BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Robekan Perinium

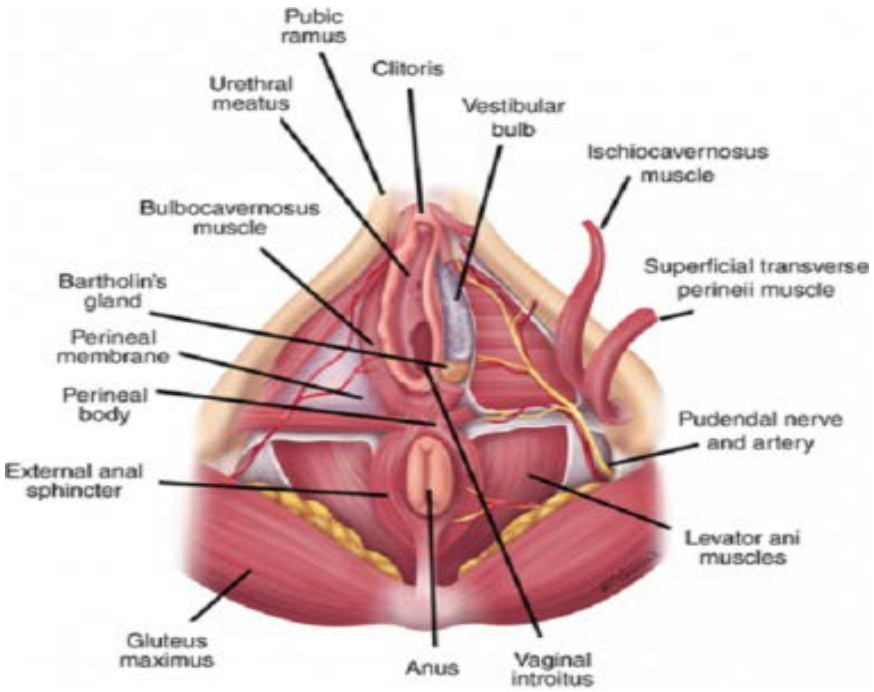
a. Pengertian Perinium

Perineum adalah jaringan yang terletak disebelah distal diafragma pelvis.Perinium mengandung sejumlah otot superficial, saat persalinan, otot ini sering kali mengalami kerusakan ketika janin lahir (Rohani dkk,2011)

Perineum terletak antara vulva dan anus panjangnya rata-rata 4 cm . Batas–batasnya adalah:

1) Superior: Dasar panggul yang terdiri dari Musculus Levator dan Musculus Coccygeus.
2) Lateral: tulang dan ligament yang membentuk pintu bawah pinggul (exitus pelvis):yakni dari depan kebelakang angulus subpubius, ramus ischiopubicus, tuber ischiadicum, ligamentum Sacrotuberosum, os coccygis.
3) Inferior: kulitdan fascia (Oxorn, 2010).

Saat persalinan, tidak hanya ditentukan oleh organ-organ genitalia interna saja seperti uterus dan vagina, tetapi bagian seperti otot-otot, jaringan-jaringan ikat dan ligamen- ligamen juga mempengaruhi jalan lahir. Otot-otot yang menahan dasar panggul dibagian luar adalah musculus sphincter ani externus, musculus bulbocavernosus yang melingkari vagina, dan musculus perinei transversus superfisialis. Lebih ke dalam lagi ditemukan otot dalam yang paling kuat, disebut diafragma pelvis, terutama musculus levator ani yang berfungsi menahan dasar panggul. Letak musculus levator ani ini sedemikian rupa dan membentuk sebuah segitiga di bagian depan, disebut trigonum urogenitalis. Di dalam trigonum ini terdapat uretra, vagina dan rektum .



Gambar 1. Perineum pada Wanita

1) Region anal

a) Canalis analis

Panjang kanalis sekitar 4 cm

b) Spinchter ani

Terdiri dari spinchter externa dan interna.Spinchter ani interna merupakan lanjutan dari otot polos sirkular rectum.Spinchter ani externa menyatu dengan puborectalis membentuk area penebalan yang disebut annulus anorectalis.

c) Fossa ischiorectalis

Terletak dikedua sisi canalis analis.Dinding medial dan lateral Fossa ischiorectalis adalah m.levator ani dan canalis analis serta obturatorius internus.Fossa ini terisi oleh lemak

2) Region Urogenital

Regio ini berbentuk segitiga. *Membrana perinealis* merupakan lapisan fasia kuat yang melekat ke tepi *trigonum urogenitalis*. Pada wanita, membran ini ditembus oleh uretra dan vagina.

