

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri. Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati, 2010 : 04)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungn melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, 2010 : 164)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau dengan jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup kedunia luar (Rohani, 2011 : 3)

a. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah untuk menjaga kelangsungan hidup dan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi.

(Sulistyawati, 2010 : 09)

b. Bentuk Persalinan

Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan spontan, bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan, bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran (partus prepitatus).(Manuaba, 2010:164)

c. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda persalinan dapat di tandai dengan:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran membawa tanda (pengeluaran lendir bercampur darah).
- 3) Disertai ketuban pecah.
- 4) Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks).(Manuaba, 2010:169)

d. Sebab Mulainya Persalinan

Perlu diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat duahormon yang dominan.

1) Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan *oksitosin*, *prostaglan*, dan mekanis.

2) Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan *oksitosin*, *prostaglandin* dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesteron harus dalam kondisi keseimbangan, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara kedua hormon memicu oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis posterior, hal tersebut menyebabkan kontraksi yang disebut dengan braxton hicks. Kontraksi ini akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya proses persalinan sesungguhnya, oleh karena itu makin matang usia maka frekuensi kontraksi ini akan semakin sering. (Sulistiyawati, 2010:4)

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang.
- b) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
- c) Kesulitan saat berjalan.
- d) Sering berkemih.

1) Terjadinya His Permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxtron Hicks yang terkadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit dipinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.

- b) Datang tidak teratur.
 - c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
 - d) Durasi pendek.
 - e) Tidak bertambah bila beraktivitas. (Sulistyawati, 2010:06)
- e. Faktor Yang Mengaruhi Persalinan
- a) Passage (Jalan Lahir)
 - 1) Panggul.
 - 2) Pintu atas panggul (PAP).
 - 3) Kavum pelvik (berada diantara PAP dan PBP).
 - 4) Pintu bawah panggul (PBP).
 - 5) Dasar panggul.
 - b) Power (kekuatan)
 - 1) His (kontraksi otot-otot rahim pada persalinan).
 - 2) Tenaga meneran.
 - c) Passenger (Janin dan plasenta)
 - 1) Janin (ukuran kepala janin).
 - 2) Moulage (Molase) kepala janin.
 - 3) Plasenta dan talipusar.
 - 4) Air ketuban. (Widyastuti, 2010: 23-42)
- f. Tahapan Persalinan
- 1) Kala I (pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2x dalam 10 menit selama 40

detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu: fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif.

Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga partusient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lama nya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida 2 cm per jam. Sehingga waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. (Sulistiyawati, 2010 : 07)

2) Kala II (Pengeluaran Bayi)

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lengkap bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan satu jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II di tegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak divulva dengan diameter 5-6 cm.

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

- a) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, tuban pecah yang ditandai dengan mengeluarkan cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap di ikuti keinginan meneran karena tertekannya fleksus frankenhouser.

- d) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu; suboksiput bertindak sebagai hipomochlion. Berturut-turut lahir ubun-ubun besar. Dahi, hidung, dan muka, serta kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:
 - a) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - b) Setelah ke dua bahu bayi lahir, ketiak dikait utuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c) Bayi lahir di ikutin oleh sisa air ketuban.
 - d) Lama nya kala II untuk primigravida 50 menit dan multi gravida 30 menit (Sulistyawati, 2010:07).

3) Kala III (pelepasan plasenta)

Waktu untuk pelepasan dan pengluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahir nya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabuch. Lepas nya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Uterus menjadi berbentuk bundar.

- b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusar bertambah panjang.
- d) Terjadinya perdarahan.

Naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam segmen bawah rahim atau bagian atas vagina dan dengan demikian mengangkat uterus yang berkontraksi dengan sendirinya dengan lepasnya placenta bagian tali pusat yang lahir menjadi lebih panjang. Lamanya kala uri lebih kurang 8,5 menit, dan pelepasan plasenta hanya memakan waktu 2-3 menit. Perdarahan yang terjadi lebih kurang 250 cc, dianggap patologis jika > 500 cc. (Sulistyawati, 2010:08)

4) Kala IV (observasi)

Dimulai dari lepasnya plasenta hingga 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Jumlah perdarahan (jahit robekan perineum, awasi perdarahan).

