GAMBARAN KEJADIAN DERAJAT LASERASI PERINEUM SPONTAN PADA IBU BERSALIN PRIMIPARA BERDASARKAN FAKTOR JANIN DI PUSKESMAS PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan
Pendidikan Program Studi D III Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

WINI SRIWAHYUNI
NPM : CK.1.15.079

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN
B A N D U N G
2 0 1 8

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : **GAMBARAN KEJADIAN DERAJAT LASERASI PERINEUM SPONTAN PADA IBU BERSALIN PRIMIPARA BERDASARKAN FAKTOR JANIN DI PUSKESMAS PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017**

Nama : **WINI SRIWAHYUNI**

NIM : **CK.1.15.079**

Telah disetujui untuk mengikuti Sidang Laporan Tugas Akhir
Program Studi D-III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, Juli 2018

Pembimbing

16/8/18

Supriyatni KZ., SKM., M.MKes.

Mengetahui
Ketua Program Studi Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Dewi Nurlaela Sari, M.Keb.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : GAMBARAN KEJADIAN DERAJAT LASERASI PERINEUM SPONTAN PADA IBU BERSALIN PRIMIPARA DI PUSKESMAS PACET KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2017

NAMA : Wini Sriwahyuni

NIM : CK.1.15.079

Bandung, Agustus 2018

Menyetujui

Penguji I,	**Penguji II**
(Iceu Mulyati.M.Keb)	**(Hani Oktafiani.SST)**

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua

(R. Siti Jundiah,S.Kep.,M.Kep)

PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya:

Nama	:	**Wini Sriwahyuni**
NIM	:	CK.1.15.079
Program Studi	:	DIII Kebidanan
Judul Laporan Tugas Akhir	:	Gambaran Kejadian Derajat Laserasi Perineum Spontan pada Ibu Bersalin Primipara Berdasarkan Faktor Janin di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017

Menyatakan:

1. *Laporan Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk* memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Laporan Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan,

Wini Sriwahyuni

ABSTRAK

Luka perineum pada persalinan merupakan robekan pada jalan lahir pada saat melahirkan. Faktor yang bisa menyebabkan laserasi perineum adalah berat badan bayi lahir, presentasi kepala dan distosia bahu.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara berdasarkan faktor janin di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yaitu suatu desain penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Sampel didapatkan sebanyak 143 responden dengan pengambilan data secara sekunder yaitu melihat rekam medik Puskesmas Pacet tahun 2017 dengan analisa data menggunakan analisis univariat.

Hasil penelitian bahwa lebih dari setengahnya derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara dengan derajat II, seluruhnya laserasi perineum spontan derajat I pada bayi lahir 2.500-4.000gr, seluruhnya laserasi perineum spontan derajat I dan II dengan presentasi kepala ubun-ubun kecil dan sebagian besar derajat I, I dan II terjadi pada bayi tidak distosia bahu.

Simpulan bahwa berat badan bayi lahir, presentasi kepala dan distosia bahu bisa meningkatkan derajat laserasi. Saran kepada pihak puskesmas terus meningkatkan keahlian bagi penolong persalinan untuk mengurangi risiko terjadinya laserasi perineum spontan dan melakukan rujukan langsung apabila terjadi laserasi derajat III dan IV.

Kata kunci : Derajat Laserasi Perineum Spontan, Berat Badan Bayi Lahir, Presentasi Kepala, Distosia Bahu.
Daftar Pustaka : 27 sumber (2010-2015)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Cahaya umat islam Nabi besar Muhammad SAW., keluarganya, para sahabatnya, dan kita semua selaku umat-Nya.

Adapun laporan tugas akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah syarat meraih gelar Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D.III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Penulisan laporan tugas akhir ini tidak mungkin terwujud tanpa bimbingan, arahan, motivasi, doa, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku Setua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaela Sari, M.Keb., selaku Ketua Program Studi D.III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Supriyatni KZ., SKM., M.MKes, selaku pembimbing yang telah membimbing dan memberikan petunjuk serta saran-saran yang sangat berharga selama penyusunan laporan tugas akhir ini.
5. Keluarga dan kerabat yang senantiasa memberikan semangat dan dorongan kepada penulis.
6. Rekan-rekan seperjuangan yang telah memotivasi, terima kasih kebersamaannya semoga selalu terjalin silaturahmi dimanapun kita berada.

7. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, semoga kebaikannya mendapat pahala dari Allah SWT.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis menjadi ladang kebaikan untuk mendapat balasan yang lebih baik dan semoga tetesan keringat serta untaian doa yang mengiringi pembuatan laporan tugas akhir ini menjadikannya bermanfaat dan bernilai. *Aamiin*.

Bandung, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PERSETUJUAN

ABSTRAK iii

KATA PENGANTAR iv

DAFTAR ISI vi

DAFTAR TABEL viii

DAFTAR BAGAN ix

DAFTAR LAMPIRAN x

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah 1

1.2 Rumusan Masalah 5

1.3 Tujuan Penelitian 5

1.4 Manfaat Penelitian 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan 7

2.1.1 Pengertian Persalinan 7

2.1.2 Tahapan Persalinan 8

2.1.3 Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Persalinan 11

2.2 Laserasi Perineum 13

2.2.1 Pengertian 13

2.2.2 Penyebab 14

2.2.3 Derajat Laserasi perineum 27

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian 29

3.2 Populasi dan Sampel 29

3.3 Kerangka Penelitian 30

3.4 Definisi Operasional 32

3.5 Pengolahan dan Analisa Data 32

3.6 Waktu dan Lokasi Penelitian 35

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian 36

4.2 Pembahasan 40

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan 46

5.2 Saran 47

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

3.1 Definisi Operasional 32

4.1 Distribusi Frekuensi Gambaran Kejadian Derajat Laserasi Perineum Spontan pada Ibu Bersalin Primipara Di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017 36

4.2 Distribusi Frekuensi Gambaran Kejadian Derajat Laserasi Perineum Spontan pada Ibu Bersalin Primipara Di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017 Berdasarkan Berat Badan Bayi Lahir 37

4.3 Distribusi Frekuensi Gambaran Kejadian Derajat Laserasi Perineum Spontan pada Ibu Bersalin Primipara Di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017 Berdasarkan Presentasi Kepala 38

4.4 Distribusi Frekuensi Gambaran Kejadian Derajat Laserasi Perineum Spontan pada Ibu Bersalin Primipara Di Puskesmas Pacet Kabupaten Bandung Tahun 2017 Berdasarkan Distosia Bahu 39

DAFTAR BAGAN

Bagan Halaman

3.1 Kerangka Konsep 31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Hasil Observasi

Lampiran 2 : Hasil Perhitungan Observasi

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

Lampiran 4 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan trimester ketiga merupakan periode pertumbuhan janin dalam rentang waktu 28-42 minggu. Janin ibu sedang berada di dalam tahap penyempurnaan dan akan semakin bertambah semakin besar dan besar sampai memenuhi seluruh rongga rahim. Oleh karena itu penting bagi kita sebagai seorang bidan harus melakukan asuhan yang tepat karena pada trimester ini banyak masalah bahkan komplikasi yang dapat dialami ibu terutama pada saat persalinan nantinya yang bisa meningkatkan risiko kesakitan dan kematian pada ibu maupun janin (Wiknjosastro, 2010).

Klasifikasi robekan jalan lahir diantaranya adalah robekan vagina, robekan vulva, robekan serviks uteri, robekan korpus uteri, robekan uterus dan robekan perineum (Prawirohardjo, 2012). Laserasi perineum adalah salah satu dari robekan jalan lahir. Laserasi perineum merupakan robekan yang terjadi pada perineum sewaktu proses persalinan. Persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi forsep, ekstraksi vakum, versi ekstraksi, kristeller (dorongan pada fundus uteri) dan episiotomi dapat menyebabkan robekan jalan lahir. Laserasi perineum dapat diklasifikasikan berdasarkan derajat laserasi yaitu derajat I, derajat II, derajat III dan derajat IV (Bobak, 2011).