a) Vulva

Merupakan istilah untuk menyebut genitalia eksterna wanita.Mons pubis merupakan tonjolan lemak yang menutupi sympisis pubis dan os pubis.Labia mayora adalah bibir berlemak yang memiliki rambut yang meluas ke posterior dari monspubis.labia minora terletak di sebelah dalam labia mayora dan diposterior menyatu membentuk fourchett

b) Uretra

Pada wanita, uretra berukuran pendek sekitar 3-4 cm. Faktor ini menyebabkan predisposisi infeksi saluran kemih akibat penyebaran organism.Uretra berjalan dari leher kandung kemih menuju meatus eksterna ,meatus ini terletak diantara kltoris dan vagina.

c) Vagina

Vagina adalah saluran berotot yang berjalan kearah atas dan belakang dari orificium vagina .Pasokan darah vagina didapat dari *a.vaginalis* dan cabang *vaginalis a.uterine*

b. Pengertian Robekan Perineum

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan terjadi hampir pada semua primipara (Prawirohardjo, 2009). Robekan perineum adalah robekan obstetric yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvic untuk menakomodasi kan lahirnya fetus.Pada dasarnya robekan perineum dapat dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilewati kepala janin terlalu cepat.(Fatimah, prasetya.2019: hal 153)

Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Luka perineum setelah persalinan ada 2 macam yaitu terdiri dari:

1) Rupture

Rupture adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karna proses desakan kepada janin atau

bahu pada sat proses persalinan.Bentuk rupture biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. (Rukiyah,2011)

2) Episiotomy

Adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin se;aput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fasia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawiraharjo,2011)

c. Klasifikasi Derajat Laserasi Jalan Lahir

Menurut (Sulistyawati,2012: 181) derajat laserasi jalan lahir adalah sebagai berikut :

1) Derajat I

laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarhan dan posisi luka baik

2) Derajat II

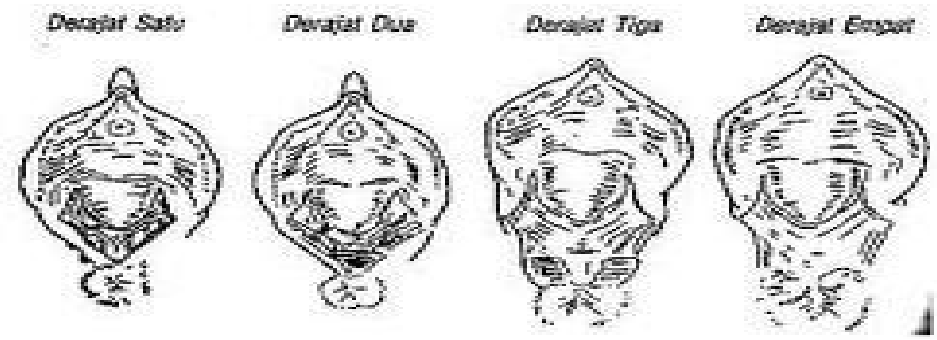
laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.Jahit menggunakan teknik yang sesuai kondisi pasien

3) Derajat III

laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum,otot spingter ani

4) Derajat IV

laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum,otot spingter ani,rektum



Gambar 2

Jurnal bidan dyah 2012

d. Factor Yang Mempengaruhi Ruptur Perinium

1) Paritas

Adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gr yang pernah dilahirkan hidup maupun mati bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 nminggu.Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama (primipara) dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (multipara)

2) Berat Bayi Lahir

Semakin besar berat bayi dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya rupture perineum.Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki berat lebih dari 4000 gr.Hal ini terjadi karena semakin besar bayi berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya rupture perineum karna perineum tidak cukup menahan regangan kepala bayi dengan berat badan.Kelebihan berat badan dapat disbabkan oleh beberapa hal doiantaranya ibu menderita DM, ibu yang meiliki riwayat melahirkan bayi besar, factor genetic, dan pengaruh kecukupan gizi.Berat bayi lahir normal adalah sekitar 2500-4000 gram

3) Cara Mengejan

Kekuatan kontraksi rahim dibantu tenaga ibu yang kuat waktu mengejan, akan mendorong kepala bayi berada pada dasar otot panggul. Pelahiran kepala bayi dilakukan diantara kontraksi, alasannya adalah bahwa kombinasi kontraksi dan upaya mendorong ibu memberikan kekuatan pada saat melahirkan.Hal ini membuat pelahiran kepala lebih cepat dan melepaskan tekanan secara mendadak, yang keduanya meningkatkan risiko kerusakan intracranial bayi dan laserasi pada jalan lahir .

4) Elastisitas Perinium

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

5) Umur Ibu <20 Tahun dan > 35 Tahun

Pada umur < 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjaid kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi.Selain itu, otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan.

e. 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

f. Ciri dan Khas Robekan Jalan Lahir

1) Kontraksi uterus kuat, keras, dan mengecil
2) Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir.Perdarahan ini terus menerus setelah massage atau pemberian uterotonika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang.Dalam hal apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan karna tak jarang perdarahan terjadi karna robekan dan ini menimbulkan yang fatal seperti terjadi syok (Rukiyah, 2012)
3) Bila perdarahan berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

g. Komplikasi Robekan Jalan Lahir

1) Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karna perdarahan pasca persalinan dalam waktu 1 jam setelah melahirkan.Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala 1 dan kala 4 persalinan sangat penting.Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menilai tonus otot.