Pada kala IV perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc. (Manuaba, 2010:174)

Tabel 1 lama persalinan pada primigravida dan multigravida.

Kala persalinan	Primigravida	Multigravida
Kala I	10-12 jam	6-8 jam
Kala II	1-1,5 jam	0,5-1 jam
Kala III	10 menit	10 menit
Kala IV	2 jam	2 jam
Jumlah	10-12 jam	8-10 jam

(Sumber: Manuaba, 2010:175)

5) Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

a) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

b) Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietral dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

c) Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin kedalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul.

d) Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring kearah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring kekiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat.

e) Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva.

f) Resitusi

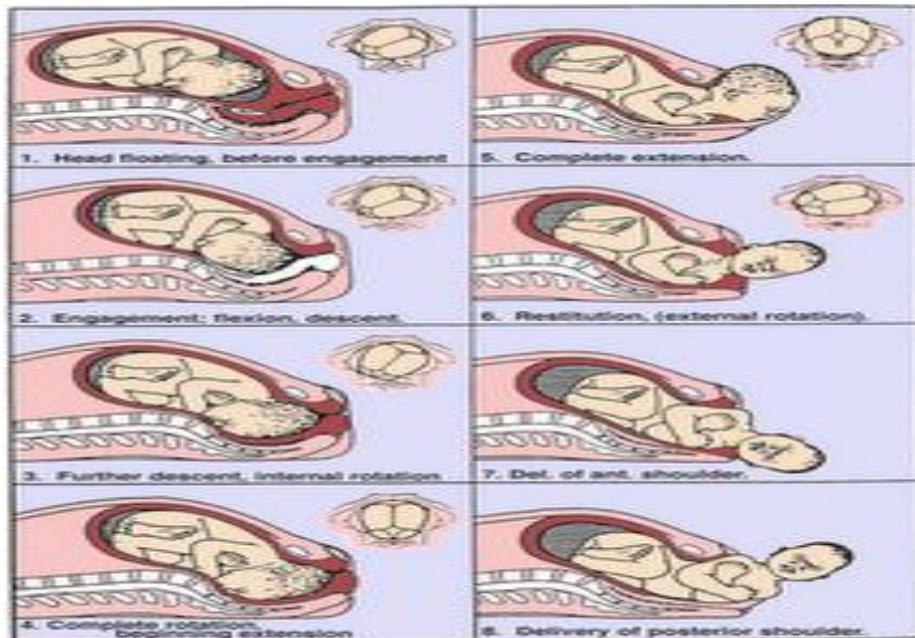
Resitusi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat bai kekanan ataupun kekiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiputanterior.

g) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu.

h) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posteriorakan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan carafleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus. (Sulistyawati, 2010:110)



Gambar 1 Mekanisme persalinan normal

Sumber: (Widyastuti, 2010 : 90)

1. Rupture perineum

a. Definisi Ruptur Perineum

Perineum merupakan bagian permukaan dari pintu bawah panggul yang terletak antara vulva dan anus. Perineum terdiri atas otot dan fascia urogenitalis serta diafragma pelvis. Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir secara spontan ataupun dengan alat. Robek perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Robekan perineum terjadi pada hampir semua primipara. (stella pasiowan, dkk, 2014:55)

Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan terjadi hampir pada semua primipara. Robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus diperhatikan yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga bisa diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks dan

robekan uterus (rupture uteri).Perdarahan dapat berupa betuk hematoma dan robekan jalan lahir yang dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah vena.Penyebab terjadinya robekan jalan lahir adalah partus presipitatus dengan kepala janin besar presentasi defleksi (dahu, muka), primipara, letak sungsang, dan pimpinan yang salah pada saat persalinan.Terjadinya ruptur perineum juga dapat terjadi karena factor ibu (paritas, jarak kelahiran, dan berat badan bayi). (Prawirohardjo, 2005)

b. Faktor Yang Mempengaruhi Ruptur Perineum

Ruptur perineum dapat terjadi pada setiap persalinan, tetapi terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan risiko ruptur derajat 1,2,3 dan 4. Berikut adalah faktor yang mempengaruhi:

1) Paritas

Adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan hidup ataupun mati, bila berat badan tidak diketahui maka digunakan umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan primipara dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (multipara).(Sumarah, 2009)

2) Berat bayi lahir

Semakin berat bayi yang dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki berat lebih dari 4000 gram. Hal ini terjadi karena semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup menahan regangan kepala bayi dengan berat bayi yang besar, sehingga pada proses kelahiran kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi ruptur perineum. Kelebihan berat badan bayi dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya ibu menderita diabetes militus, ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi besar, faktor genetik, dan pengaruh kecukupan gizi. Berat bayi lahir normal adalah 2500-4000 gram. (Saifuddin, 2008)

3) Cara mengejan

Kelahiran kepala harus dilakukan cara-cara yang telah direncanakan untuk memungkinkan lahirnya kepala dengan pelan-pelan. Lahirnya kepala dengan pelan-pelan dan sedikit demi sedikit mengurangi resiko terjadinya laserasi atau ruptur perineum. Penolong harus mencegah terjadinya pengeluaran kepala yang tiba-tiba karena dapat mengakibatkan laserasi atau ruptur perineum yang hebat dan tidak teratur, bahkan dapat meluas sampai sphincter ani dan rektum. Pimpinan mengejan yang benar sangat penting, dua kekuatan yang bertanggung jawab untuk lahirnya bayi adalah kontraksi uterus dan kekuatan mengejan. (Oxorn, 2010)

4) Elastisitas Perineum

Perineum yang kaku dan tidak elastis akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin. Juga menyebabkan robekan perineum yang luas sampai derajat 3. Hal ini sering ditemui pada primigravida berumur diatas 35 tahun (Mochtar, 2011)

5) Umur ibu

Berdasarkan penelitian responden yang mengalami kejadian ruptur perineum cenderung berumur tidak beresiko (20-35 tahun), faktor resiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehar (20-35 tahun). (Mustika & Sursani, 2010)

c. Tanda-Tanda dan Gejala Robekan Jalan Lahir

Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya adalah perdarahan, darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta normal. Gejala yang sering terjadi antara lain, pucat, lemah, pasien dalam keadaan menggigil.

d. Ciri Khas Robekan Jalan Lahir

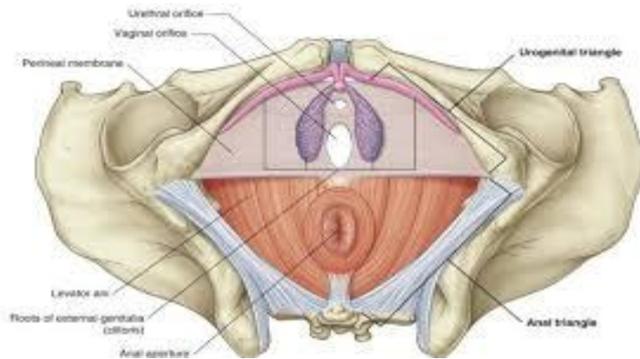
- 1) Kontraksi uterus kuat, keras dan mengecil
- 2) Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan ini terjadi terus-menerus setelah massage atau pemberian uterotonika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang. Dalam hal apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan karena tak jarang perdarahan terjadi karena robekan dan ini menimbulkan hal yang fatal seperti syok (Rukiyah, 2010)
- 3) Bila perdarahan berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

e. Anatomi Perineum

Perineum adalah otot kulit dan jaringan yang terdapat diantara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. Jaringan yang utama menopang perineum adalah diafragma pelvis dan urogenital. Diafragma pelvis terdiri dari muskulus levator ani dan muskulus koksigeus di bagian posterior serta selubung fascia dari otot-otot ini. Muskulus levator ani membentuk sabuk otot yang lebar bermula dari permukaan posterior rumus pubis superior, permukaan dalam spina ischiaca dan dari fascia obturatorius. (Irianto 2014)