Luka pada perineum pada persalinan merupakan robekan pada jalan lahir pada saat melahirkan janin. Robekan perineum terjadi pada hampir semua ibu primipara (Wiknjosastro, 2010). Perineum merupakan bagian permukaan pintu bawah panggul yang terletak antara vulva dan anus. Perineum terdiri dari otot dan fasica urogenitalis serta diafragma pelvis (Basrom. 2010). Perineum kaku dapat membuat robekan luas tak terhindarkan. Sekitar 70% ibu melahirkan pervaginam mengalami trauma perineum

(Prawirohardjo, 2012). Primipara dianggap paling berisiko terjadinya robekan perineum spontan. Angka kejadian perdarahan karena kasus robekan perineum kira-kira lebih dari 7,2% pada primipara dan 4% pada multipara (Saifuddin, 2013).

Berdasarkan data Dinkes Jawa Barat didapatkan bahwa penyebab kematian ibu secara langsugn diantaranya adalah perdarahan, pre-eklamsia dan eklamsia, infeksi jalan lahir serta emboli, robekan jalan lahir terutama derajat III dan IV, septik aborsi (Dinkes Jawa Barat, 2016).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian laserasi perineum diantaranya adalah faktor ibu (partus presipaturus, mengejan terlalu kuat, perineum yang rapuh dan oedema, primipara, kesempitan pintu bawah panggul, varises vulva, kelenturan jalan lahir), faktor janin (berat badan lahir, presentasi kepala, distosia bahu, kelainan kongenital seperti hidrosefalus) dan faktor penolong persalinan (cara memimpin mengejan dan dorongan pada fundus uteri, keterampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala, Anjuran posisi meneran, Episiotomi (Saifuddin, 2013). Pada penelitian ini diarahkan pada faktor janin, karena data tersedia di Puskesmas yaitu mengenai faktor janin diantaranya berat badan lahir, presentasi kepala, distosia bahu, sedangkan untuk kelainan kongenital seperti hidrosefalus tidak dilakukan karena di Puskesmas tidak terjadi kejadian hidrosefalus. Penelitian diarahkan juga kepada ibu primipara karena jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum belum meregang (Manuaba, 2012). Penelitian dikaji mengenai distosia bahu, walaupun hal tersebut merupakan indikasi dari dilakukan episiotomy tetapi peneliti menemukan kondisi tersebut tidak dilakukan episiotomy.

Bidan sebagai penolong persalinan bisa melakukan tindakan pencegahan terjadinya laserasi perineum spontan seperti pada saat hamil bidan mengajarkan senam

hamil. Senam hamil merupakan suatu bentuk latihan untuk memperkuat dan juga mempertahankan kelenturan dari dinding perut, otot-otot dasar panggul yang nantinya akan mempermudah proses persalinan normal. Senam Hamil dilakukan dengan tujuan menjaga kondisi bagian tubuh yang berperan dalam proses persalinan sehingga diharapkan ibu hamil dapat melakukan persalinan secara fisiologis (Persalinan Normal) (Wulandari, 2010).

Selain tindakan pencegahan diatas, bidan pada saat persalinan bisa melakukan pijat perineum, mengajarkan mengedan yang benar dan cara memimpin mengejan dan dorongan pada fundus uteri, keterampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala dan anjuran posisi meneran (Saifuddin, 2013). Namun adanya faktor berat badan bayi lahir maka kejadian laserasi perineum spontan bisa terjadi walaupun Asuhan Persalinan Normal sudah dilakukan dengan sebaik mungkin oleh tenaga kesehatan.

Pentingnya penatalaksanaan yang baik oleh tenaga kesehatan terhadap kejadian laserasi perineum dikarenakan dampak dari terjadinya laserasi perineum pada ibu antara lain infeksi pada luka jahitan, dan dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir sehingga dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir (Champion, 2014). Selain itu juga dapat terjadi perdarahan karena terbukanya pembuluh darah yang tidak menutup sempurna. Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian ibu postpartum mengingat kondisi ibu postpartum masih lemah (Manuaba, 2012).