2) Fistula

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

3) Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus pada persalinan karna adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada perineum dan vulva berwarna biru dan merah

4) Infeksi

Infeksi masa nifas adalah peradangan disekitar alat genetalia pada kala nifas.Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehinnga dapat menimbulkan infeksi
(Fatimah, prasetya.2019 : hal 171-173)

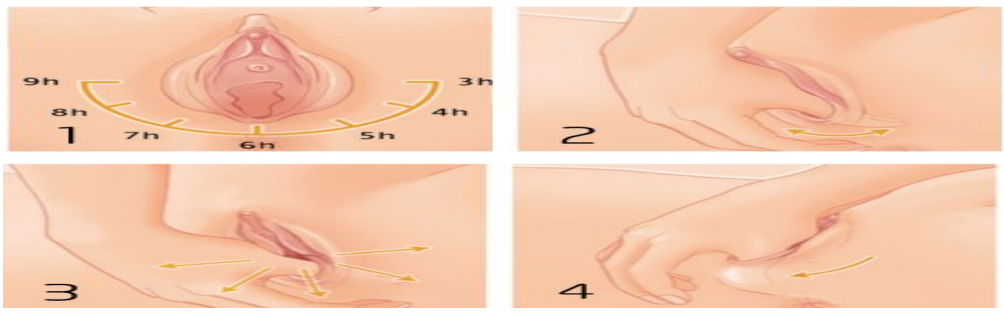
h. Pencegahan Robekan Perinium

Perineum massage adalah teknik menjahit perineum disaat hamil atau beberapa minggu sebelum melahirkan guna meningkatkan perubahan hormonal yang melembutkan jaringan ikat, sehingga jaringan perineum lebih elastic dan lebih mudah merenggang.Teknik ini dapat dilakukan satu kali sehari selama beberapa minggua terakhir kehamilan didaerah perineum

Teknik pijat perineum

1) Cucilah tangan ibu terlebih dahulu dan pastikan kuku ibu tidak panjang.pijatan ini dapat dilakukan sendiri atau sama pasangan
2) Berbaringlah dalam posisi yang nyaman.Beberapa wanita ada yang berbaring miring dan mneggunakan bantal untuk menyangga kaki mereka, ada yang menggunakan posisi semilitotomi atau posisi mengangkang.jika pemijatan dilakukan saat berdiri letakkan kaki satu dikursi dan kaki yang lain berada sekitar 60-90 cm dari kursi
3) Ibu dapat menggunakan cermin untuk pertama kali mengetahui daerah perineum tersebut

4) Gunakan minyak kelapa, atau *sweet almond*. Lakukan pemijatan sebelum mandi pagi dan sore.
5) Letakkan satu atau dua ibu jari (atau jari lainnya bila ibu tidak sampai) sekitar 2-3cm di dalam vagina. Tekan ke bawah dan kemudian menyamping pada saat bersamaan. Perlahan-lahan coba regangkan daerah tersebut sampai ibu merasakan sensasi seperti terbakar, perih, atau tersengat.
6) Tahan ibu jari dalam posisi seperti di atas selama 2 menit sampai daerah tersebut menjadi tidak terlalu berasa dan ibu tidak terlalu merasakan perih lagi.
7) Tetap tekan daerah tersebut dengan ibu jari. Perlahan-lahan pijat ke depan dan ke belakang melewati separuh terbawah vagina
8) Lakukan ini selama 3-5 menit. Hindari pembukaan saluran kemih karna dapat mengakibatkan infeksi dan iritasi dan ibu dapat memulai dengan pijatan ringan dan semakin ditingkatkan tekanannya seiring dengan sensivitas yang berkurang.
9) Ketika sedang memijat, tarik perlahan bagian terbawah dari vagina dengan ibu jari tetap berada di dalam. Hal ini akan membantu meregangkan kulit di mana kepala bayi saat melahirkan nanti akan meregangkan *perineum* itu sendiri.
10) Setelah ibu selesai melakukan, kompres hangat jaringan perineum selama 10 menit.Lakukan secara perlahan dan hati-hati.Kompres hangat ini akan sangat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga otot diperineum kendur. (Fatimah, prasetya.2019 : hal 60-67)



