran 5 Buku KIA

Lampiran 6 Partograf

Lampiran 7 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 8 Matriks LTA

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan proses fertilisasi dari spermatozoa dan ovum yang berlanjut dengan proses nidasi atau implantasi.¹ Fertilisasi adalah penyatuan gamet pria dan wanita dalam keadaan normal hal ini terjadi pada ampula, tepatnya pada sepertiga atas oviduktus. Oleh karena itu, dalam prosesnya baik ovum maupun sperma harus diangkut dari tempat produksi mereka di gonad ke ampula tuba. Karena ovum tidak berkontak langsung dengan saluran reproduksi, maka ovum dilepaskan ke rongga abdomen saat ovulasi yang kemudian segera diambil oleh oviduktus. Dimana pada ujung oviduktus mengandung fimbria mirip seperti jari yang berkontraksi dengan gerakan menyapu untuk menuntun ovum yang baru dilepaskan ke dalam oviduktus sehingga ovum dapat mencapai ke ampula tuba.²

Kehamilan merupakan proses alamiah, dimana akan terjadi berbagai perubahan pada wanita selama kehamilan normal dimana perubahan itu bersifat fisiologis. Oleh karena itu asuhan yang diberikan harus meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan yang bersifat medis dimana tidak terbukti manfaatnya.²

Banyak perubahan dalam kehamilan yang menjadikan adanya keluhan dalam kehamilan diantaranya mual, muntah pada trimester awal, gangguan berkemih, pembengkakan pada kaki, serta nyeri punggung. Pada prosesnya akan

terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang dibutuhkan adaptasi didalamnya baik secara fisik ataupun psikologis. Selama proses adaptasi ini kadang dirasakan oleh sebagian ibu hamil sebagai ketidaknyamanan.⁴

Pelayanan kesehatan ibu hamil harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.³

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rizky ayu, bentuk ketidaknyamanan fisik yang paling banyak dialami dalam trimester III kehamilan antara lain; kualitas tidur buruk (96,7%), peningkatan frekuensi buang air kecil (96,7%), pegal-pegal (77,8%) , oedema pada ekstremitas (73%) dan kram di kaki (68%) serta nyeri punggung (62%).⁵ Selain ketidaknyamanan tersebut dari penelitian yang dilakukan oleh Dainty Maternity, dkk. pada 2017 ditemukan bahwa (30,95%) ibu mengeluh mengalami *Pruritus* (gatal) selama kehamilan trimester III.⁶

Pruritus adalah masalah yang banyak terjadi pada kehamilan. Pruritus pada kehamilan disebabkan oleh hormon estrogen dan mungkin berhubungan dengan kolestasis (obstruksi dan stasis di dalam saluran empedu). Seiring meningkatnya usia kehamilan terjadi perubahan metabolik, kondisi kulit kering dan kelainan kulit, misalnya kandidiasis yang juga dapat mencetuskan pruritus pada

kehamilan. Gambaran pruritus terbanyak dialami pada trimester 3, yaitu sebesar 36,8%, diikuti oleh trimester 2, (26,3%) dan trimester 1, (6,5%). Waktu tersering terjadinya pruritus adalah pada malam hari sebesar 45,4% dan lokasi pruritus tersering terletak di perut sebesar 41,4%.¹¹

Dari penelitian yang dilakukan oleh Rajeswari sifat lidah buaya menenangkan dan menyejukkan kulit yang meradang, nyeri kebas karena inflamasi dan mencegah timbulnya rasa gatal. Gel lidah buaya dapat menurunkan keluhan pruritus diduga karena lidah buaya mengandung glikoprotein dengan sifat anti alergi, yang disebut alprogen. Alprogen menghalangi arus masuk kalsium ke sel mast, dengan demikian menghambat antigen antibodi dalam pelepasan histamin dan *leukotriene* dari sel mast.¹⁸

Gel lidah buaya mempunyai kadar air tinggi yaitu 94,83 %. Penelitian oleh Schulz mengatakan gel lidah buaya mengandung air 99% dan yang lainnya glucomonans, asam amino, lipid, sterol dan vitamin. *Mucopolysakarida* membantu dalam mengikat kelembaban kulit. Lidah buaya menstimulasi fibroblast yang menghasilkan kolagen dan serat elastis yang membuat kulit lebih elastis dan mengurangi kerutan. Asam amino di dalam lidah buaya juga mengurangi kulit yang kasar dan zink bertindak sebagai astringent untuk mempererat pori-pori kulit juga mempunyai efek anti jerawat. Lidah buaya mengandung zat aktif lignin yang mempunyai kemampuan penyerapan tinggi sehingga memudahkan peresapan gel ke dalam kulit atau mukosa. Biasanya lidah buaya digunakan sebagai pelembab, penelitian menunjukkan lidah buaya efektif mengurangi kekeringan pada kulit, membersihkan jerawat, alergi pada

kulit, noda kehitaman dan kulit yang berwarna tidak rata dan membuat kulit menjadi cerah.¹⁸

Selain manfaat diatas, bagi ibu hamil lidah buaya dapat mengatasi kulit gatal. Saat hamil, kulit akan cenderung lebih gatal. Namun jangan hal ini dapat diatasi dengan cara mengoleskan gel lidah buaya ataupun cairan daun lidah buaya, langsung pada area kulit yang gatal. gel lidah buaya dapat dicampur dengan losion untuk melembapkan kulit. Kulit yang lembap akan mengurangi risiko kulit menjadi gatal.³²

Berdasarkan latar belakang diatas, keluhan gatal-gatal atau pruritus pada ibu hamil adalah keadaan yang menyebabkan ketidaknyamanan pada saat hamil hingga dapat mempengaruhi pola kehidupan ibu hamil itu sendiri. Maka dari itu penulis tertarik untuk menyelesaikan masalah secara *Continuity Of Care* (COC) yaitu memberikan asuhan pada ibu selama kehamilan, proses persalinan, masa nifas, asuhan bayi baru lahir dan KB dengan mengambil judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.”I” G1P0A0 Gravida 33 Minggu Janin Hidup Tunggal Intra Uteri di Poned Solokan Jeruk.”

1.2 Identifikasi Masalah

“Bagaimana asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada Ny.”I” G1P0A0 Gravida 33 Minggu Janin Hidup Tunggal Intra Uteri di Poned Solokan Jeruk ?”

1.3 Tujuan Penyusunan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, neonatus dan KB dengan melakukan pendekatan manajemen kebidanan yang komprehensif pada Ny."I" G1P0A0 Gravida 33 Minggu Janin Hidup Tunggal Intra Uteri di PONEC Solokan Jeruk.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengumpulkan dan mengkaji data subjektif dan data objektif pada asuhan kebidanan Ny.I G1P0A0 pada masa ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.
2. Menganalisa masalah dan menetapkan diagnosa yang ditegakan pada asuhan kebidanan Ny.I G1P0A0 pada masa ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.
3. Menyusun perencanaan pada asuhan kebidanan Ny.I G1P0A0 pada masa ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.
4. Melakukan asuhan kebidanan pada Ny.I G1P0A0 selama masa ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.
5. Melakukan evaluasi terhadap asuhan kebidanan yang telah diberikan pada Ny.I G1P0A0 pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus dan KB.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, antara lain :

1. Memberikan sumbangan pemikiran bagi pembaharuan keilmuan dalam bidan kebidanan agar terus berkembang sesuai dengan tuntutan masyarakat dan sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Memberikan sumbangan ilmiah dalam ilmu kebidanan, yaitu membuat inovasi dalam peningkatan asuhan yang diberikan.
3. Sebagai pijakan dan referensi pada penelitian-penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan peningkatan kualitas dalam pemberian asuhan kebidanan serta menjadi bahan kajian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Bidan

Penelitian ini menjadi acuan proses belajar dalam menerapkan ilmu yang telah didapat selama perkuliahan melalui proses pengumpulan data dan informasi ilmiah untuk kemudian dikaji, diteliti, dianalisis, dan disusun dalam sebuah karya tulis yang ilmiah, informatif dan bermanfaat.

b. Bagi Lahan Penelitian (Puskesmas)

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan agar lahan tempat penelitian dapat meningkatkan kualitas asuhan kebidanan yang diberikan. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan

informasi yang berguna untuk pelaksanaan program KIA, sehingga tujuan akhir program dapat tercapai.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi rekan-rekan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut dengan topik yang berhubungan dengan judul penelitian di atas.

d. Bagi Klien

Karya tulis ini dapat dijadikan media informasi bagi masyarakat tentang asuhan yang dapat diberikan oleh bidan dan diterima oleh masyarakat selama kehamilan berlangsung khususnya yang disertai dengan keluhan nyeri punggung dan pruritis.

e. Bagi Penulis

Manfaat penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan sebagai sarana menambah pengetahuan dan membuka wawasan berpikir penulis, serta dapat mengaplikasikan asuhan kebidanan yang inovatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

Fertilisasi adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang berlangsung di ampulla tuba. Setelah beberapa jam pembuahan mulailah terjadi pembelahan zigot. Setelah pembelahan ini terjadi dalam 3 hari akan terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya dan hasil konsepsi memasuki stadium morula. Kemudian disalurkan ke pars isthmika dan pars interstisialis tuba sehingga mencapai ke kavum uteri. Pada hari keempat hasil konsepsi menjadi blastokista dimana pada bagian dalamnya terdapat *mass inner cell* yang nantinya akan berkembang menjadi janin dan trofoblas (bagian yang menyelubungi blastokista) akan berkembang menjadi plasenta.¹