Serabut otot berinsersi pada tempat-tempat sekitar vagina dan rektum yang membentuk spingter. Diafragma urogenital terletak disebelah luar diafragma pelvis, yaitu daerah segitiga antara tuberositas iskiakal dan simpisis pubis. Diafragma urogenital terdiri atas muskulus perinalis transversal, muskulus uretra dan selubung fascia interna dan eksterna. Infeksi masa nifas merupakan infeksi paling sering ditemukan pada genitalia eksterna (Sukarni, Wahyu P, 2013)

Gambar 2 Anatomi Perineum



f. Klasifikasi Ruptur Perineum

1) Derajat pertama

Ruptur perineum derajat pertama meliputi mukosa vagina, fourchette dan kulit perineum tepat dibawahnya.

2) Derajat kedua

Ruptur perineum derajat kedua merupakan luka robekan yang lebih dalam. Luka ini terutama mengenai garis tengah dan melebar sampai corpus perineum. Acapkali musculus perineus transversus turut terobek dan robekan dapat turun tapi tidak mencapai sphincter recti. Biasanya robekan meluas keatas dan disepanjang mukosa vagina dan jaringan submukosa. Keadaan ini menimbulkan luka laserasi yang berbentuk segitiga ganda dengan dasar pada fourchette, salah satu apex pada vagina dan apex lainnya di dekat rectum.

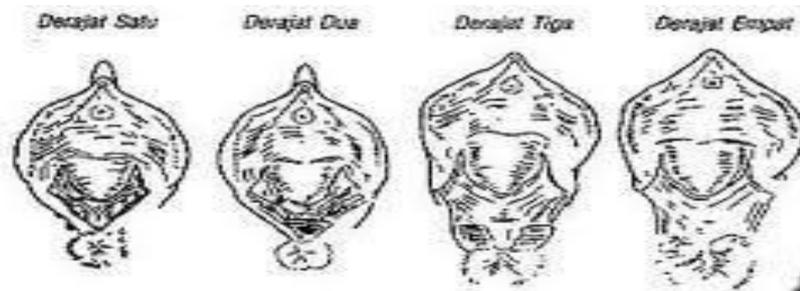
3) Derajat ketiga

Ruptur perineum derajat tiga meluas sampai corpus perineum, musculus transversus perineus dan sphincter recti. Pada ruptur partialis derajat ketiga, yang robek hanyalah sphincter recti.

4) Derajat keempat (totalis)

Pada ruptur yang total, sphincter recti terpotong dan laserasi meluas hingga dinding anterior rectum dengan jarak yang bervariasi.

Gambar 3 derajat perineum



(Sumber: Jurnal bidan diah, 2012)

g. Penanganan Ruptur Peineum dengan Penjahitan

Penatalaksanaan perbaikan ruptur perineum dengan cara dilakukan penjahitan untuk menyatukan jaringan-jaringan yang terbuka akibat robekan atau ruptur perineum (Ari Sulistyawati , 2012;178)

h. Prinsip Dasar penjahitan Perineum

- 1) Ibu dalam posisi litotomi
- 2) Penggunaan cahaya yang cukup terang
- 3) Tindakan cepat
- 4) Teknik yang steril
- 5) Bekerja dengan hati-hati

i. Mempersiapkan penjahitan

- 1) Bantu ibu dengan posisi litotomi
- 2) Tempat kain bersih dibawah bokong ibu
- 3) Jika pencahayaan kurang letakkan lampu sorot
- 4) Gunakan teknik aseptik pada saat memeriksa robekan atau episiotomy, kemudian siapkan anastesi lokal dengan lidocain 1%
- 5) Gunakan sarung tangan steril
- 6) Gunakan kasa yang telah disterilkan untuk menyeka vulva, vagina, dan perineum.
- 7) Periksa perineum secara lengkap untuk mengetahui berapa derajat luka perineum, pastikan hhanya merupakan derajat I atau II
- 8) Siapkan jarum dan benang