Gambar 3. Teknik pemijatan perineum

Sumber: http://www.bidankita.com

i. Penjahitan Robekan Perinium

a. Pengertian

Penjahitan luka adalah suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka dengan benang sampai sembuh

b. Tujuan

1) Untuk mendekatkan jaringan-jaringan perlukaan sehingga proses penyembuhan bisa terjadi, proses penyembuhan itu bukanlah hasil dari penjahitan tersebut tetapi hasil dari pertumbuhan jaringan
2) Untuk menghentikan perdarahan

c. Prinsip Dasar Penjahitan Perinium

1) Ibu dalam posisi litotomi
2) Pengunaan cahaya yang cukup terang
3) Tindakan cepat
4) Teknik yang steril
5) Bekerja hati-hati kassa jangan sampai tertinggal di vagina

d. Mempersiapkan Penjahitan

1) Bantu ibu mengambil posisi litotomi
2) Tempatkan handuk atau kain bersih dibawah bokong ibu
3) Jika mungkin, tempatkan lampu sorot
4) Gunakan teknik aseptic pada saat memeriksa robekan atau episiotomy, kemudian meberikan anastesi lokal dan menjahit luka
5) Cuci tangan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir
6) Pakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi atau yang steril
7) Duduk dengan posisi santai dan nyaman sehingga luka bisa dengan mudah dilihat dan penjahitan bisa dilakukan tanpa kesulitan
8) Gunakan kain/kasa disinfektan tingkat tinggi atau bersih untuk menyeka vulva, vagina, dan perineum ibu
9) Periksa vagina, serviks, dan perineum secara lengkap.Pastikan bahwa laserasi/sayatan perineum hanya merupakan derajat I atau II

10) Ganti sarung tangan dengan sarung DTT yang baru setelah melakukan pemeriksaan rectum
11) Siapkan jarum dan benang
12) Berikan anastesi lokal
    a) Jelaskan pada ibu apa yang akan dilakukan dan anjurkan ibu untuk rileks
    b) Isi tabung suntik dengan 10 ml lidokain 1%
    c) Tempelkan jarum ukuran 22 sepanjang 4 cm ke tabung suntik tersebut
    d) Tusukkan seluruh jarum dari tepi luka pada perbatasan antara mukosa dan kulit perineum kearah perineum.Lakukan aspirasi untuk memeriksa adanya darah dari pembuluh darah yang tertusuk
    e) Ulangi seluruh langkah 3 pada sisi lain luka.Masing-masing sisi luka akan memerlukan kira-kira 5ml lidokai 1%

    Tunggu selama 2 menit dan biarkan anastesia tersebut bekerja dan kemudian uji daerah yang di anastesia dengan cara dicubit dengan forceps atau disentuh dengan jarum yang tajam.

e. Langkah – Langkah Penjahitan Perinium

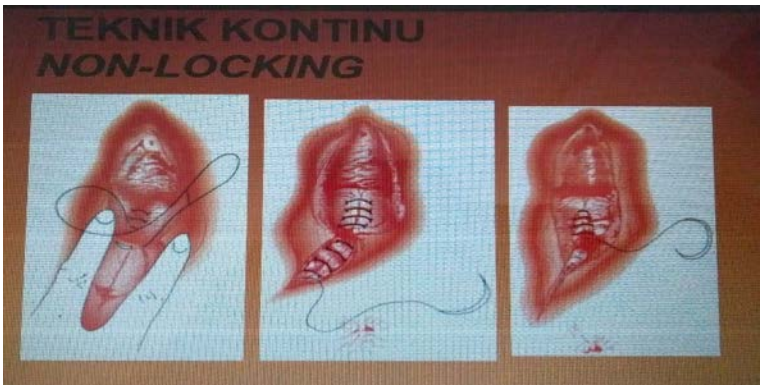
   Siapkan jarum,benang cat gut,dan gunting

   1) Robekan perineum derajat 1, pada umumnya dapat sembuh sendiri dan tidak perlu dijahit, tetapi harus dilihat juga apakah meluas dan terus berdarah.Jika perdarahannya banyak dapat digunakan jahitan angka 8 karena jahita ini kurang menimbulkan tegangan dan lebih menyenangkan bagi pasiennya
   2) Robekan perineum derajat 2
      a) Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm diatas ujung laserasi di mukosa vagina.Setelah itu buat ikatan dan potong pendek benang dari yang lebih pendek.sisakan benang kira-kira 1cm
      b) Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit kebawah kearah cincin hymen

c) Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum kedalam mukosa vagina lalu kebelakang cincin hymen sampai jarum ada dibawah laserasi kemudian ditarik keluar pada luka
d) Gunakan teknik jelujur saat menjahit lapisan otot.Lihat kedalam luka untuk mengetahui letak ototnya
e) Setelah dijahit sampai ujung luka putarlah jarum dan mulailah menjahit kearah vagina dengan menggunakan jahitan subkutikuler
f) Pindahkan jahitan dari bagian luka perineum ke vagina dibelakang cincin hymen untuk diikat dengan simpul dan dipotong benangnya.
g) Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kassa atau peralatan yang tertinggal idalam vagina.
h) Dengan lembut memasukkan jari yang paling kecil kedalam anus.Raba apakah ada jahitan pada rectum.pastikan anus tidak terjahit
i) Cuci area genital dengan lembut dengan air DTT dan sabun, kemudian keringkan.Bantu pasien mencari posisi yang nyaman (Ari Sulistyawati, 2012 hal 188).