Konsepsi dapat berlangsung dalam rentang waktu yang terbatas dari setiap siklus masa subur. Jika tidak dibuahi ovum akan mengalami disintegrasi dalam waktu 12-24 jam kemudian difagosit oleh sel-sel yang melapisi bagian dalam saluran reproduksi. Karena itu, fertilisasi harus terjadi dalam 24 jam setelah ovulasi, ketika ovum masih hidup. Sperma biasanya bertahan hidup sekitar 48 jam, tetapi dapat hidup sekitar 48 jam hingga 5 hari di dalam saluran reproduksi wanita. Sehingga jika sperma yang masuk lima hari sebelum ovulasi hingga 24 jam setelah ovulasi dapat membuahi ovum meskipun waktu terjadinya bervariasi.²

2.1.1. Tahap – tahap dalam kehamilan

Tahapan kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, diantaranya :¹²

a. Trimester 1 (0 – 12 minggu)

Perkembangan embrio berlangsung dari hari ke 15 sampai sekitar 8 minggu setelah konsepsi. Tahap ini merupakan masa yang paling krusial dalam perkembangan sistem organ dan penampilan luar utama janin. Daerah yang sedang berkembang, mengalami pembelahan sel yang sangat cepat dan rentan terhadap malformasi akibat efek yang menimbulkan dampak teratogen. Penggunaan obat- obatan perlu dibatasi dan berhati- hati untuk mencegah pengaruh yang tidak diinginkan terhadap buah kehamilan.

b. Trimester 2 (13 – 27 minggu)

Pada akhir kehamilan umur 20 minggu berat janin sekitar 340 gram dan panjang sekitar 16-17 cm. Ibu sudah dapat merasakan gerakan bayi, sudah terdapat mekonium didalam usus janin dan sudah terdapat verniks pada kulit janin.

c. Trimester 3 (28 – 40 minggu)

Pada usia kehamilan 28 minggu berat badan bayi lebih sedikit dari satu kilo gram dan panjangnya 23 cm, janin mempunyai aktivitas dan periode tidur merespon suara dan melakukan gerakan pernafasan. Memasuki usia kehamilan 32 minggu berat bayi \pm 1,7 kg dan panjangnya 28 cm, kulitnya mengkerut dan testis sudah turun ke skrotum pada bayi laki-laki. Pada usia kehamilan 36-40 minggu, jika

ibu mendapat gizi yang cukup, kebanyakan berat badan bayi antara 3-3,5 kg dan panjang \pm 35 cm.

2.1.2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan

Kondisi hamil menimbulkan berbagai macam perubahan struktur dan fisiologi tubuh seorang wanita. Perubahan ini merupakan bentuk adaptasi dengan adanya janin yang terus tumbuh dan berkembang di dalam uterus. Perubahan terjadi pada ibu di hampir seluruh sistem tubuh, termasuk sistem urinaria dan keseimbangan cairan dalam tubuh.¹³

a. Perubahan Anatomi¹⁴

1. Sistem Reproduksi

- a. Vagina dan vulva, akibat adanya pengaruh dari hormon estrogen, mengalami perubahan. Sampai minggu ke 8 terjadi hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (*lividae*), tanda ini dikenal dengan tanda *chadwick*. Warna portio pun tampak *lividae*.
- b. Serviks uteri, mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen dan hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lebih lunak yang lebih dikenal sebagai tanda *goodell*.
- c. Perubahan Uterus, uteri akan membesar pada saat bulan-bulan pertama hingga akhir kehamilan di bawah pengaruh estrogen dan progesteron. Perkiraan Tinggi Fundus Uteri terhadap umur kehamilan yaitu:¹⁵

Tabel 2.1 Perubahan tinggi uteri.

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
3 jari diatas simfisis	12 minggu
Pertengahan antara simpisis - pusat	16 minggu
3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari diatas pusat	28 minggu
½ pusat – procesus xipoideus	32 minggu
Setinggi procesus xipoideus	36 minggu

Sumber : Prawirahardjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka;2016

2. Perubahan Sistem Endokrin

Perubahan besar terjadi pula pada sistem endokrin untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin juga pemulihan setelah bersalin. Berikut perubahan- perubahan hormonal selama kehamilan (dari trimester I- trimester III)

- a. Estrogen, Produksi estrogen plesenta meningkat selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira – kira 100 kali sebelum hamil
- b. Progesteron, Produksi progesteron lebih banyak dibandingkan estrogen. Pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250mg/hari. Progesteron menyebabkan lemak disimpan dalam jaringan subkutan di abdomen, punggung dan paha atas.
- c. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG), Hormon ini

terdeteksi beberapa hari setelah pembuahan dan merupakan dasar saat tes kehamilan. Puncak sekresinya kurang lebih terjadi 60 hari setelah konsepsi.

- d. *Human Placental Lactogen* (HPL), Hormon ini diproduksi terus ketika kehamilan berlangsung dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari.
- e. *Pituitary Gonadotropin*, FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama masa kehamilan, karena ditekan oleh hormon estrogen dan progesteron juga plasenta.
- f. Prolaktin, Produksi hormon ini terus meningkat sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen juga persiapan laktasi.
- g. *Growth Hormon* (STH), Produksinya sangat rendah karena produksinya ditekan oleh HPL
- h. Insulin, Produksi insulin meningkat sebagai akibat peningkatan hormon estrogen, progesteron dan HPL

3. Sistem perkemihan

Pada masa awal kehamilan kandung kemih tertekan sehingga sering timbul kencing. Pada kehamilan normal, fungsi ginjal mengalami banyak perubahan. Fungsi ginjal berubah karena adanya hormon kehamilan, peningkatan volume darah, postur wanita, aktifitas fisik dan asupan makanan.

4. Sistem pencernaan

Perasaan yang tidak nyaman pada ulu hati disebabkan karena perubahan posisi lambung dan aliran balik asam lambung esofagus bagian bawah. Terjadi *nausea* dan muntah karena adanya pengaruh dari HCG, selain itu tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas traktus digestivus juga menurun.

5. Sirkulasi darah (*cardiovaskuler*)

Tekanan darah akan turun selama 24 minggu pertama kehamilan akibat terjadinya penurunan dalam *perifer vaskuler resistance* yang disebabkan oleh pengaruh peregangan otot halus oleh progesteron. Tekanan sistolik akan menurun sekitar 5-10 mmHg, sedangkan tekanan diastolik 10-15 mmHg.

6. Muskuloskeletal

Pada trimester awal kehamilan tidak banyak perubahan pada muskuloskeletal, namun seiring berjalannya waktu akan terjadi lordosis akibat kompensasi dari posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya. Mobilitas tersebut akan mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung. (Sarwono, 2016)

7. Integumen/ kulit

Perubahan yang sering terjadi pada sistem integumen adalah peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, hiperpigmentasi,

pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktivitas kelenjar keringat. Terdapat *cloasma gravidarum* pada daerah sekitar wajah. Pada abdomen biasanya terdapat linea nigra, garis pigmentasi dari symphysis pubis sampai ke bagian atas fundus digaris tengah tubuh.

8. Metabolisme

Pada wanita hamil Basal Metabolic Rate(BMR) meninggi, biasanya meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester akhir.

9. Sistem pernafasan

Wanita hamil bernafas lebih dalam tetapi frekuensi napasnya hanya sedikit meningkat.

b. Adaptasi Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagian dari dirinya, dia menjadi segera tidak sabar untuk melihat bayinya. Trimester ketiga adalah masa yang digunakan untuk mempersiapkan persalinan dan mempersiapkan diri untuk berganti peran sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Memilih nama adalah aktifitas yang dilakukan dalam mempersiapkan kehadiran bayinya. Membuat atau membeli pakaian bayi. Mengatur ruangan. Banyak hal yang diberikan untuk merawat bayinya.¹⁴

2.1.3. Ketidaknyaman pada masa kehamilan Trimester III dan cara mengatasinya⁹

1. Konstipasi

Konstipasi adalah kondisi menurunnya proses *output* makanan, konstipasi sering dikeluhkan selama kehamilan dan berkurang sesuai usia kehamilan. Sebuah penelitian mendapatkan 39% ibu hamil mengeluhkan konstipasi pada usia 14 minggu, 30% pada 28 minggu, dan sebanyak 20% ibu hamil mengeluhkan konstipasi pada usia kehamilan 36 minggu.

Konstipasi pada kehamilan berhubungan dengan buruknya asupan serat tapi juga terjadi peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan berkurangnya motilitas dan peningkatan waktu yang dibutuhkan untuk transit makanan di saluran cerna. Sebuah riset menunjukkan adanya hubungan antara kurangnya konsumsi zat besi dengan konstipasi. Penatalaksanaan konstipasi pada kehamilan meliputi modifikasi diet dan suplementasi serat gandum. Bila keluhan tidak berkurang dengan suplementasi serat, dapat diberikan laksatif.

2. *Heart Burn*

Heart burn merupakan sensasi terbakar atau tidak nyaman di dada atau tenggorokan atau keduanya. Keluhan ini dialami oleh 50% ibu hamil. Kondisi tersebut mungkin disebabkan oleh regurgitasi asam hingga ke tenggorokan atau mulut, sehingga menyebabkan rasa pahit atau asam di mulut. Patofisiologi terjadinya *heartburn* pada kehamilan tidak jelas tapi ada dugaan disebabkan perubahan status hormonal yang mempengaruhi motilitas lambung yang selanjutnya dapat menyebabkan refluks

gastroesofageal.