- 9) Berikan anastesi lokal
 - a) Jelaskan pada ibu bahwa akan dilakukan anastesi lokal dan anjurkan ibu untuk rileks
 - b) Tusukan jarum dri tepi luka pada perbatasan antara mukosa dan kulit perineum kearah perineum. Lakukan aspirasi memeriksa adaya pembuluh darah dari pembuluh darah yang tertusuk.
 - c) Ulangi penyuntikan pada sisi-sisi luka, masing-masing luka akan memerlukan kira-kira 5ml lidocain 1%. Tunggu selama 2 menit agar anastesi lokal bereaksi.
- 10) Langkah penjahitan luka perineum
Siapkan jarum catgut dan gunting
 - a) Robekan perineum derajat 1, pada umumnya dapat sembuh sendiridantidak perlu dijahit, tetapi harus dilihat lagi apakah meluas danterusmengeluarkan darah. Jika perdarahan banyak dapat digunakan jahitanangkat 8 karena jahitan ini kurang menimbulkan tegangan
 - b) Robekan derajat 2
Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm diatas ujung laserasi dimukosa vagina. Setelah itu buat ikatan dan potong pendek benang dari yang lebih pendek, sisakan benang kira-kira 1 cm
 - c) Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit kebawah kearah cincin hymen
 - d) Tepat sebelum cincin hymen, masukan jarum kedalam mukosa vagina kemudian ditarik keluar pada luka
 - e) Gunakan tehnik jelujur saat mejahit lapisan otot. Lihat kedalaman luka untuk mengetahui letak ototnya
 - f) Setelah dijahit sampai ujung luka putarlah jarum dan mulailah menjahit kearah vagina menggunakan teknik subkutikuler
 - g) Pindahkan jahitan dari bagian luka perineum ke vagina dibelakang cincin hymen untuk diikat dan disimpul dan potong benangnya
 - h) Lakukan pemeriksaan ulang pada vagina untuk memastikan jahitan sudah rapih dan tidak ada kasa yang tertinggal

- i) Dengan lembut masukan jari kedalam anus untuk memastikan anus tidak terjahit
- j) Cuci area genetalia dengan lembut dengan ait DTT dan sabun, kemudian keringkan. Bantu pasien mencari posisi yang nyaman. (Ari Sulistyawati, 2012:188)

j. Dampak

Dampak yang mungkin terjadi jika ruptur perineum yang tidak segera diatasi adalah

1) Perdarahan

Wanita dapat meninggal pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala I sampai kala IV persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai tonus otot. (Manuaba, 2010 <http://repositori.unimus.ac.id>)

2) Fistula

Fistula dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya karena perlukaan pada vagina menembus kandung kemih atau rectum. Jika kandung kemih 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. (Manuaba, 2010 <http://repositori.unimus.ac.id>)

3) Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus akibat persalinan karena adanya penekanan pada kepala janin serta tindakan persalinan yang disertai rasa nyeri pada perineum vulva yang berwarna biru dan merah. Hematoma dibagian pelvis bisa terjadi dalam vulva perineum dan fosa iktoretalis. Hal itu timbul karena trauma perineum tetapi bisa juga dengan varikosis vulva yang timbul bersama dengan gejala peningkatan nyeri. Banyak hal yang menyebabkan diagnose tidak diketahui dan memungkinkan banyak darah yang hilang dan mengakibatkan sisi introitus menjadi bengkak pada daerah ruptur perineum. (Manuaba, 2010 <http://repositori.unimus.ac.id>)

4) Infeksi

Infeksi pada masa nifas adalah peradangan disekitar alat genetalia pada kala nifas. Luka pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi (Manuaba, 2010 <http://repositori.unimus.ac.id>)

k. Pengobatan Robekan Jalan Lahir

Nasehati ibu untuk

- 1) Menjaga perineumnya untuk selalu tetap bersih dan kering
- 2) Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum
- 3) Cuci perineum dengan sabun dan air mengalir empat kali perhari
- 4) Kembali memeriksakan penyembuhan lukanya seminggu kemudian
- 5) Ibu harus kembali memeriksakan lukanya lebih awal jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan busuk dari daerah lukanya jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri. (Ari Sulistyawati, 2012:189)

B. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

Berdasarkan PERMENKES Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :
Pasal 19 ayat (3)

Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bidan berwenang melakukan :

- a. Episiotomi;
- b. Pertolongan persalinan normal;
- c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e. Memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. Fasilitas / bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
- h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum;
- i. Penyuluhan dan konseling;

- j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Berdasarkan UU Kebidanan No. 4 tahun 2019, BAB VI bagian kedua pasal 45 paragraf 1 tentang tugas dan wewenang bidan, bidan dalam menjalankan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 43 ayat (1) huruf a, bidan profesi berwenang:

1. Memberikan asuhan kebidanan, bimbingan, komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan dalam rangka perencanaan kehamilan, persalinan dan persiapan menjadi orang tua.
2. Memberikan asuhan pada masa kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan ibu dan janin, mempromosikan air susu ibu eksklusif dan deteksi dini kasus resiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran.
3. Melakukan pertolongan persalinan normal.
4. Memfasilitasi inisiasi menyusui dini.
5. Memberikan asuhan pasca persalinan, masa nifas, komunikasi, informasi dan edukasi serta konseling, selama ibu menyusui dan deteksi dini masalah laktasi.
6. Melakukan pertolongan pertama kegawat daruratan ibu hamil, bersalin, pasca persalinan, dan masa nifas dilanjutkan dengan perujukan.
7. Merujuk ibu hamil, bersalin, pasca persalinan dan masa nifas dengan resiko atau komplikasi yang membutuhkan penanganan lebih lanjut.
8. Memberikan obat bebas dan obat bebas terbatas .

C. Hasil PenelitianTerkait

Dalam penyusunan laporan tugas akhir, terdapat referensi dari penelitian-penelitian yang berkaitan dengan kasus Proposal Tugas Akhir. Berikut hasil dari penelitian-penelitian yang berkaitan dengan Proposal Tugas Akhir, antara lain:

1. Penelitian yang dilakukan oleh *stella pasiowan,dkk,2014* yang berjudul “ Hubungan faktor umur ibu, berat badan bayi dan paritas dengan robekan jalan lahir (rupture perineum). Data di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L Ratumbusyang Manado pada 3 bulan terakhir tahun 2013 terdapat 98 ibu bersalin dan 82 (83,67%) ibu bersalin dengan robekan jalan lahir.

Primipara 53 (54%) 40 episiotomi dan 13 robekan perineum, multipara 29 (29%) 15 episiotomi dan 14 robekan perineum.

Dalam penelitian ini hasil analisis univariat terhadap 68 responden di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. V. L Ratumbusyang Manado. Menunjukkan karakteristik responden terbanyak menurut pekerjaan (41,2%), menurut pendidikan SMA (51,5%), menurut umur adalah yang berusia antara 20 sampai 35 tahun (58,8%), menurut paritas adalah 1 anak (66,2%), menurut berat badan bayi yang dilahirkan >3500 gram (64,7%), klasifikasi terbanyak adalah derajat dua (47,1%).