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Pacet, didapatkan dari hasil melihat dokumentasi pada buku Rekam Medik didapatkan pada tahun 2015 ibu bersalin sebanyak 403 orang didapatkan kejadian laserasi perineum sebanyak 31 orang dan pada tahun 2016 didapatkan ibu bersalin sebanyak 483 orang, dengan kejadian laserasi

perineum spontan yaitu sebanyak 43 orang dan pada tahun 2017 didapatkan ibu bersalin sebanyak 544 orang dengan kejadian laserasi perineum spontan pada primipara yaitu sebanyak 143 orang. Dilihat dari data di atas maka terdapat peningkatan kejadian laserasi perineum setiap tahunnya. Data pembanding di Puskesmas Ciparay, pada tahun 2017 didapatkan ibu bersalin sebanyak 506 orang dengan kejadian laserasi perineum spontan sebanyak 24 orang, sehingga bisa dikatakan di Puskesmas Pacet lebih tinggi kejadian laserasi perineum spontan dibandingkan dengan Puskesmas Ciparay.

Berdasarkan studi pendahuluan di atas maka dalam penelitian ini peneliti ingin mengambil judul penelitian gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara berdasarkan faktor janin di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat di ambil rumusan masalah sebagai berikut "Bagaimana gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara berdasarkan faktor janin di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017".

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara berdasarkan faktor janin di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017.

2. Untuk mengetahui gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017 berdasarkan berat badan bayi lahir.
3. Untuk mengetahui gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017 berdasarkan presentasi kepala.
4. Untuk mengetahui gambaran kejadian derajat laserasi perineum spontan pada ibu bersalin primipara di Puskesmas Pacet kabupaten Bandung tahun 2017 berdasarkan distosia bahu.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Program Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

   Sebagai bahan informasi dan bahan tambahan bacaan bagi mahasiswa mengenai kejadian laserasi perineum spontan.

2. Bagi Tempat Penelitian

   Sebagai bahan informasi dan evaluasi bagi tempat penelitian untuk mengurangi tingkat angka kejadian laserasi perineum spontan berdasarkan berat badan bayi sehingga bisa mencegah terhadap adanya infeksi perdarahan akibat laserasi perineum.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan atau sumber tambahan informasi dan pengetahuan tentang gambaran kejadian laserasi perineum spontan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2013).

Persalinan adalah proses yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhir dengan pelahiran plasenta (Laily, 2012).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadinya pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2012).

Dari ketiga pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran janin, plasenta dan selaput ketuban dari uterus ibu. Yang dianggap normal apabial terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan tanpa disertai adanya penyulit.

2.1.2 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat tahap. Diantaranya yaitu Kala I sampai dengan Kala IV. Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan

lengkap (10 cm). Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Kala III dimulai sgera setelah bayi lahir sampai lahirnya paslenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala IV dimuali dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Saifuddin, 2013).

1. Persalinan Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan satu sampai pembukaan lengkap (10 cm). pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat, sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dapat dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan ibu tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis tersebut pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu:

1. Fase akselarasi; dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
2. Fase dilatasi maksimal; dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.
3. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Kontraksi menjadi lebihkuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primi gravida maupun multigravida, akan

tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselarasi terjadi lebih pendek. Berdasarkan kurve Fridman, diperhitungkan pembukaan pada pimigravida 1cm/jam dan pembukaan pada multigravida 2 cm/jam. Dengan demikian waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri intenum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka.

2. Persalinan Kala II

Persalinan kala II ini biasa disebut dengan pengeluaran. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala jani sudah masukd alamr uang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Ibu merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air beasr. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his. Dengan kekuatan his dan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebenar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi (Bobak, 2011).

3. Persalinan Kala III

Persalinan kala III disebut juga pelepasan uri. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Bobak, 2011).

4. Persalinan Kala IV

Persalinan kala IV disebut observasi. Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan dalam pemberian asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

1. Tingkat kesadaran penderita
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya pendarahan. Pendarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Bobak, 2011).

2.1.3 Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Persalinan

1. Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh

karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Bobak, 2011).

2. Janin dan Plasenta(*Passanger*)

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Bobak, 2011).

3. Kekuatan (*Power*)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involuneter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Bobak, 2011).