Heartburn dikaitkan pula dengan penurunan tekanan sfingter bawah esofagus atau *Lower esophageal sphincter* (LES) yang disebabkan peningkatan kadar estrogen dan progesteron. Pada trimester II tekanan LES berkurang sekitar 33-50% dari nilai awal dan mencapai puncak pada usia kehamilan 36 minggu dan kembali normal pada 1-4 minggu pasca persalinan.

Heartburn tidak berkaitan dengan *output* kehamilan sehingga tata laksana hanya bertujuan memperbaiki gejala dengan mengurangi refluks asam. Penatalaksanaan *heartburn* di antaranya adalah perbaikan gaya hidup, atau secara farmakoterapi penggunaan antasida disarankan. Perbaikan gaya hidup mencakup menjaga postur tubuh; mempertahankan posisi tegak lurus, terutama setelah makan, tidur dalam posisi bersandar dan modifikasi diet misalnya dengan makan sering dalam jumlah sedikit, mengurangi makanan kaya lemak dan yang mengiritasi lambung seperti kafein.

3. Hemoroid

Hemoroid adalah pembengkakan vena di sekitar anus yang ditandai dengan perdarahan anorektal, nyeri dan gatal pada anus. Keluhan ini terjadi pada 8% ibu hamil pada 3 bulan terakhir kehamilannya. Pembengkakan abnormal bantalan anal menyebabkan dilatasi dan kendurnya *pleksus arteriovenosus* yang selanjutnya menyebabkan peregangan otot suspensatori dan prolaps rekti melalui kanalis anal. Mukosa anal yang mengalami prolaps mudah mengalami trauma,

menyebabkan perdarahan melalui rektum dengan darah berwarna merah cerah karena kadar oksigen di *anastomosis arteriovenosus* yang tinggi. Prolaps menyebabkan kotornya daerah anal, pengeluaran mukus, pruritus, serta memudahkan terjadinya penekanan dan strangulasi pembuluh vena. Kehamilan dan diet rendah serat merupakan predisposisi terjadinya hemoroid, etiologinya belum diketahui secara jelas. Hubungan antara kehamilan dan hemoroid mungkin disebabkan adanya perubahan hormonal atau tekanan langsung pada aliran vena. Tata laksana hemoroid meliputi modifikasi diet, krim, flavonoid oral, tindakan pembedahan jarang diperlukan pada ibu hamil karena umumnya hemoroid hilang setelah persalinan.

4. Varises

Varises terlihat sebagai pelebaran vena yang berwarna biru di betis dan bagian dalam ekstremitas bawah, kadang menyebabkan rasa gatal dan tidak nyaman. Disebabkan oleh tertahannya darah di vena permukaan sebagai akibat tidak efisiennya katup vena yang pada kondisi normal mencegah aliran darah balik di vena. Kehamilan merupakan faktor risiko yang penting pada terjadinya varises (30-40% ibu hamil) yang berkaitan dengan pengaruh hormon. Perubahan pada tekanan, distensibilitas dan aliran vena, yang terjadi sekunder terhadap pembesaran uterus dan atau perubahan hormon, menyebabkan refluks valvular selama kehamilan, yang selanjutnya menyebabkan terjadinya varises. Terdapat kecenderungan dilatasi semua vena tungkai bawah selama kehamilan, dengan dilatasi

maksimal pada kehamilan aterm (37-40 minggu) dan kembali hampir ke kondisi semula pada 6 minggu post partum.

Varises selama kehamilan tidak hilang sempurna meskipun setelah persalinan. Tidak terdapat hubungan antara ibu hamil dengan varises vena pada ekstremitas bawah dan risiko buruknya *output* kehamilan dan kelainan kongenital. Ibu hamil harus diberi informasi bahwa varises vena merupakan gejala yang umum terjadi pada kehamilan, tidak berbahaya.

5. Keputihan

Sekresi mukus serviks dan vaskularisasi vagina yang meningkat menyebabkan peningkatan terjadinya keputihan pada saat hamil. Kondisi ini umumnya tidak disertai rasa gatal. Keputihan yang disertai bau tajam/tidak enak, gatal dan nyeri pada saat berkemih, mungkin disebabkan oleh vaginosis bakteri, infeksi trikomonas atau kandida.

Keputihan yang disertai infeksi alat genital umumnya disebabkan oleh *C. albicans*, *B. Vaginalis* dan *T. vaginalis*. Kondisi vulva yang lembab dan hangat serta peningkatan kadar glikogen vagina merupakan lingkungan yang baik untuk pertumbuhan jamur. Sedangkan vaginosis bakterialis umumnya berhubungan dengan persalinan preterm. Trikomoniasis ditandai dengan keputihan berwarna kuning kehijauan berbusa dari vagina dan nyeri saat berkemih. Umumnya kebersihan umum (*personal hygiene*) dapat mengurangi keputihan tanpa infeksi.

6. Artralgia dan artritis pada sendi kecil

Sebuah studi menunjukkan pada 157 ibu hamil tanpa riwayat penyakit

rematik melaporkan prevalensi artralgia pada ibu hamil sebesar 14% dan artritis 8.9%. Kondisi ini umumnya terjadi pada trimester ketiga. Sendi interfalang proksimal merupakan sendi yang paling sering terkena, diikuti sendi metakarpofalangeal dan interfalang distal. Semua kasus dengan artralgia atau artritis pada sendi-sendi kecil dapat sembuh spontan setelah persalinan.

7. Keluhan lain

Keluhan yang ditemukan yaitu (2,2%) Pusing, (0,7%) Kram kaki, (0,5%) Sering buang air kecil, gusi bengkak, mulut pahit, nyeri tulang ekor, mudah lelah masing-masing (0,1%) Beberapa penelitian lain berusaha mengetahui prevalensi inkontinensia urin selama kehamilan, namun belum ditemukan penelitian yang meneliti prevalensi keluhan sering buang air kecil (prevalensi) selama kehamilan. Tidak ditemukan pula data sebelumnya untuk keluhan yang lain.

2.1.4. Pruritus Gravidarum



Gambar 2.1 Pruritus gravidarum, Sumber : www.huidziekten.nl

Pruritus atau gatal adalah keluhan umum pada kehamilan, terjadi pada sampai dengan 14-23% wanita. Kejadian pruritus bisa cukup parah sehingga mempengaruhi tidur dan kualitas hidup. Kejadiannya berprevalensi 0,7-5% pada populasi yang berbeda. Prevalensi dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan dan bervariasi antara populasi di seluruh dunia. Di Chile, 2,4% dari seluruh kehamilan terpengaruh dengan prevalensi 5% pada wanita asal Araucanian-India.³¹

Pruritus adalah sensasi yang menimbulkan keinginan kuat untuk melakukan penggarukan. Secara umum, pruritus adalah gejala dari berbagai penyakit kulit, baik lesi primer maupun lesi sekunder, meskipun ada pruritus yang ditimbulkan akibat faktor sistemik non-lesi kulit. Sementara, pruritus yang tidak disertai kelainan kulit disebut *pruritus esensial (pruritus sine materia)*.¹⁶

a. Patofisiologi

Pruritus yang terjadi selama kehamilan sering dikaitkan dengan terjadinya Intrahepatik Kolestasis Kehamilan (*intrahepatic cholestasis of Pregnancy*). Patogenesis terjadinya adalah multifaktoral. ICP dapat disebabkan oleh ketidaksempurnaan dalam ekskresi garam empedu yang menyebabkan peningkatan asam empedu. Selain itu secara genetik cenderung berinteraksi dengan efek estrogen dan progesteron metabolit pada empedu mekanisme sekretorik serta faktor lingkungan.³¹

Mutasi pada gen pengkode protein yang diperlukan untuk ekskresi empedu (misalnya ABCB4 yang [MDR 3]) telah diidentifikasi. Dengan

kadar hormon yang normal, ketidaksempurnaan ini tidak memiliki implikasi klinis; biasanya hanya menjadi jelas dengan kadar hormon yang tinggi pada akhir kehamilan dan / atau dengan kontrasepsi hormonal. Metabolisme estrogen dan progesteron akan mengkolerasi diri sendiri jika kadar hormon meningkat. ³¹

b. Etiologi Pruritus Gravidarum³¹

1. Genetik
2. Hormonal
3. Lingkungan
4. Kekurangan Selenium
5. Faktor risiko, seperti: Riwayat pribadi atau keluarga kolestasis obstetri, kehamilan ganda, *Carrier* hepatitis C, dan Batu empedu

c. Prognosis

Prognosis bagi ibu umumnya baik. Setelah melahirkan, pruritus menghilang secara spontan dalam beberapa hari ke minggu tetapi bisa kambuh pada kehamilan berikutnya dan kontrasepsi oral. ³¹

f. Tatalaksana

Pengurangan gejala pruritus biasanya dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut: ³¹

1. Umumnya dapat menggunakan salep kulit seperti petroleum atau krim pada waktu tidur yang memberi efek menenangkan. lotion bebas alkohol dapat diterapkan berkali-kali selama hari.