Terdapat 2 teknik dalam penjahitan laserasi perineum derajat II

Gambar 4
Metode Konvensional

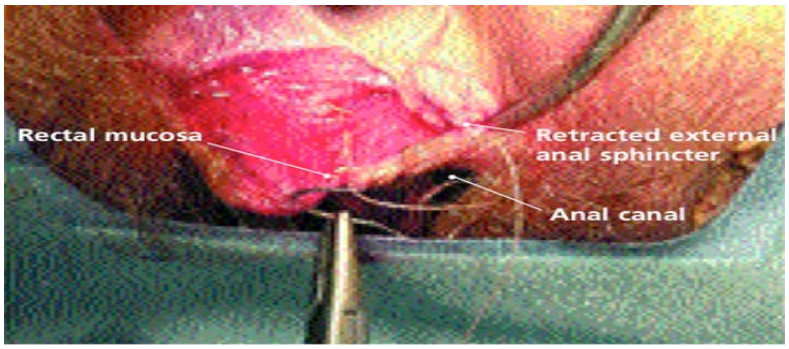


Gambar 5

Teknik non-locking

3) Robekan perineum derajat III dan IV, dilakukan penjahitan dengan teliti.Mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit,kemudian fasea praketal ditutup ,dan muskulu spingter ani yang robek dijahit.Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat II.

a) Apex dari mukosa rectum dan sfingter anus diidentifikasi, kemudian dijahit dengan menggunakan benang vicryl 4-0 secara terputus, hati-hati agar jahitannya tidak terlalu dalam sehingga tidak menembus saluran anal untuk mencegah fistula. Anus bagian internal berwarna putih yang mengkilap, dengan struktur fibrosa antara mukosa rektal dan sfingter anus eksternal,



Gambar 6

Mukosa rektal dan Spincter anus eksternal

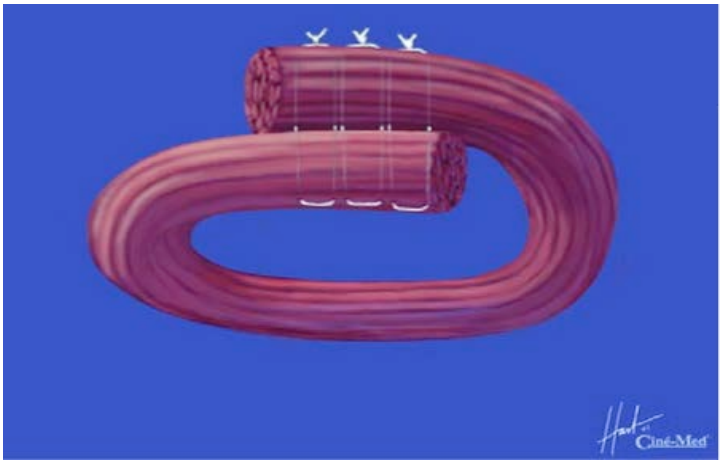
Sumber: Leeman et al, (2003)[16]

b) Sfingter ditarik secara lateral, tempatkan allys klem pada ujung otot agar mudah diperbaiki.

c) Sfingter anus diakhiri dengan jahitan kontinyu dengan menggunakan benang vicryl 2-0.

d) Sfingter ani eksternal terlihat seperti berkas otot skeletal dengan kapsul fibrous. Allis klem ditempatkan pada setiap ujung spincter anus, kemudian jahitan dilakukan pada pukul 12,3,6 dan 9 dengan menggunakan benang polydiaxanone 2-0 (absorbi yang agak lambat) untuk memungkinkan kedua ujung sfingter membentuk *scar* secara bersamaan.

e) Teknik lain adalah sambungan secara tumpang tindih pada sfingter anal eksternal. Teknik ini menjadikan lebih banyak lipatan pada perineal dan fungsi spincter yang lebih baik. Para ahli lebih banyak yang memilih teknik ini, dapat dilihat pada gambar 7



Gambar 7

Sambungan spincter anus secara *overlapping*

Sumber: Leeman et al, (2003)[16]

f. Pengobatan Robekan Jalan Lahir

Nasehati ibu untuk

1) Menjaga periniumnya untuk selalu tetap bersih dan kering
2) Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum
3) Cuci periniumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali perhari

4) Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya
5) Ibu harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan busuk dari daerah lukanya jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri (Ari Sulistyawati, 2012, hal 189)

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir.Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin tanpa komplikasi (Hidayat, 2009 hal 1-2)

b. Macam-Macam Persalinan

1) Bentuk persalinan berdasarkan definisi yaitu :
a) Persalinan spontan (normal/biasa), bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri
b) Persalinan buatan, yaitu persalinan yang dibantu dari luar, misalnya vaccum ekstraksi,forceps,SC
c) Persalinan anjuran ,yaitu terjadi bila bayi sudah sudah cukup besar hidup diluar,tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, misal dengan induksi persalinan (Manuaba, 2010:164)

c. Factor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) Power / tenaga yang mendorong anak
a) His (kontraksi otot-otot rahim saat persalinan)tenaga mengedan
2) Passage (jalan lahir)
a) Panggul