4. Psikis Ibu

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Ibu bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan ibu serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu ibu berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan ibu akan berhasil akhir persalinannya, membantu ibu menghemat tenaga, untuk menghindari kelelahan dan kehabisan tenaga mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien.

Jdukungan psikologis dari orang-orang yang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada di sisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Bobak, 2011).

2.2 Laserasi Perineum

2.2.1 Pengertian

Perineum adalah jaringan antara vestibulum vulva dan anus dan panjang kira-kira 4 cm (Maemunah, 2010). Sedangkan menurut kamus Dorland perineum adalah daerah antara kedua belah paha, antara vulva dan anus. Perineum terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Saifuddin, 2013). Laserasi perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan (Mochtar, 2010)

2.2.2 Penyebab

1. Faktor Maternal

a. Partus presipitatus

Tetania uteri adalah his yang terlampau kuat dan terlalu sering sehingga tidak ada relaksasi rahim. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya partus presipitatus yang dapat menyebabkan persalinan di atas kendaraan, di kamar mandi, dan tidak sempat dilakukan pertolongan. Akibatnya terjadilah luka-luka jalan lahir yang luas pada serviks, vagina dan perineum, dan pada bayi dapat terjadi perdarahan intrakranial. Pada

presipitatus tidak banyak yang dapat dilakukan karena janin lahir tiba-tiba dan cepat (Mochtar, 2010).

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali (JNPK-KR, 2012). Akibat dari partus presipitatus antara lain terjadinya robekan perineum bahkan robekan serviks yang dapat mengakibatkan perdarahan pasca persalinan, cedera kepala bayi dan depresi bayi (Saifuddin, 2013).

b. Mengejan terlalu kuat

Pada saat persalinan diperlukan tenaga/*power* dari ibu bentuk dorongan meneran. Dorongan meneran tersebut muncul bersamaan dengan munculnya his atau kontraksi rahim. His yang bagus dapat memebuka jalan lahir dengan cepat, namun hal ini dipengaruhi cara ibu mengejan, artinya jika hisnya bagus tetapi ibu menerannya tidak kuat maka tidak akan terjadi pembukaan jalan lahir. Sedangkan jika ibu mengejan terlalu kuat saat melahirkan kepala yang merupakan diameter terbesar janin maka akan menyebabkan laserasi perineum. Bila kepala telah mulai lahir, ibu diminta bernafas panjang, untuk menghindarkan tenaga mengejan karena *sinciput*, muka dan dagu yang mempunyai ukuran panjang akan mempengaruhi perineum. Kepala lahir hendaknya pada akhir kontraksi agar kekuatan tidak terlalu kuat (Ibrahim, 2011).

c. Perineum yang rapuh dan oedema

Pada proses persalinan jika terjadi oedema pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum (Manuaba, 2012).

d. Primipara

Bila kepala janin telah sampai didasar panggul, vulva mulai membuka. Rambut kepala janin mulai tampak. Perineum dan anus tampak mulai teregang. Perineum mulai lebih tinggi, sedangkan anus mulai membuka. Anus yang pada mulanya berbentuk bulat, kemudian berbentuk "D". Yang tampak dalam anus adalah dinding depan rektum. Perineum bila tidak ditahan, akan robek (= *ruptura perinei*), terutama pada primigravida. Perineum ditahan dengan tangan kanan, sebaiknya dengan kain kasa steril (Saifuddin, 2013).

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2013).

e. Kesempitan pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul tidak merupakan bidang yang datar, tetapi terdiri atas segi tiga depan dan segi tiga belakang yang mempunyai dasar yang sama, yakni distansia tuberum. Apabila ukuran yang terakhir ini lebih kecil daripada biasa, maka sudut arcus pubis mengecil (kurang dari 800). Agar supaya dalam hal ini kepala janin dapat lahir, diperlukan ruangan yang lebih besar pada bagian belakang pintu bawah panggul. Dengan diameter sagitalis posterior yang cukup panjang persalinan pervaginam dapat dilaksanakan, walaupun dengan perlukaan luas pada perineum (Saifuddin, 2013).