2. Mandi harus dibatasi untuk paparan singkat ke air hangat; setelah mandi, keringkan dan segera oleskan salep kulit. Gunakan sabun hypoallergenic dua sampai tiga kali per minggu; batasi penggunaan sehari-hari sabun untuk selangkangan dan aksila.
3. Memastikan lingkungan tidak lembab, terutama di musim dingin.
4. Pilih pakaian dari katun atau sutra. Hindari kain sintetis.
5. Kafein, alkohol, rempah-rempah, air panas harus dihindari.
6. keringat berlebihan harus dihindari.
7. Kuku harus dijaga pendek dan bersih untuk mencegah komplikasi dari menggaruk, dan dengan menggosok kulit dengan telapak tangan jika dorongan untuk menggaruk tak tertahankan

Lesi kulit dan keluhan umumnya dapat sembuh sendiri tanpa gejala sisa yang serius dan biasanya tidak mempengaruhi janin. Tata laksana simtomatik yang dapat diberikan di antaranya sabun yang mengandung minyak atau emolien dengan zat tambahan 1-2% menthol atau urea.⁹ Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dainty Maternity, dkk. pada tahun 2017, Penanganan *Pruritus* dapat dilakukan dengan menggunakan peppermint. Peppermint (*Mentha piperita*) adalah keluarga mint. Tanaman ini mengandung minyak atsiri yang komponen utamanya adalah menthol (50-60%). Dengan mendinginkan kulit, mentol, menurunkan gatal yang disebabkan oleh histamine. Pemberian minyak peppermint selama kehamilan dan menyusui tidak ada efek racun yang membahayakan. Kandungan yang terdapat dalam peppermint dapat mengatasi *pruritus*

dalam kehamilan. Mekanisme efek menthol menghambat gatal dengan mengaktifkan serat A-delta dan k-opioid reseptor sehingga tidak menimbulkan efek yang berbahaya bagi ibu dan janin.⁶

Selain peppermint, dari hasil penelitian yang dilakukan Adiliani, dkk. menunjukkan bahwa minyak kelapa memiliki kandungan asam lemak rantai sedang/ *Medium Chain Triglycerid* (MCT) yang bersifat melembabkan. Pelembab dari minyak kelapa berasal dari komposisi MCT yang dikandungnya diubah menjadi asam lemak bebas seperti yang terkandung dalam sebum. Hal inilah yang menyebabkan minyak kelapa efektif dan aman digunakan pada kulit dengan cara meningkatkan hidrasi kulit dan mempercepat penyembuhan kulit.¹⁷

Menurut Rajeswari sifat lidah buaya menenangkan dan menyejukkan kulit yang meradang, nyeri kebas karena inflamasi dan mencegah timbulnya rasa gatal. Gel lidah buaya dapat menurunkan keluhan pruritus diduga karena lidah buaya mengandung glikoprotein dengan sifat anti alergi, yang disebut alprogen. Alprogen menghalangi arus masuk kalsium ke sel mast, dengan demikian menghambat antigen antibodi dalam pelepasan histamin dan *leukotriene* dari sel mast.¹⁸ Dari penelitian sebelumnya oleh Fatimah Khoirini *aloe vera* atau lidah buaya efektif untuk mengurangi gatal gatal akibat pruritus dengan cara pemberian gel lidah buaya 2 kali sehari setelah mandi selama 3 hari. Pada penelitian yang dilakukan oleh Fatimah pemberian intervensi gel pada pasien pruritus menunjukkan hasil yang signifikan setelah 3 hari diberi

perlakuan, terlihat dari mean yang didapat. Pada kelompok eksperimen nilai mean pruritus sebelum intervensi 6.3 dan nilai mean pruritus setelah intervensi 4.8 setelah di uji dengan uji t dependen didapat hasil nilai pruritus (p value $0.000 < \alpha = 0.05$). Sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan nilai pruritus sebelum dan sesudah pemberian gel lidah buaya selama 3 hari.¹⁹

2.1.5. Manfaat *Aloevera*

Lidah buaya bisa digunakan untuk pengobatan luar untuk kondisi kulit seperti ekszema, luka dan luka bakar. Lidah buaya juga dapat dijadikan sebagai pengurang nyeri dan peradangan, antiseptik dan antibiotik. Lidah buaya menghasilkan 6 agent antiseptik seperti *lupeol*, *salicylic acid*, *urea nitrogen*, *cinnamonic acid*, *phenol* dan *sulphur*. Semua substansi ini merupakan golongan antiseptik karena dapat membunuh kuman atau mengontrol pembentukan bakteri jamur dan virus. Lidah buaya menghambat migrasi sel PMN (neutrophil) ke jaringan vena yang meradang, sehingga proses inflamasi vena dihambat. Kandungan asam amino, glikoprotein dan aloe emodin dalam lidah buaya mempercepat perkembangan sel baru dalam proses regenerasi epitel pembuluh darah.¹⁸

Gel lidah buaya dapat melembabkan kulit karena mengandung air yang banyak. Gel lidah buaya mempunyai kadar air tinggi yaitu 94,83%.¹⁴ penelitian oleh Schulz mengatakan gel lidah buaya mengandung air 99% dan yang lainnya glucomonans, asam amino, lipid, sterol dan vitamin. *Mucopolysakarida* membantu dalam mengikat kelembaban kulit.

Lidah buaya menstimulasi fibroblast yang menghasilkan kolagen dan serat elastis yang membuat kulit lebih elastis dan mengurangi kerutan. Asam amino di dalam lidah buaya juga mengurangi kulit yang kasar dan zink bertindak sebagai astringent untuk mempererat pori-pori kulit juga mempunyai efek anti jerawat. Lidah buaya mengandung zat aktif lignin yang mempunyai kemampuan penyerapan tinggi sehingga memudahkan peresapan gel ke dalam kulit atau mukosa. Biasanya lidah buaya digunakan sebagai pelembab, penelitian menunjukkan lidah buaya efektif mengurangi kekeringan pada kulit, membersihkan jerawat, alergi pada kulit, noda kehitaman dan kulit yang berwarna tidak rata dan membuat kulit menjadi cerah.¹⁸

Selain manfaat diatas, bagi ibu hamil lidah buaya dapat mengatasi kulit gatal. Saat hamil, kulit akan cenderung lebih gatal. Namun jangan hal ini dapat diatasi dengan cara mengoleskan gel lidah buaya ataupun cairan daun lidah buaya, langsung pada area kulit yang gatal. gel lidah buaya dapat dicampur dengan losion untuk melembapkan kulit. Kulit yang lembap akan mengurangi risiko kulit menjadi gatal. Namun, jika rasa gatal disertai dengan munculnya ruam kulit, sebaiknya segera memeriksakannya ke dokter.³²

2.1.6. Alat ukur skala gatal

Alat ukur yang digunakan dalam pengukuran skala gatal adalah skala gatal 5 dimensi (terlampir). Data dari lembar observasi diolah sebagai berikut :

a. Lokasi /distribusi

Mendapat nilai 0 jika tidak ada pruritus, nilai 1 jika timbul pruritus 100% pada salah satu daerah dari 8 area pruritus dan seterusnya sehingga nilai maksimal adalah 8.

a. Intensitas / keparahan Pruritus

Mendapat skor 1 jika timbul kadang-kadang dan skor 2 jika timbul terus-menerus

- Periodic/kadang-kadang adalah keluhan gatal tidak terus menerus hanya beberapa waktu dan mempunyai jeda.
- Continuous/terus-menerus adalah keluhan gatal timbul sepanjang hari dan sepanjang malam.

Kemudian untuk mengetahui skor pruritus gunakan rumus dibawah ini:

Pruritus = (keparahan x distribusi) + gangguan tidur (Nilai maksimal pruritus adalah 17).

2.1.7. Langkah-langkah Pemberian Intervensi

Pasien diberikan satu tube gel yang berbahan 99% aloe vera, setelah itu dijelaskan cara pemakaiannya sebagai berikut:

1. Jauhkan tempat gel dari panas matahari
2. Sebelum gel digunakan, pastikan badan telah bersih dari kotoran yang menempel. Dianjurkan untuk mandi terlebih dahulu.
3. Keringkan badan terutama bagian yang akan di aplikasikan gel.
4. Oleskan gel pada bagian tubuh yang mengalami pruritus secukupnya.
5. Diamkan hingga gel menyerap pada permukaan kulit.

6. Lakukan peng-aplikasian gel pada daerah yang mengalami pruritus dalam sehari 2-3 kali.
7. Penggunaan gel aloe vera dilakukan setiap hari dalam durasi waktu 2 minggu (14 hari)

2.2 Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.²⁰

2.2.1 Menurut cara persalinan²¹

1. Partus spontan (normal), merupakan proses persalinan dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat, serta tidak ada tindakan yang berpotensi meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu juga bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam,
2. Partus dengan alat ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi *caesar*.

2.2.3 Menurut umur kehamilan:²¹

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup, berat janin dibawah 1000 gr dan umur kehamilan dibawah 20 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berta janin berkisar antara 1000-2500 gr.
- c. Partus maturus atau aterm (cukup bulan) adalah persalinan pada

usia kehamilan 37 – 40 minggu, janin matur atau cukup bulan, berat badan seharusnya berada diatas 2500 gr.

- d. Partus postmaturus (serotinus) merupakan persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih setelah waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- e. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung sangat cepat.

2.2.4 Sebab – sebab yang menimbulkan persalinan²¹

a. Teori Penurunan hormon

Satu hingga dua minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim, karena itu akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

b. Teori penuaan plasenta

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori Prostaglandin

Desidua menghasilkan prostaglandin diduga menjadi salah satu penyebab dimulainya persalinan. Prostaglandin dapat menyebabkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Didukung oleh kadar prostaglandin yang tinggi

salam air ketuban ataupun darah perifer pada ibu hamil.

d. Teori Oksitosin

Bertambahnya kadar oksitosin pada akhir kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot uterus.