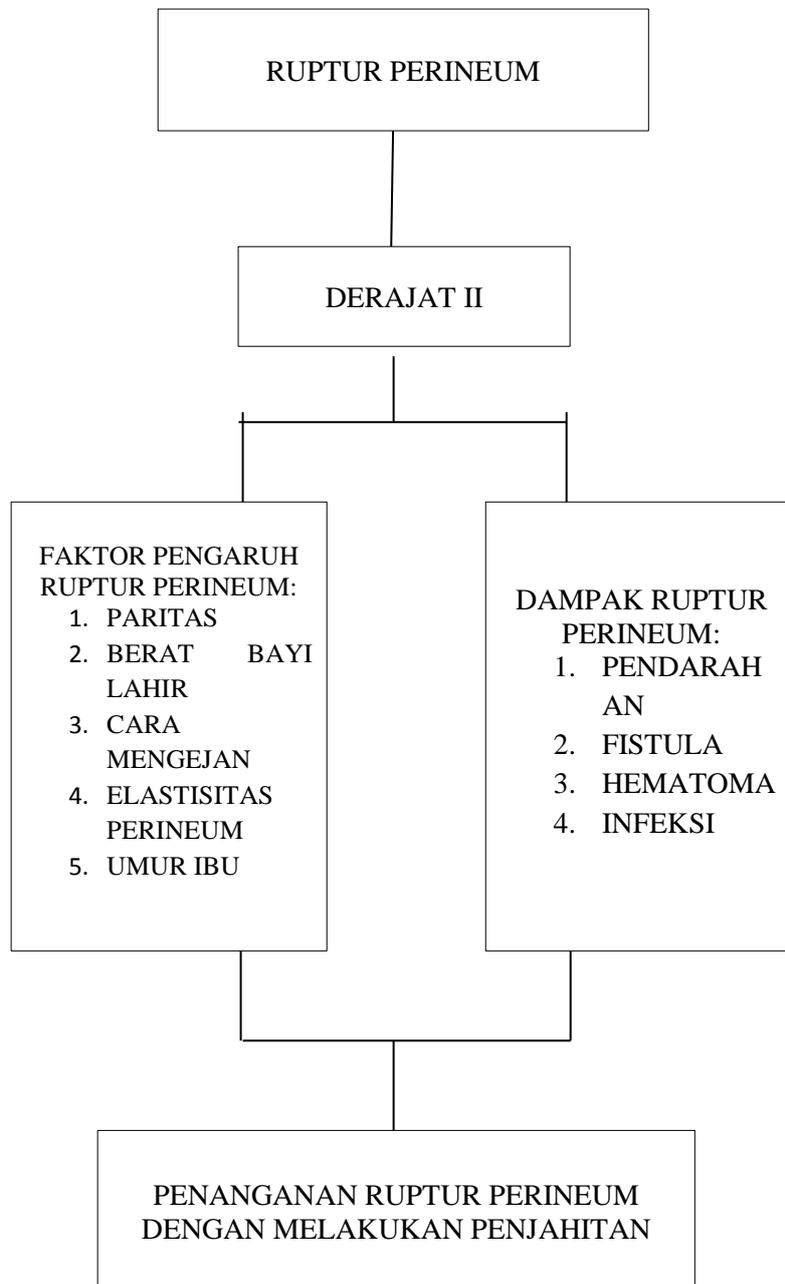
2. Penelitian yang dilakukan oleh *Lina Oktavia* di RS TK IV Dr Noesmir Baturaja tahun 2017 yang berjudul “ Hubungan berat badan bayi dan Letak janin dengan ruptur perineum pada persalinan.

Dari hasil penelitian didapat 66 responden dengan ruptur perineum pada letak janin beresiko sebanyak 21 persen (80,8%) dan letak janin tidak beresiko sebanyak 45 responden (78,9%). Dari hasil uji Chi Square didapatkan nilai *p value* 0,1000 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara letak janin dengan robekan perineum. Maka hipotesis yang menyatakan ada hubungan letak janin dengan ruptur perineum di RS TK IV Dr. Noesmir Baturaja tahun 2017 tidak terbukti

3. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Elisa, Siti Nur Endah, Sri Yuniarti, 2016 dengan judul “Hubungan Paritas dengan Terjadinya Robekan Perineum Spontan Pada Persalinan Normal Di PMB Delima Tampubolon Kota Cimahi”

Berdasarkan hasil analisis hubungan paritas dengan kejadian robekan perineum spontan pada ibu bersalin di PMB Delima Tampubolon Kota Cimahi tahun 2015, dapat diketahui bahwa dari 126 paritas primipara sebagian besar mengalami robekan spontan sebanyak 107 (84,9 %), dan dari 229 ibu dengan multipara lebih dari setengahnya yaitu 143 (62,4%) mengalami robekan perineum spontan, sedangkan dari 18 paritas grandemultipara sebagian besar yaitu 17 (94,4%) tidak mengalami robekan perineum spontan.

D. Kerangka Teori



Sumber: Prawirohardjo, 2005; Ari Sulistyawati, 2012; Manuaba, 2010.