f. Varises Vulva

Wanita hamil sering mengeluh tentang pelebaran pembuluh darah, yang terjadi pada tungkai, vagina, vulva, dan terjadi wasir. Selain

kelihatan kurang baik, pelebaran pembuluh darah ini dapat merupakan sumber perdarahan potensial pada waktu hamil maupun saat persalinan. Kesulitan yang mungkin dijumpai adalah saat persalinan dengan varises vulva yang besar sehingga saat episiotomi dapat terjadi perdarahan (Manuaba, 2012).

g. Kelenturan jalan lahir

Perineum, walaupun bukan alat kelamin, namun selalu terlibat dalam proses persalinan. Apabila perineum cukup lunak dan elastis, maka lahirnya kepala tidak mengalami kesukaran. Biasanya perineum robek dan paling sering terjadi ruptura perinei tingkat II dan tingkat III (Saifuddin, 2013).

Perineum yang kaku menghambat persalinan kala II yang meningkatkan risiko kematian bagi janin, dan menyebabkan kerusakan-kerusakan jalan lahir yang luas. Keadaan demikian dapat dijumpai pada primigravida yang umumnya lebih dari 35 tahun, yang lazim disebut primi tua (Saifuddin, 2013).

Jalan lahir akan lentur pada perempuan yang rajin berolahraga atau rajin bersenggama. Olahraga renang dianjurkan karena dapat melenturkan jalan lahir dan otot-otot sekitarnya (Ibrahim, 2011). Senam kegel yang dilakukan pada saat hamil memiliki manfaat yaitu dapat membuat elastisitas perineum (Nursalam, 2010). Selain itu dapat memudahkan kelahiran bayi tanpa banya merobek jalan lahir (tanpa atau sedikit “jahitan”) (Widianti dan Proverawati, 2010).

2. Faktor Janin

a. Berat badan lahir

Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang 24 jam pertama kelahiran. Semakin besar bayi yang dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya laserasi perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki bobot lebih dari 4000 gram. Robekan perineum terjadi pada kelahiran dengan berat badan bayi baru lahir yang besar. Hal ini terjadi karena semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya laserasi perineum karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat badan bayi yang besar sehingga pada proses kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi laserasi perinuem(Saifuddin, 2013).

Janin besar adalah bila berat badan melebihi dari 4000 gram. Persalinan dengan berat badan janin besar dapat menyebabkan terjadinya laserasi perineum (Mochtar, 2010).

Berat badan janin dapat mempengaruhi persalinan dan laserasi perineum. Bayi yang mempunyai berat badan yang besar dapat menimbulkan penyulit dalam persalinan diantaranya adalah partus lama, partus macet dan distosia bahu (Jones, 2011).

Sebelum bersalin hendaknya ibu diperiksa Tinggi Fundus Uteri agar dapat diketahui Tafsiran Berat Badan Janin dan dapat diantisipasi adanya persalinan patologis yang disebabkan bayi besar seperti ruptura uteri, ruptura jalan lahir, partus lama, distosia bahu, dan kematian janin akibat cedera persalinan (Saifuddin, 2013).

b. Presentasi Kepala

Presentasi yang dimaksud dalam hal ini adalah presentasi puncak kepala dan presentasi dahi. Presentasi puncak kepala bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba Ubun-ubun Besar (UUB) yang paling rendah, dan UUB sudah berputar ke depan. Menurut statistik hal ini terjadi pada 1% dari seluruh persalinan. Komplikasi yang terjadi pada ibu adalah partus yang lama atau robekan jalan lahir yang lebih luas (Mochtar, 2010).

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dahi, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala. Mekanisme persalinan kepala memasuki panggul biasanya dengan dahi melintang, atau miring. Pada waktu putaran paksi, dahi memutar ke depan. Maxilla (*fossa canina*) sebagai hipomoklion berada di bawah simpisis, kemudian terjadi fleksi untuk melahirkan belakang kepala melewati perineum, lalu defleksi, maka lahirlah mulut, dagu di bawah simpisis. Hal ini mengakibatkan partus menjadi lama dan lebih sulit, bisa terjadi robekan yang berat dan ruptura uteri (Mochtar, 2010).

c. Presentasi bokong

Presentasi bokong atau letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang (membujur) dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah (Mochtar, 2010).