2.2.5 Tanda-tanda Dimulainya Persalinan

1. *Lightening* atau *settling*, kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus terlihat turun
3. Sering buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terendah janin
4. Perasaan nyeri di perut dan di pinggang , rahim adanya kontraksi- kontraksi lemah
5. Serviks menjadi lembek, sekresinya bertambah, mungkin lendir campur darah.

2.2.6 Tahapan Persalinan

Tahap tahap persalinan :²

Ada tiga tahap penting dalam persalinan : (1) dilatasi serviks, (2) kelahiran bayi, dan (3) kelahiran plasenta. Persalinan pada permulaannya diawali dengan , pecahnya membran yang membungkus kantong amnion (ketuban). Cairan ini nantinya akan membantu melumasi jalan lahir. Selama tahap pertama,

serviks akan melebar untuk mengakomodasi diameter kepala bayi biasanya serviks melebar dengan maksimal 10 cm. Tahap ini berlangsung paling lama, dapat berlangsung dari beberapa jam hingga 24 jam pada kehamilan pertama. Kepala memiliki diameter terbesar pada tubuh bayi, jika bayi mendekati jalan lahir dengan kaki di depan maka kaki mungkin tidak dapat membuka serviks yang cukup lebar untuk dilalui kepala. Pada kasus ini tanpa intervensi medis, kepala bayi akan tertahan di bagian lubang serviks yang sempit karena tidak berdilatasi secara maksimal.

Tahap kedua persalinan, dimulai ketika serviks telah berdilatasi dengan lengkap. Janin akan bergerak melewati serviks dan vagina, menyebabkan reseptor regang di vagina akan mengaktifkan refleksi saraf yang memicu kontraksi dinding abdomen yang sinkron dengan kontraksi uterus. Kontraksi abdomen membantu meningkatkan daya dorong untuk membantu janin melewati jalan lahir. Dengan kekuatan meneran ibu disertai adanya kontraksi pada otot abdomen dan kontraksi uterus maka bayi dapat terdorong melewati jalan lahir. Pada tahap ini biasanya berlangsung singkat yaitu selama 30 sampai 90 menit. Bayi masih melekat ke plasenta oleh tali pusat sehingga nantinya akan diikat dan dipotong.

Setelah bayi lahir, ada rangkaian kontraksi uterus kedua yang

memisahkan plasenta dari miometrium. Pelahiran plasenta adalah tahap ketiga dari persalinan, berlangsung paling singkat berdurasi selama 15 hingga 30 menit setelah bayi lahir. Ketika plasenta lahir maka, kontraksi miometrium akan membantu menjepit pembuluh darah uterus yang berada di tempat perlekatan plasenta sehingga membantu dalam proses pencegahan perdarahan pasca salin. Setelah kelahiran, uterus akan menciut kembali ke bentuk asalnya yang dikenal sebagai proses involusi yang berlangsung empat hingga enam minggu.

2.2.7 Faktor-faktor Yang Mendorong Persalinan²¹

a. *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, panggul ibu berperan lebih dalam proses persalinan. Janis harus berhasil menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

b. *Passenger* (janin)

Faktor lain yang memiliki pengaruh dalam persalinan adalah faktor janin meliputi sikap, letak, presentasi, bagian terbawah dan posisi janin.

c. *Power* (kekuatan)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his, kontraksi otot – otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament dengan kerjasama yang baik sempurna.

d. Penolong

Seorang penolooong harus memiliki kompetensi untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Bila pengetahuan dan kompetensi yang baik dimiliki penolong diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam proses memberikan asuhan tidak terjadi.

e. Psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan.

2.2.8 Perubahan Fisiologis selama Persalinan

Perubahan Fisiologis pada persalinan :¹

a. Perubahan tekanan darah

Selama kontraksi uterus terjadi kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi apabila terjadi kontraksi.

b. Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkatkan tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

c. Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan suhu tubuh normal sekitar 0,5 -1°C.

d. Denyut jantung

Denyut jantung selama persalinan akan sedikit naik. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan

e. Pernafasan

Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan dengan sebelum persalinan, kenaikan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri dan kekhawatiran.

f. Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama masa persalinan. Kandung kemih harus sering dikontrol (setiap 2 jam) agar tidak menghambat penurunan bagian trendah janin .

g. Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang dan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi.

h. Perubahan Hematologis

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gr/ 100 ml selama persalinan dan kembali ketingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah saat persalinan.

2.2.9 Asuhan Persalinan

A. Kala I²²

1. Mempersiapkan ruangan untuk persiapan dan kelahiran bayi
2. Persiapan perlengkapan, bahan – bahan dan obat-batan yang diperlukan
3. Persiapan rujukan
4. Memberikan asuhan sayang ibu, Asuhan sayang ibu selama

persalinan termasuk:

- a. Memberikan dukungan emosional
- b. Membantu pengaturan posisi ibu
- c. Memberikan cairan dan nutrisi
- d. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
- e. Pencegahan infeksi
- f. Pengurangan rasa sakit, Menurut varney, pendekatan untuk mengurangi rasa sakit dapat dilakukan dengan cara- cara sebagai berikut :

- Menghadirkan seseorang yang dapat memberikan dukungan selama persalinan (suami, orangtua)
- Pengaturan posisi: duduk atau setengah duduk, merangkak, berjongkok, berdiri, atau berbaring miring ke kiri
- Relaksasi pernafasan

g. Istirahat dan privasi

h. Sentuhan

B. Kala II²²

1. Pemantauan kesejahteraan ibu :

- pemantauan tanda- tanda vital

- Kandung kemih
 - Hidrasi : cairan, mual, muntah
 - Kondisi umum
2. Upaya ibu meneran
 3. Kontraksi setiap 30 menit
 4. Kemajuan persalinan
 5. Pemantauan janin meliputi : DJJ, air ketuban dan penyusupan kepala

C. Kala III ²²

1. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali
3. Massase fundus uteri

D. Kala IV ²²

1. Lakukan massase uterus unttuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
2. Evaluasi tinggi fundus uteri
3. Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
4. Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum
5. Evaluasi keadaan ibu
6. Dokumentasi semua asuhan selama persalinan pada partograf

2.2.10 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan Persalinan Normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan

aman dari setiap tahapan persalinan dan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan dan hipotermi serta asfiksia bayi baru lahir. Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 58 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:²³

1. Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 5ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke

dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali

kelengkapan alat dan bahan

18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenon (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).
19. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
20. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
21. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan

distal untuk melahirkan bahu belakang.

22. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
23. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)
24. Melakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
25. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
26. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
27. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.
28. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal

lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)

29. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
30. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
31. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
32. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
34. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati. kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul

kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

36. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
37. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
38. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri
39. Dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral.
45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah

yang sesuai.

53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf

2.2.11 Persalinan Lama (Partus Lama)

Partus lama disebut juga dengan distosia, didefinisikan sebagai persalinan abnormal/sulit, partus lama, partus kasep ataupun partus terlantar. Partus lama adalah persalinan berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi.²⁹ Persalinan lama adalah persalinan (partus) lama yang ditandai dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi, dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf³³

A. Faktor Predisposisi Persalinan Lama³⁴

1. Bayi: kepala janin besar, hidrosefalus, presentasi wajah-bahu-alis, malposisi persisten, kembar yang terkunci, kembar siam.
2. Jalan lahir: panggul kecil karena malnutrisi; deformitas panggul karena trauma atau polio; tumor daerah panggul; infeksi virus di perut atau uterus; jaringan parut.
3. Faktor yang berhubungan dengan persalinan lama: aktifitas fisik rumah tangga; aktifitas fisik olahraga; kekuatan ibu (*power*); passanger; posisi janin; psikologi (dominan); pendidikan ibu; umur ibu; paritas ibu.

B. Etiologi

Menurut Sarwono¹ penyebab persalinan lama digolongkan menjadi 3:

1. Kelainan tenaga (his)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Kelainan his disebabkan karena *inersia uteri*, yaitu: sifat his biasa, fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. *Incoordinate uterine action*, yaitu: sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi.

2. Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin (janin besar atau ada kelainan konginetal janin).

3. Kelainan jalan lahir.

Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

C. Klasifikasi Persalinan Lama

1. Fase laten memanjang: fase laten yang melampaui 20 jam pada primi gravida atau 14 jam pada multipara.
2. Fase aktif memanjang: fase aktif yang berlangsung lebih dari 12 jam pada primi gravida dan lebih dari 6 jam pada multigravida, serta laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam.
3. Kala II lama: kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

D. Dampak Persalinan Lama³⁴

1. Bagi ibu: atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu, *shock*, persalinan dengan tindakan.
2. Bagi janin: asfiksia, trauma cerebri yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin, cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi dengan forceps yang sulit, pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran, kematian janin.
3. Persalinan lama dapat menyebabkan infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi, dan perdarahan post partum yang dapat menyebabkan kematian ibu.

E. Penanganan¹

i. Fase laten memanjang

1. Jika his berhenti, pasien disebut belum inpartu atau persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 cm, masuk dalam fase laten.
2. Jika fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks
3. Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum inpartu.

4. Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin (lakukan penilaian setiap 4 jam; jika pasien tidak masuk fase aktif setelah pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC).
5. Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau), maka lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin; berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan.
6. Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin (lakukan penilaian setiap 4 jam; jika pasien tidak masuk fase aktif setelah pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC).
7. Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau), maka lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin; berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan.

ii. Fase aktif memanjang

1. Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.
2. Nilai his
 - a. Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inertia uteri. Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari

40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi.