Bagian – bagian tulang panggul yang terdiri dari 2 os coxae (os ichium,os pubis,os sacrum,os ilium)

Os coxygis (pelvis mayor disebelah atas pelvis minor,superior dari linia terminalis)

b) bagian-bagian pelvis minor

Kavum pelvik (berada diantara PAP dan PBP),pintu bawah panggul (PBP),bidang hodge, dasar panggul.

c) Passenger (Janin dan plasenta)

Janin (ukuran kepala janin), moulage (molase) kepala janin, plasenta dan tali pusat, air ketuban. (Rohan,reni dan marisah, 2010.hal 21-36)

d. Sebab mulainya persalinan

Perlu diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat dua hormon yang dominan, yaitu :

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.

Teori – teori persalinan:

1) Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

2) Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunya kadar *estrogen* dan *progesteron* yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

3) Teori distensi rahim

a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

b) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori oksitosin

a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipotisis posterior.*

b) Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesteron* dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks.

c) Menurunnya konsentrasi *progesteron* karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

5) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan *amniotomi* dan *oksitosin drip* (Sulistyawati, 2010:5-6).

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi- kontraksi otot rahim menyebabkan :

a) Turunnya kepala, masuk PAP, terutama pada primigravida minggu ke 36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, diatas simfisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala.

b) Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.

c) Muncul saat nyeri didaerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekn *plektus frankenhauser* yang terletak sekitar serviks (tanda persalinan palsu).(Manuaba, 2010:167)

e. Tanda-Tanda Permulaan Persalinan

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul. Penyebabnya sebagai berikut:

a) Kontraksi *Braxton hicks.*

b) Ketegangan dinding perut.

c) Ketegangan *ligamentum rotundum.*

d) Gaya berat janin ,kepala kearah bawah uterus.

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.

2) 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 meninmbulkan 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 berakivitas.(Sulistyawati, 2010:06)

3) Perut kelihatan lebih melebar,fundus uteri turun
4) Perasaan sering atau susah buang air kecil karna kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
5) Serviks menjadi lembek,mulai mendatar,sekresinya bertambah,kadang bercampur darah (bloody show)

(Rohani dkk,2011)

Tanda-tanda Inpartu :

1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat,sering dan teratur

2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karna robekan-robekan kecil pada serviks
3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
4) Pada pemeriksaan dalam,serviks mendatar dan pembukaan telah ada

f. Perubahan Fisiologis Saat Persalinan

1) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg.Diantara kontraksi-kontraksiuterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi apabila terjadi kontraksi

2) Metabolisme

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

3) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit lebih meningkat selama persalinan.kenaikan suhu tubuh normal sekitar 0,5-1 derajat celcius

4) Pernafasan

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

5) Perubahan renal

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

6) Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan, gastric serta penyerapan makanan padat berkurang dan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi

7) Perubahan fisiologis

Hemoglobin 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 (Hidayat,2012)

g. Asuhan Sayang Ibu Dalam Proses Persalinan

1) Panggil ibu sesuai namanya,hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir
5) Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kehawatiran ibu
6) Beri dukungan,besarkan hati nya dan tentramkan perasaan ibu dan anggota keluarganya
7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
8) Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
9) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
10) Hargai privasi ibu
11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
13) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
14) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayinya
15) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
16) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk

melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi (Hidayat, 2009: 8-9)

h. Tahap – Tahap Persalinan

1) Kala I (Fase Pematangan atau Pembukaan Serviks)

Pasien dikatakan dalam taha persalinan kala 1, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2x dalam 10 menit selama 40 detik.Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 01-10cm.

Pada kala I terdapat dua fase, yaitu:

a) Fase laten

pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam.

b) Fase aktif

pembukaan 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 7 jam.

Fase aktif terbagi atas:

1) Fase akselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm
2) Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm
3) Fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap (+ 10 cm) Peristiwa penting pada kala I yaitu keluarnya lendir atau darah (bloody show)

Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida 2 cm per jam.Sehingga waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulistyawati, 2010 :07)

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir.Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir.Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida

3) Kala III

Dimulai pada saat bayi telah lahir lengkap dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Kelahiran plasenta adalah lepasnya plasenta dari insersi pada dinding uterus, serta pengeluaran plasenta dari cavum uteri. Pelepasan plasenta terjadi karena perlekatan di dinding uterus bersifat

adhesi, sehingga pada saat kontraksi mudah lepas dan berdarah. Pada keadaan normal, kontraksi uterus bertambah keras, fundus setinggi sekitar di atas pusat. Plasenta lepas spontan kurang lebih 5 sampai 15 menit setelah bayi lahir.

Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

a) Uterus menjadi berbentuk bundar.
b) Uterus terdorong ke atas, karea 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 plepasan placenta 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 Lama Persalinan Pada Primigravida Dan Multigravida

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

Sumber: Manuaba, 2010:175

i. Mekanisme Persalinan

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

1) Engagement

Bila diameter biparietal kepala (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap pada pintu atas panggul

2) Penurunan

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

3) Fleksi

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

4) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian janin memutar kedepan kebawah simfisis.Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah adalah daerah UUK dan bagian inilah yang akan memutar kedepan arah simfisis.Rotasi penting untuk menyelesaikan persalinan karna merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan PBP

5) Ekstensi

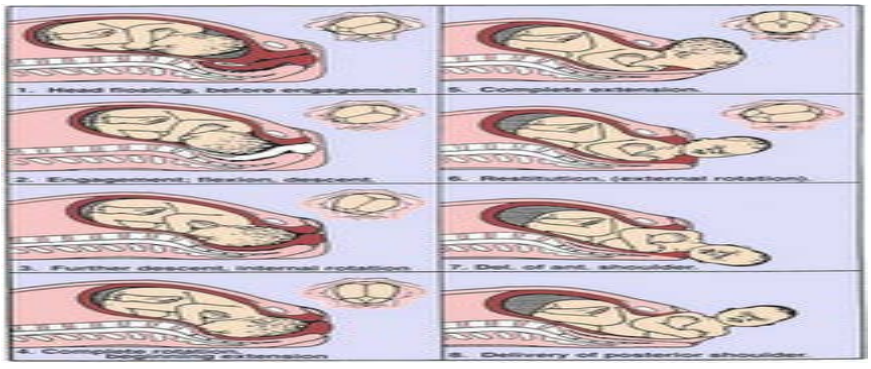
Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin.Hal ini disebabkan karna sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya.Jika kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran, sehingga lahirlah berturut-turur pada pinggir atas perineum UUB, dahi, hidung, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

6) Restitusi dan putaran paksi luar

Restitusi adalah gerakan berputar kepala bayi lahir hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas.Putaran paksi luar terjadi saat bahu engaged dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala.

7) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan bayi (toraks, abdomen), dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki yang searah dengan sumbu jalan lahir (Rohani, dkk, 2011, hal 146)



Gambar 8

Mekanisme persalinan normal

B. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus

Bidan berperan penting dalam penurunan AKI/AKB, namun Permenkes No. 1464 tahun 2010 mengurangi kewenangan praktik bidan mandiri. Ada pembatasan kewenangan praktik bidan yang cukup banyak pada permenkes No 1464 tahun 2010 dibandingkan dengan kepmenkes No 90 Tahun 2002 dan pada pada praktik bidan masih banyak yang menjalankan permenkes tersebut.

Permenkes No. 1464 Tahun 2010 pasal 10 ayat (2) menyebutkan bahwa kewenangan bidan dalam upaya pelayanan kesehatan ibu antara lain : pelayanan ibu nifas normal, artinya kewenangan bidan pada kehamilan, persalinan dan nifas abnormal tidak diatur. Akibat pembatasan kewenangan praktik bidan mandiri menimbulkan kitdak sinkronan permenkes No 1464 Tahun 2010 dengan kepmenkes No 369 Tahun 2007 yang memuat 9 kompetensi dan menimbulkan hak melakukan bagi bidan. Dan permenkes No. 1464 tahun 2010 pasaal 3 butir (c) menyebutkan bidan berwenang memberikan pelayanan " penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan perujukan".

Permenkes No. 1464 tahun 2010 tidak mengatur bidan dalam melakukan episiotomy yang luas/diperluas. Hanya episiotomy dengan penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan Tingkat II. Namun bila bidan menghadapi kasus penyulit persalinan seperti distosia bahu yang merupakan kegawatdaruratan kebidanan. Kewenangan tersebut bisa diberikan dengan tujuan penyelamatan nyawa ibu dan janin seperti pada pasal 10 ayat 3 butir (c) dan sebagaimana disebutkan dalam undang-undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 32.

Luka jalan lahir akibat dilakukan tindakan episiotomi yang luas atau diperluas bisa terjadi pada Tingkat III dan IV. Tingkat III : robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan Tingkat IV : robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum. Memperbaiki luka jalan lahir Tingkat III dan IV tidak diberikan kepada bidan dan bidan harus segera mencari bantuan dengan sistem rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dokter spesialisnya dengan alasan kompetensi bidan dalam penjahitan otot sfingter ani dan otot rektum.