Persalinan dengan penyulit seperti sungsang merupakan indikasi untuk melakukan episiotomi (Saifuddin, 2013).

d. Distosia bahu

Distosia bahu adalah suatu keadaan yang memerlukan tambahan manuver obstetrik karena jika dilakukan dengan tarikan biasa kearah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi (Cuningham, 2010).

Persalinan dengan distosia bahu sering terjadi kerusakan pada traktus genitalis bawah seperti laserasi perineum (Jones, 2011).

Penanganan ruptur pada bayi yang mengalami distosia bahu Diperlukan seorang asisten untuk membantu. Tidak boleh melakukan penarikan atau dorongan sebelum memastikan bahwa bahu posterior sudah masuk panggul. Bahu posterior yang belum melewati PAP akan sulit dilahirkan bila dilakukan tarikan pada kepala. Untuk mengendorkan ketegangan yang menyulitkan bahu posterior masuk panggul tersebut, dapat dilakukan episiotomy yang luas, posisi Mc. Robert, atau posisi dada-lutut. Dorongan pada fundus juga tidak dikenakan karena semakin menyulitkan bahu untuk dilahirkan dan berisiko menimbulkan rupture uteri.

Disamping perlunya asisten dan pemahaman yang baik tentang mekanisme persalinan, keberhasilan pertolongan persalinan dengna distosia bahu juga ditentukan oleh waktu. Setelah kepala lahir akan terjadi penurunan pH arteria umbilikalis dengan laju 0,04 unit/menit. Dengan demikian, pada bayi yang sebelumnya tidak mengalami hipoksia tersedia waktu antara 4-5 menit untuk melakukan maneuver melahirkan bahu sebelum terjadi cedera hipoksik pada otak (Prawirohardjo, 2013).

e. Kelainan kongenital seperti Hidrosefalus

Hidrosefalus adalah penimbunan cairan serebrospinal dalam ventrikel otak sehingga kepala janin menjadi besar serta ubun-ubun menjadi lebar. Jumlah cairan bisa mencapai 1,5 liter bahkan ada yang sampai 5 liter. Sering dijumpai kelainan seperti spinabifida dan cacat bawaan lain pada janin (Mochtar, 2010).

Persalinan dengan kelainan hidrosefalus dianjurkan untuk dilakukan persalinan perabdominan untuk menghindari adanya cedera jalan lahir beserta cedera pada janin (Jones, 2011).

3. Faktor Penolong Persalinan

a. Cara memimpin mengejan dan dorongan pada fundus uteri

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Sujiyatini, 2011)

b. Ketrampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala

Mencegah laserasi yaitu dengan kerjasama yang baik antara penolong terutama saat kepala *crowning* (pembukaan 5-6 cm di vulva) serta kelahiran kepala yang terkendali dan perlahan memberikan waktu pada vagina dan perineum untuk mengadakan penyesuaian untuk mengurangi robekan (Ambarwati, 2010).

Saat kepala janin sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka, rambut kepala kelihatan. Setiap his kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan

kanan beralaskan kain kasa atau kain doek steril, supaya tidak terjadi robekan perineum (Mochtar, 2010).

c. Anjuran posisi meneran

Penolong persalinan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi meneran dan menjelaskan alternatif-alternatif posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif (Bobak, 2011). Adapun macam-macam posisi meneran adalah :

1) Duduk atau setengah duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membentu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

2) Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

3) Jongkok atau berdiri

Posisi jongkok atau berdidi memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar dua puluh delapan persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perlukaan jalan lahir).

4) Berbaring miring kekiri

Posisi berbaring miring kekiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplay oksigen tidak terganggu, dapat

memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat mencegah terjadinya laserasi / robekan jalan lahir.