- b. Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

2.2.12 Retensio Urine ³⁶

1. Pengaruh Kehamilan dan Persalinan terhadap Terjadinya Retensio Urin

Pengaruh Kehamilan dan Persalinan terhadap Terjadinya Retensio Urin Secara patofisiologi, retensio urin merupakan akibat dari satu atau lebih mekanisme, antara lain penurunan kontraktilitas kandung kemih, kontraksi detrusor yang buruk, kelainan anatomi, gangguan relaksasi outlet, atau gangguan koordinasi neurologis dari proses berkemih. Patofisiologi pasti terjadinya retensio urin pasca-persalinan masih belum dimengerti dan memiliki mekanisme yang bervariasi berdasarkan penjelasan beberapa penelitian sebelumnya.

Elastisitas traktus urinarius meningkat selama kehamilan akibat perubahan hormonal, sehingga menyebabkan penurunan tonus otot polos. Peningkatan kapasitas kandung kemih selama kehamilan sudah dibuktikan sejak tahun 1938 oleh Muelner. Dimulai sejak bulan ketiga kehamilan, tonus otot kandung kemih menurun dan kapasitasnya meningkat secara perlahan. Wanita hamil pada umumnya mulai berkeinginan untuk berkemih ketika kandung kemihnya terisi 250-400 mL urin, dan maksimal 1000-12.000 mL pada posisi supinasi/terlentang. Ketika perempuan hamil

tersebut berdiri, uterus yang membesar meningkatkan tekanan pada kandung kemih, sehingga menggandakan tekanan pada kandung kemih dimulai pada minggu ke-38 kehamilan, yang menandakan adanya penurunan kapasitas kandung kemih pada saat itu; hal tersebut akan hilang saat bayi dilahirkan.

Tanpa beban uterus yang membatasi kapasitasnya, kandung kemih pasca-persalinan menjadi hipotoni. Hal itu akan terjadi selama beberapa hari atau minggu. Selain itu, kandung kemih menjadi menurun sensitivitasnya terhadap tekanan intravesikal dan pengisian yang cepat. Hal itu akan bertahan selama beberapa hari hingga minggu. Sedangkan menurut Glavind,² pada periode pasca-persalinan, terjadi peningkatan elastisitas traktus urinarius yang dapat mengalirkan ataupun menampung urin selama kehamilan akibat efek perubahan hormonal terhadap tonus otot polos.

2. Penyebab Retensio Urin

Retensio urin dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut:

1. Neurologis ,,
2. Farmakologi
3. Inflamasi: Uretritis atau sistitis, Vulvovaginitis akut, Herpes zoster atau simpleks
4. Obstruksi Ekstra-mural: Massa pelvik atau vagina, Intra-mural: Prolaps dinding vagina posterior atau uterovaginal, Intraluminal Disinergia detrusor sfingter, Uretra: kondisi striktur uretra, batu saluran kemih, tumor/kanker

5. Gangguan medis: Diabetes melitus, Hipotiroid, Porfiria, Skleroderma
6. Overdistensi: Post-operatif post-partum
7. Psikogenik: Non-neurogenic bladder, Gangguan psikiatri
8. Post-operatif: Operasi pengangkatan bladder neck, Prosedur untuk denervasi kandung kemih, Prosedur yang menyebabkan edema dan nyeri terlokalisasi.

2.2.13 Ruptur Perineum

1. Pengertian Ruptur Perineum

Ruptur perineum adalah robekan perineum yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Robekan perineum terjadi pada hampir semua primipara dan tidak jarang pada persalinan berikutnya.¹

2. Pembagian Ruptur Perineum

Ruptur perineum dibagi dalam tingkatan-tingkatan sebagai berikut: ³⁵

1. Tingkat I : Ruptur hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.
2. Tingkat II : Ruptur mengenai selaput lendir vagina dan otot perineal transversalis, tetapi tidak mengenai springter ani.

3. Tingkat III : Ruptur mengenai seluruh perineum dan otot springteri ani.

4. Tingkat IV : Ruptur sampai mukosa rektum.

3. Risiko Ruptur Perineum

Keluarnya bayi melalui jalan lahir sebagian besar menyebabkan robekan pada *vagina* dan *perineum*. Meski tidak tertutup kemungkinan robekan itu memang sengaja dilakukan untuk memperlebar jalan lahir. Risiko yang ditimbulkan karena robekan perineum adalah perdarahan, dengan perdarahan yang hebat ibu akan mengalami kondisi tidak berdaya, lemah, tekanan darah turun, anemia dan berat badan turun. ³⁵

4. Penanganan Ruptur Perineum

Bila dijumpai robekan *perineum* segera dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan menghindari robekan terbuka ke arah *vagina* karena dapat tersumbat oleh bekuan darah yang akan menyebabkan kesembuhan luka menjadi lebih lama.

Tujuan penjahitan robekan *perineum* adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Penjahitan dilakukan dengan cara jelujur menggunakan benang *catgut kromik*. Dengan memberikan anastesi lokal pada ibu saat penjahitan *laserasi*, dan mengulangi pemberian anastesi jika masih terasa sakit. Penjahitan dimulai satu cm dari puncak luka. Jahit sebelah dalam ke arah luar, dari atas hingga mencapai bawah *laserasi*. Pastikan jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Ikat benang

dengan membuat simpul dalam *vagina*. Potong ujung benang dan sisakan 1,5 cm. Kemudian melakukan pemeriksaan ulang pada *vagina* dan anus untuk mengetahui terabanya jahitan pada *rectum* karena bisa menyebabkan *fistula* dan bahkan infeksi. ³⁵

5. Pengobatan Ruptur Perineum

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk ruptur perineum adalah dengan memberikan antibiotik yang cukup. Perawatan luka *perineum* pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan *vulva*. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :

- a. Mencegah kontaminasi dengan *rectum*
- b. Menangani dengan lembut jaringan luka
- c. Membersihkan darah yang menjadi sumber infeksi dan bau. ³⁵

6. Komplikasi

Risiko komplikasi yang mungkin terjadi jika *rupture perineum* tidak segera diatasi, yaitu :

- a. Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian

dan penatalaksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai *tonus otot*.³⁵

b. *Fistula*

Fistula dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya karena perlukaan pada *vagina* menembus kandung kencing atau *rectum*. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui *vagina*. *Fistula* dapat menekan kandung kencing atau *rectum* yang lama antara kepala janin dan panggul, sehingga terjadi *iskemia*.³⁵

c. *Hematoma*

Hematoma dapat terjadi akibat trauma *partus* pada persalinan karena adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada *perineum* dan *vulva* berwarna biru dan merah. *Hematoma* dibagian *pelvis* bisa terjadi dalam *vulva* *perineum* dan *fosa iskiorektalis*. Biasanya karena trauma *perineum* tetapi bisa juga dengan *varikosis vulva* yang timbul bersamaan dengan gejala peningkatan nyeri. Kesalahan yang menyebabkan diagnosis tidak diketahui dan memungkinkan banyak darah yang hilang. Dalam waktu yang singkat, adanya pembengkakan biru yang tegang pada salah satu sisi *introitus* di daerah *rupture*

perineum. ³⁵

E. Partograf ¹

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

1. Mencatat kemajuan persalinan.
2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.
5. Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu

A. Penggunaan Partograf

Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll). Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan

kelahiran (Spesialis Obgin, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran). Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka .

B. Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, Mencatat temuan Partograf meliputi:

1. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: "jam" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2. Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom, lajur dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

3. Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Masing-masing angka

mempunyai lajur dan kotak tersendiri. Setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

4. Jam dan waktu

a. Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b. Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatlah pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatlah waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00, tuliskan tanda "X" di garis waspada yang sesuai dengan

angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dari kiri).

5. Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- 1) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- 2) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

6. Obat-obatan yang diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV

7. Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu. Hal-hal yang dituliskan antara lain nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, volume urin, protein atau aseton

8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom parto-graf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

9. Pencatatan pada lembar belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir).

2.3 Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 42 hari. Pelayanan yang harus terselenggara pada masa nifas meliputi upaya preventif, screening dan penanggulangan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi. Yang disertai dengan tersedianya pelayanan edukasi dalam pemberian ASI, KB, imunisasi juga nutrisi bagi ibu.¹

Setelah kelahiran, uterus akan menciut kembali ke bentuk asalnya yang dikenal sebagai proses involusi yang berlangsung 4-6 minggu. Pada tahap ini jaringan endometrium yang tertinggal dan tidak dikeluarkan bersama plasenta akan mengalami disintegrasi dan terlepas. Terlepasnya sisa jaringan tersebut menghasilkan duh vagina yang disebut *lochea*. Jika proses ini telah selesai maka endometrium pulih kedalam keadaan seperti

sebelum hamil. Proses involusi dipengaruhi oleh penurunan tajam estrogen dan progesteron dalam darah karena plasenta yang menjadi sumber steroid telah terlepas. Apalagi jika ibu menyusui maka, prosesnya akan berlangsung lebih cepat karena adanya hormon oksitosin yang dikeluarkan karena adanya isapan oleh bayi. Selain itu, oksitosin membantu meningkatkan kontraksi miometrium yang mempertahankan tonus otot uterus dimana akan mempercepat proses involusi itu sendiri. ²

Periode pascapersalinan meliputi masa transisi yang kritis bagi ibu, bayi, dan keluarganya secara psikis, emosional dan sosial. Hal ini terjadi karena risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi lebih sering terjadi pada masa ini. Dimana perdarahan pascapersalinan merupakan penyebab utama dari 150.000 kematian ibu setiap tahunnya, 4 dari 5 kematian karena perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 4 jam setelah bersalin. ¹

2.3.1. Tahapan masa nifas ²⁴

Ada 3 periode dalam masa nifas diantaranya :

1. *Puerperium dini*, masa ini terjadi ketika ibu sudah bisa berdiri dan berjalan secara mandiri.
2. *Puerperium intermedial*, pada tahap ini dikatakan telah dilewati ketika alat-alat genital telah pulih secara menyeluruh.
3. *Remote puerperium*, adalah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk sehat secara sempurna. Terlebih pada ibu yang mengalami komplikasi selama

kehamilannya, untuk sehat secara sempurna mungkin membutuhkan waktu berminggu-minggu, bulan atau bahkan tahun.