Sebagai seorang bidan dalam memerikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hokum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hokum (mal praktik)

dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan robekan jalan lahir, landasan hokum yang digunakan antara lain: Berdasarkan PERMENKES RI NO.1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

1. Pasal 10

a. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana maksud pada ayat (2) berwenang untuk :
   1) Episiotomy
   2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
   3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
   4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
   5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
   6) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini (IMD) dan promosi air susu ibu (ASI) eksklusif
   7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum
   8) Penyuluhan dan konseling
   9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
   10) Pemberian surat keterangan kematian
   11) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

Standar Pelayanan kebidanan (ada 4 standar) :

Standar 9 : Asuhan persalinan kala 1

Pernyataan standar: Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan belangsung

Standar 10 : Persalinan kala II yang aman

Pernyataan standar: Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat

Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

Pernyataan standar: bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy

Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomo dengan aman untuk mempelancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum

C. Hasil Penelitian Terkait

Dalam penyusuna Laporan Tugas akhir ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan mereferensi, dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada Laporan Tugas Akhir ini.Berikut penelitian terdahulu yang berhubungan dengan Laporan Tugas Akhir ini antara lain :

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Eka Prawitasari, Anafrin Yugostyowati, Dyah Kartika Sari, 2015 dengan judul“Penyebab Terjadinya Ruptur Perinium Pada Persalinan Normal, Di Rsud Muntilan, Kabupaten Magelang “bahwa Hubungan antara Ruptur Perineum dengan Umur Ibu hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu bersalin yang mengalami *ruptur perineum* derajat 1 sebanyak 1 orang dengan umur ibu <20 tahun (2,43%) dan 7 orang ibu bersalin dengan umur ibu 20-35 tahun (17,07%). Pada ibu bersalin yang mengalami derajat 2 sebanyak 1 orang dengan umur ibu <20 tahun (2,43%), 17 orang ibu bersalin dengan umur ibu 20-35 tahun (41,46%), dan 6 orang ibu bersalin dengan umur ibu >35 tahun (14,63%); sedangkan pada ibu bersalin yang mengalami derajat 3 sebanyak 1 orang dengan umur ibu <20 tahun (2,43%), 5 orang ibu bersalin dengan umur ibu 20-35 tahun (12,19%), dan 3 orang ibu bersalin dengan umur ibu >35 tahun (7,31%).

Menurut Mochtar, meskipun umur ibu normal apabila tidak berolahraga dan rajin bersenggama dapat mengalami *ruptur perineum*(6). Kelenturan jalan lahir dapat berkurang apabila calon ibu kurang berolahraga atau genetalianya sering terkena infeksi. Infeksi akan mempengaruhi jaringan ikat dan otot di bagian bawah dan membuat kelenturannya hilang (karena infeksi dapat membuat jalan lahir menjadi kaku). Hal ini juga dipengaruhi oleh *perineum* yang sempit dan

elastisitas *perineum* sehingga akan mudah terjadinya robekan jalan lahir, oleh karena itu bayi yang mempunyai lingkar kepala maksimal tidak dapat melewatinya sehingga dapat menyebabkan *ruptur perineum.*

Selanjutnya adapun Hubungan antara *Ruptur Perineum* dengan Berat Badan Bayi Lahir, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu bersalin yang mengalami *ruptur perineum* derajat 1 sebanyak 8 orang ibu yang melahirkan dengan berat badan bayi lahir 2.500-4.000 gram (19,51%). Pada ibu bersalin yang mengalami *ruptur perineum* derajat 2 sebanyak 7 orang ibu yang melahirkan dengan berat badan bayi lahir <2.500 gram (17,07%), 16 orang ibu bersalin yang melahirkan dengan berat badan bayi lahir 2.500-4.000 gram (39,02%), dan 1 orang ibu bersalin yang melahirkan dengan berat badan bayi lahir >4.000 gram (2,43%); sedangkan pada ibu bersalin yang mengalami *ruptur perineum* derajat 3 sebanyak 3 orang ibu yang melahirkan dengan berat badan bayi lahir 2.500-4.000 gram (7,31%) dan 6 orang ibu yang melahirkan dengan berat badan bayi lahir >4.000 gram (14,63%).Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan kesesuaian dengan teori yang menyatakan bahwa semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya *ruptur perineum*, karena perineum tidak cukup kuat menahan proses kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi *ruptur perineum*(11)..

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

Penelitian ini terjadi pada primipara sebagian besar 84,9 % mengalami robekan perineum sponta, hal ini dapat disebabkan karna pada primipara perineum masih utuh dikarenakan jalan lahir belum pernah dilalui oleh bayi sehingga otot-

otot perineum belum merenggang.Namun pada paritas multipara robekan lebih terjadi dari setengahnya 62, 4%, hal ini dapat disebabkan karna selain factor paritas dapat juga disebabkan oleh factor lain janin seperti berat badan bayi lahir, partus presipaturus, dan factor penolong persalinan seperti cara memimpin mengejan saat kala 2 persalinan dan cara bidan menahan perineum saat menolong persalinan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori prawirahardjo, Sarwono 2013 dan teori Triana (2015) yang mengatakan bahwa robekan perineum hamper terjadi pada semu persalinan pertama (primipara) dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (multipara).