5) Hindari posisi terlentang

Pada posisi terlentang dapat menyebabkan :

a) Hipotensi dapat beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplay oksigen dalam sirkulasi *uteroplacenta* sehingga dapat menyebabkan hipoksia bagi janin.
b) Rasa nyeri yang bertambah.
c) Kemajuan persalinan bertambah lama.
d) Ibu mengalami gangguan untuk bernafas.
e) Buang air kecil terganggu.
f) Mobilisasi ibu kurang bebas.
g) Ibu kurang semangat.
h) Resiko laserasi jalan lahir bertambah.
i) Dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung.

d. Episiotomi

Penyembuhan luka pada perineum akan lebih sempurna bila pinggirnya lurus dan otot-otot mudah dijahit. Pada persalinan spontan sering terjadi robekan perineum yang merupakan luka dengan pinggir yang tidak teratur. Hal ini akan menghambat penyembuhan perineum sesudah luka dijahit. Oleh karena itu, dan juga untuk melancarkan jalannya persalinan, dapat dilakukan insisi pada perineum pada saat kepala janin tampak dari luar dan mulai meregangkan perineum (Saifuddin, 2013).

Tindakan episiotomi pada masa lalu dilakukan secara rutin terutama pada primipara. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah trauma

pada kepala janin, mencegah kerusakan pada sfingter ani serta lebih mudah untuk menjahitnya. Kenyataannya tindakan episiotomi dapat menyebabkan peningkatan jumlah kehilangan darah ibu, bertambah dalam luka perineum, meningkatkan kerusakan pada spinter ani dan peningkatan rasa nyeri pada hari pertama postpartum (Bobak, 2011).

Adapun indikasi episiotomi adalah sebagai berikut (Bobak, 2011):

1) Gawat janin.
2) Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukan *ekstraksi forcep*, *ekstraksi vacum*.
3) Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina.
4) Perineum kaku dan pendek.
5) Adanya ruptur yang membakat pada perineum.
6) Prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.

Dianjurkan untuk melakukan episiotomi pada pada primigravida atau pada wanita dengan perineum yang kaku. Episiotomi ini dilakukan bila perineum telah menipis dan kepala janin tidak masuk kembali kedalam vagina (Saifuddin, 2013).

Episiotomi dilakukan bila perineum sudah menipis dan kepala janin tidak masuk lagi dalam vagina, yaitu dengan jalan mengiris atau menggunting perineum. Ada tiga arah irisan diantaranya medialis, medio-lateralis dan lateralis. Tujuan episiotomi adalah supaya tidak terjadi robekan perineum yang tidak teratur (Mochtar, 2010).

2.2.3 Derajat Laserasi perineum

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan, yaitu sebagai berikut :

1. Derajat I

   Luasnya robekan hanya sampai mukosa vagina, komisura posterior tanpa mengenai kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik.

2. Derajat II

   Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Jahit menggunakan teknik penjahitan laserasi perineum.

3. Derajat III

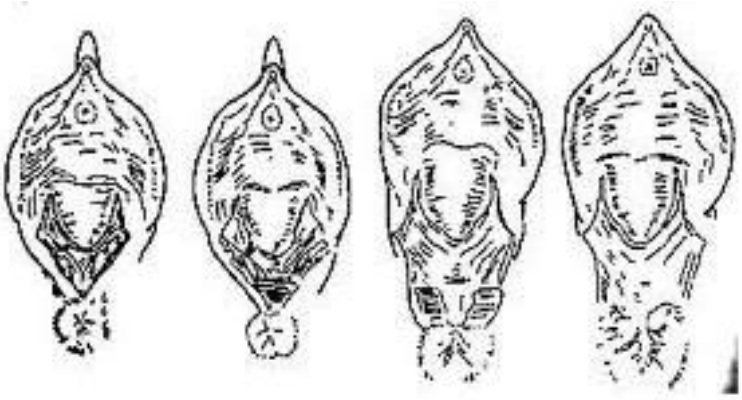
   Robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum hingga otot sfingter ani.

4. Derajat IV

   Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani sampai ke dinding depan rektum. Penolong asuhan persalinan normal tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan(JNPK-KR, 2012).

Gambar 2.1

Derajat Laserasi



Sumber: Sujiyatini, 2011