2.3.2. Perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi dalam masa nifas²⁴

A. Perubahan fisiologi

1. Sistem Endokrin

Setelah bayi dan plasenta lahir, tentunya kadar sirkulasi hormon HCG (*human chorionic gonadotropin*), HPL (*human placental lactogen*), estrogen dan progesteron mengalami perubahan yang cukup signifikan. HPL akan menghilang dari peredaran darah ibu pada 2 hari setelah plasenta lahir. Sementara HCG akan menetap dan kemudian akan menghilang ketika 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron akan sama dengan kadar pada fase folikuler dalam siklus menstruasi selama 3-7 hari. Hilangnya polipeptida dan hormon steroid ini akan mengubah fungsi seluruh sistem dalam tubuh sehingga efek kehamilan akan berbalik.

2. Sistem Kardiovaskular

Peningkatan denyut jantung, volume dan curah jantung segera setelah melahirkan akibat terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat sehingga terjadi peningkatan haemokonsentrasi sampai volume dan ukuran pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

a. Volume darah

Ada beberapa variabel yang mempengaruhi volume darah, misalnya : darah yang hilang ketika proses persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Perubahan volume darah akibat kehilangan darah hanya terbatas pada volume darah total. Perubahan volume cairan ini akan mengakibatkan terjadinya penurunan yang lambat pada volume darah. Pada 2-3 minggu pertama setelah persalinan volume darah akan menurun sampai nilai sebelum kehamilan.

b. *Cardiac output*

Selama kala I dan kala II persalinan terjadi peningkatan *cardiac output*, namun puncaknya terjadi dalam masa nifas tanpa melihat jenis persalinan dan anastesi yang digunakan. Tingginya *cardiac output* akan menetap hingga 48 jam *postpartum*, biasanya diikuti oleh adanya peningkatan *stroke volume* akibat *venous return* meningkat. Oleh karena itu biasanya akan terlihat bradikardi pada saat ada peningkatan *cardiac output*. Lamanya waktu yang di butuhkan untuk kembali ke keadaan seperti sebelum hamil biasanya memakan waktu 2-3 minggu.

3. Sistem Haematologi

Kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, namun karena adanya peningkatan viskositas sehingga pembekuan darah meningkat. Suatu faktor pembekuan darah akan aktif jika tidak ada trauma atau sepsis yang mendorong terjadinya tromboemboli. Ketika plasenta lahir, maka itu menjadi waktu produksi tertinggi dari pemecahan fibrin. Jika tidak ada

komplikasi , keadaan haematokrit dan haemoglobin dalam 4-5 minggu *postpartum* akan kembali ke keadaan normal seperti sebelum hamil. Selain perubahan sel darah merah, selama persalinan dan nifas juga akan terjadi leukositosis mencapai 15000/mm³. Nilai tersebut akan bertahan hingga beberapa hari *postpartum*. Normalnya jumlah sel darah putih (*leukosit*) pada ibu hamil \pm 12000/mm³, namun pada 10-12 hari setelah persalinan akan meningkat hingga 20000-25000/mm³.

4. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Setelah bersalin, uterus secara perlahan akan kembali ke keadaan seperti sebelum hamil atau dikenal dengan proses involusi.

- 1) Saat bayi lahir tinggi fundus uteri menjadi setinggi pusat dengan berat 1000 gr
- 2) Setelah kala III berakhir maka tinggi fundus uteri teraba 2 jari dibawah pusat dengan berat uterus 750 gr, dengan diameter 12,5 cm
- 3) Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr, diameter 7,5 cm
- 4) Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gr, diameter 5 cm
- 5) Enam minggu *postpartum* fundus mengecil mendekati keadaan seperti sebelum hamil dengan berat 60 gr, diameter 2 cm

b. Serviks

Bersamaan dengan proses involusi pada uterus, serviks pun mengalami hal yang sama. Setelah persalinan berakhir, ostium eksterna hanya dapat dimasuki oleh 2-3 jari tangan. Pada waktu 6 minggu *postpartum* serviks akan sepenuhnya menutup.

c. Vulva dan Vagina

Selama proses persalinan, vulva dan vagina mengalami penekanan dan peregangan yang sangat besar. Pada beberapa hari pertama setelah persalinan vulva dan vagina akan tetap berada dalam keadaan yang kendur. Namun, pada 3-4 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil. Secara berangsur rugae pada vagina akan kembali muncul, selain itu keadaan labia juga akan lebih menonjol.

d. Perineum

Perubahan perineum setelah melahirkan yaitu akan menjadi kendur karena teregang oleh tekanan yang diberikan oleh kepala bayi. Pada hari ke 5 *postpartum*, tonus otot pada perineum mulai kembali. Pada 2-3 minggu *postpartum* keadaan perineum akan pulih namun bergantung pada elastisitas perineum ibu sendiri. Kendurnya otot pada perineum dapat diatasi oleh senam nifas.

e. Payudara

Setelah plasenta lahir, kadar estrogen dan progesteron menurun sementara prolaktin mulai di sekresikan untuk memulai sintesis ASI. Sebagai tanda dimulainya produksi ASI maka payudara akan menjadi

besar dan keras. Terjadi pembengkakan vaskular sementara karena adanya peningkatan suplai darah ke payudara. Setelah ASI di produksi, maka akan disimpan di alveoli dan dikeluarkan dengan isapan bayi secara efektif untuk tetap terjadi proses produksi ASI. Pelepasan oksitosin dari kelenjar hipofisis dirangsang oleh isapan bayi, sehingga sel-sel mioepitel dalam payudara berkontraksi dan terjadi sekresi ASI. Dimana ASI yang dihasilkan pada setiap harinya berkisar 150-300 ml, sehingga kebutuhan bayi setiap harinya dapat terpenuhi.

5. Sistem Perkemihan

Pada 24 jam pertama seringkali ditemukan ada beberapa ibu yang mengalami kesulitan buang air kecil. Itu terjadi karena terdapat spasme sfingter dan edema pada leher buli buli karena terjadi kompresi antara kepala bayi dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine akan dihasilkan dalam jumlah besar pada 12-36 jam *postpartum*, setelah plasenta lahir kadar hormon estrogen akan menurun dengan tajam dan menyebabkan diuresis. Dalam waktu 6 minggu, ureter yang berdilatasi akan kembali normal.

6. Sistem Gastrointestinal

Kembalinya faal usus pada keadaan normal membutuhkan waktu kurang lebih 3-4 hari. Rasa sakit pada daerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk BAB. Selain kadar progesteron yang menurun, asupan makanan juga akan mengalami penurunan selama 1-2 hari. Gerak tubuh

berkurang dan jika sebelum bersalin diberikan enema, maka pada usus bagian bawah akan terasa kosong.

7. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi umumnya dimulai pada 4-8 jam *postpartum*. Ambulasi dini sangat diperlukan untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi. Selain itu juga diperlukan pemeriksaan diastasi rekti untuk memastikan bahwa tidak terjadi pemisahan muskulus rektus abdominus karena dinding abdomen yang mengendur selama masa kehamilan.

8. Sistem Integumen

Turunnya kadar melanin setelah persalinan menyebabkan *hyperpigmentasi* kulit berkurang. Pembuluh darah yang tampak pada kulit saat kehamilan akan ikut menghilang seiring dengan turunnya estrogen.

B. Perubahan Psikologis

Setelah sebelumnya menjalani fase sebagai anak kemudian menjadi istri yang nantinya akan berganti peran menjadi seorang ibu. Dalam prosesnya akan membutuhkan waktu dalam mengatasi pikiran dan perasaannya. Selain perubahan fisik, tentunya dari sisi psikologis ibu mengalami perubahan. Ada 3 fase perubahan psikis yang akan dialami oleh ibu diantaranya :²⁴

1. Fase *taking-in* yang dimulai ketika persalinan berakhir hingga hari ke-2. Pada fase ini ibu akan berfokus pada dirinya sendiri.

2. Fase *taking hold* terjadi pada hari ke 3-10. Selama dalam fase ini ibu akan merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi sehingga akan timbul perasaan sedih. Pada fase ini ibu benar-benar memerlukan dukungan dari suami dan keluarga karena jika perasaan sedih ibu berlanjut lebih dari 10 hari maka ibu mengalami sindrom *baby blues*.
3. Fase *letting go*, dimulai dari hari ke-10 hingga akhir masa nifas. Ibu akan mulai menerima juga percaya diri dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya sebagai ibu.

2.4 Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 - 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat. Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi psikologik mulai terjadi pada tubuh bayi baru lahir, karena perubahan dramatis ini, bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan bagaimana ia membuat suatu transisi yang baik terhadap kehidupannya diluar uterus. Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) merupakan proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus²⁵

2.4.1 Periode Transisi

Keberlangsungan hidup bayi baru lahir bergantung pada kemampuannya untuk beradaptasi dengan lingkungan ektrauterin. Kemampuan adaptasi ini meliputi adaptasi dalam sikulasi kardiopulmunal

dan penyesuaian fisiologis lain untuk menggantikan fungsi plasentadan mempertahankan homeostatis. Kelahiran juga merupakan permulaan awal hubungan orang tua/bayi dan, setelah ibu dan bayi dipastikan sehat, privasi orang tua untuk berbicara, menyentuh, dan berkumpul berdua saja dengan bayinya merupakan hal penting.²²

Periode adaptasi terhadap kehidupan di luar rahim disebut periode transisi. Periode ini dapat berlangsung hingga 1 bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi yang paling nyata dan cepat terjadi adalah pada sistem pernafasan dan sirkulasi, sistem termoregulasi dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa. Pada masa ini bayi tersebut harus mendapat oksigen melalui sistem sirkulasi pernafasannya sendiri yang baru, mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula darah yang cukup, mengatur suhu tubuh, dan melawan setiap penyakit atau infeksi dimana semua fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta.²²

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir²⁵

1. Berat badan 2500-4000 gram
2. Panjang badan 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Frekuensi Jantung 120-160 kali/menit
6. Pernafasan \pm 40-60 kali/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup

8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia
 - Perempuan labia mayora menutupi labia minora
 - Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek *morrow* atau gerak memeluk bila dkagetkan sudah baik
13. Reflek *grasp* atau menggenggam sudah baik
14. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.

2.4.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir ²⁶

1. Sistem Pernafasan

Pernapasan normal pada dimulai pada 30 detik setelah kelahiran. Pernapasan pada neonatus adalah pernapasan diafragmatik dan abdominal serta biasanya masih tidak teratur frekuensi dan dalamnya pernapasan.
2. Kulit

Kulit berwarna kemerahan, sebagian bayi baru lahir terdapat *vernix caseosa* terutama pada daerah bahu, belakang badan, lipat paha dan dibawah tangan, vernic caseosa berfungsi untuk mempertahankan suhu tubuh intra uterin dan akan menghilang 2-3 hari setelah lahir. Terdapat juga lanugo yang merupakan rambut halus dan lunak yang sering menutupi daerah kepala dan muka.
3. Sistem Urinaria

Neonatus harus BAK dalam 24 jam setelah lahir, dengan jumlah urine sekitar 20-30 ml/hari.
4. Sistem Renal

Walaupun ginjal sangat penting dalam kehidupan janin, muatannya terbilang kecil hingga setelah kelahiran. Urine bayi encer, berwarna kekuningkuningan dan tidak berbau.

5. Sistem Hepar

Terjadi perubahan biokimia dan morfologis berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lipid dan glikogen.

6. Sistem Imun

Sistem imunitas neonatus masih belum sempurna, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alam maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi.

7. Sistem Reproduksi

Pada bayi laki-laki dan perempuan penarikan estrogen maternal menghasilkan kongesti lokal di dada dan yang kadang-kadang diikuti oleh sekresi susu pada hari ke 4 atau ke 5. Untuk alasan yang sama gejala haid dapat berkembang pada bayi perempuan.

2.3.2. APGAR Score

Nilai APGAR bertujuan dalam memantau kondisi bayi dari waktu ke waktu. Nilai APGAR menit pertama untuk menentukan diagnosa (asfiksia/tidak).²⁵

Tabel 2.2 Penilaian APGAR score

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis

Interprestasi Tabel APGAR :

1. 1 – 3 Asfiksia berat
2. 4 – 6 Asfiksia sedang
3. 7– 10 Asfiksia ringan

2.4.4 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

1. Kunjungan Neonatus²⁵
 - a. KN-1 dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit dan gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, hepatitis B, perawatan tali pusat, pencegahan kehilangan panas bayi.
 - b. KN-2 dilakukan hari ke 3 sampai hari ke 7 hari setelah lahir, dilakukan pemeriksaan fisik, penampilan dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi, personal hygiene, pola istirahat, keamanan, tanda-tanda bahaya yang terjadi.
 - c. KN-3 dilaksanakan hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

2.4.5 Asuhan tambahan pada Bayi Baru Lahir²⁵

1. Pencegahan Infeksi

Pencegahan seperti Vitamin K untuk mencegah perdarahan, dengan dosis 0,5-1 mg I.M Membersihkan jalan nafas, perawatan tali pusat dan perawatan mata.

2. Pencegahan Kehilangan Panas

Pada saat lahir, bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermi. Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui :

- a. Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti
- b. Konduksi,yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c. Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin, hembusan udara atau pendingin ruangan
- d. Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

3. Cara Mengatasi Kehilangan Panas Untuk Mempertahankan suhu tubuh²⁵

yaitu :

- a. Keringkan suhu tubuh setelah bayi lahir
- b. Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat
- c. Tutupi bagian kepala bayi
- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- f. Tempatkan bayi di lingkungan hangat

- g. Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan
- 1. Pemberian obat tetes/salep mata Pemberian salep mata dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia. Pemberian salep mata sesudah 5 jam bayi lahir.
- 2. Pemberian Imunisasi Tujuan diberikan imunisasi adalah agar tubuh kebal terhadap penyakit tertentu yang dapat menyebabkan infeksi.

2.5 KB (Keluarga Berencana)

KB adalah usaha untuk mengukur jumlah atau jarak anak yang diinginkan, agar dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Contoh cara tersebut yaitu kontrasepsi atau menegah kehamilan dan perencanaan keluarga. Keluarga berencana (family planning) yaitu suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.²⁷

2.5.1 Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen. Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim²⁸

2.5.2 Jenis-jenis kontrasepsi²⁹

- 1. Metode sederhana tanpa alat Alamiah

- a. Metode kalender yaitu menggunakan prinsip tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri sendiri menggunakan 3 patokan yaitu ovulasi yang terjadi 14 (kurang lebih 2 hari sebelum haid yang akan datang) sperma akan dapat hidup setelah 48 jam setelah ejakulasi dan ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi koitus harus dihindari sekurang kurangnya 3 hari yaitu 2 hari sebelum ovulasi dan 1 hari setelah ovulasi.
- b. Metode suhu basal, menjelang ovulasi suhu baal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam suhu basal setelah ovulasi akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi hal ini dapat digunakan untuk menentukan waktu ovulasi atau masa subur.
- c. Metode lendir serviks, didasarkan dengan pengenalan terhadap perubahan lendir selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilisasi dalam masa subur
- d. Metode simptomtermal, yaitu metode lendir serviks dan suhu basal masa. Masa subur dapat ditentukan dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.
- e. *Coitus interruptus*, dengan cara mengeluarkan penis sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.

2. Metode Sederhana dengan Alat

- a. Kondom, menghalangi masuknya sperma kedalam vagina sehingga kehamilan dapat dicegah. Ada 2 jenis kondom yaitu kondom kulit dan kondom karet
- b. Spermisida, merupakan bahan kimia (biasanya non oksinol) yang di gunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma dikemas dalam bentuk aerosol, tablet vagina, supositoria, atau krim. Cara kerjanya yaitu membuat sel membran sperma terpecah dan memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan untuk pembuahan sel telur.

3. Metode Modern

1. Kontrasepsi hormonal

b. Kontrasepsi oral

Cara kerjanya yaitu, mencegah ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma. Dan pergerakan tuba terganggu sehingga menghambat transportasi telur dengan sendirinya. Terdapat 3 jenis kontrasepsi oral yaitu: monofasik (pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progesterone dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormone aktif), bifasik (pil ini terdiri dari 2 sosis yang berbeda dengan 21 tablet mengandung hormone aktif dan 7 tablet tanpa hormone aktif), dan tripasik (pil yang terbagi dalam 3 dosis yang berbeda)

c. Suntik atau injeksi

Sangat efektif dan aman dapat dipakai oleh semua perempuan pada usia reproduksi. Terdapat 2 jenis yang hanya menggunakan progesteron yaitu depo medroksi-progesteron asetat yang mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (intramuscular) di daerah bokong dan deponerotisteron enantat (depo noristerat yang mengandung 200 mg noretindrom enantat yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM.

Cara kerja kontrasepsi ini yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks, menjadikan selaput lender rahim menjadi tipis, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

d. Implant

Cara kerja kontrasepsi ini, yaitu dengan menjadikan lendir serviks mengental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, dan menekan ovulasi. Terdapat beberapa jenis implan yaitu:

1. Norplant , yang terdiri atas 6 batang silastik lembut, berongga, dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonogestrel yang efektif digunakan selama 5 tahun

2. Implanon, terdiri dari 1 batang putih lentur, yang panjangnya kira 40 mm dengan diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lamanya 3 tahun.
3. Jadena dan indoplant. Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonogestrel lama kerjanya 3 tahun.

e. IUD

Intrauterine devices (IUD atau AKDR) merupakan alat kontrasepsi non-hormonal jangka panjang yang di masukan kedalam rahim yang terbuat dari plastik atau tembaga dengan bentuk bermacam-macam. Cara kerja kontrasepsi ini yaitu dengan menghambat sperma masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri dan IUD juga akan mencegah sperma dan ovum bertemu.