

**HUBUNGAN KETERAMPILAN PENOLONG PERSALINAN DENGAN  
KEJADIAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS LEPO - LEPO  
KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2017**



**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan  
Program Studi Diploma IV Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Kendari

**OLEH**

**NIKE APRIANTINI SIAMA**  
**P00312016131**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI  
PRODI D-IV KEBIDANAN  
KENDARI  
2017**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN KETERAMPILAN PENOLONG PERSALINAN DENGAN  
KEJADIAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS LEPO-LEPO  
KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2017**

Diajukan Oleh:

**NIKE APRIANTINI SIAMA**  
**P00312016131**

Telah disetujui untuk dipertahankan dalam ujian skripsi dihadapan Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan.

Kendari, 18 Desember 2017

Pembimbing I



**Hasmia Naningsi, SST, M.Keb**  
**Nip. 197407191992122001**

Pembimbing II



**Andi Malahayati N, S.Si.T,M.Kes**  
**Nip. 19810572007012015**

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Kesehatan Kendari



**Sultina Sarita, SKM, M.Kes**  
**Nip. 196806021992032003**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN KETERAMPILAN PENOLONG PERSALINAN DENGAN  
KEJADIAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS LEPO-LEPO  
KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA  
TAHUN 2017**

Diajukan Oleh:

**NIKE APRIANTINI SIAMA**  
**P00312016131**

Skripsi ini telah diperiksa dan disahkan oleh Tim Penguji Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan serta diujikan pada tanggal 22 Desember 2017

1. Wd. Asma Isra, S.Si.T,M.Kes

2. Elyasari, SST, M.Keb

3. Yustiari, SST, M.Kes

4. Hasmia Naningsi, SST, M.Keb

5. Andi Malahayati N, S.Si.T, M.Kes

*of*  
*fe*  
*Yustiari*  
*Andi*

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Kendari



**Sultina Sarita, SKM, M.Kes**  
**Nip. 196806021992032003**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### I. Identitas Penulis

- a. Nama : Nike Apriantini Siana
- b. Tempat/ Tanggal Lahir : Bau-Bau, 20 Juli 1990
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Agama : Kristen Protestan
- e. Suku/ Kebangsaan : Muna/ Indonesia
- f. Alamat : BTN. Griya Baruga Indah, Kelurahan  
Baruga Kecamatan Baruga

### II. Pendidikan

- a. SDN 02 Taubonto Tahun 2002
- b. SMPN 1 Rarowatu Tahun 2005
- c. SMAN 1 Rumbia Tahun 2008
- d. DIII Kebidanan STIKES Avicena Kendari Tahun 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017”.

Dalam proses penyusunan skripsi ini ada banyak pihak yang membantu, oleh karena itu sudah sepantasnya penulis dengan segala kerendahan dan keikhlasan hati mengucapkan banyak terima kasih sebesar-besarnya terutama kepada Ibu Hasmia Naningsi, SST, M.Keb selaku Pembimbing I dan Ibu Andi Malahayati N, S.Si.T, M.Kes selaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini pula penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Askrening, SKM. M.Kes sebagai Direktur Poltekkes Kendari.
2. Ibu Sultina Sarita, SKM, M.Kes sebagai Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari.
3. dr. Jeni Arni Harli T selaku Kepala Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari.
4. Ibu Waode Asma Isra, S.Si.T, M.Keb selaku penguji 1, Ibu Elyasari, SST, M.Keb selaku penguji 2, Ibu Yustiari, SST, M.Kes selaku penguji 3 dalam skripsi ini.

5. Seluruh Dosen dan Staf Pengajar Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan yang telah mengarahkan dan memberikan ilmu pengetahuan selama mengikuti pendidikan yang telah memberikan arahan dan bimbingan.
6. Seluruh teman-teman D-IV Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kendari, yang senantiasa memberikan bimbingan, dorongan, pengorbanan, motivasi, kasih sayang serta doa yang tulus dan ikhlas selama penulis menempuh pendidikan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan skripsi ini serta sebagai bahan pembelajaran dalam penyusunan skripsi selanjutnya.

Kendari,       Desember 2017  
Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Telaah Pustaka.....	9
B. Landasan Teori.....	62
C. Kerangka Teori.....	64
D. Kerangka Konsep.....	65
E. Hipotesis Penelitian.....	65
BAB III METODE PENELITIAN.....	66
A. Jenis Penelitian.....	66
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	67
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	67
D. Variabel Penelitian.....	67
E. Definisi Operasional.....	67
F. Jenis dan Sumber Data Penelitian.....	68
G. Instrumen Penelitian.....	68
H. Alur Penelitian.....	69
I. Pengolahan dan Analisis Data.....	69
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	72
A. Hasil Penelitian .....	72
B. Pembahasan.....	77

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	82
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	83
LAMPIRAN	



**ABSTRAK**  
**HUBUNGAN KETERAMPILAN PENOLONG PERSALINAN DENGAN KEJADIAN**  
**RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS LEPO-LEPO KOTA KENDARI**  
**PROPINSI SULAWESI TENGGARA**  
**TAHUN 2017**

Nike Apriantini Siama<sup>1</sup> Hasmia Naningsi<sup>2</sup> Andi Malahayati<sup>2</sup>

**Latar belakang:** *Ruptur perineum* merupakan bentuk dari *trauma obstetrik* yang menjadi salah satu penyebab dari tingginya angka kematian ibu di Indonesia.

**Tujuan penelitian:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

**Metode Penelitian:** Desain penelitian yang digunakan ialah analitik dengan rancangan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah bidan di Puskesmas lepo-Lepo Kota Kendari yang berjumlah 32 orang. Instrumen pengumpulan data berupa kuesioner tentang keterampilan penolong persalinan dan kejadian ruptur perineum. Data dianalisis dengan uji *Chi Square*.

**Hasil Penelitian:** Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu bersalin tidak mengalami ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017. Sebagian besar bidan sudah terampil melakukan pertolongan persalinan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017. Ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

Kata kunci : ruptur perineum, keterampilan penolong persalinan

<sup>1</sup> Mahasiswa Prodi D-IV Kebidanan Poltekkes Kendari

<sup>2</sup> Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kendari

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan kejadian fisiologis yang dialami oleh setiap wanita hamil. Walaupun merupakan peristiwa fisiologis, namun seringkali kehamilan dan persalinan merupakan proses yang sangat rentan terhadap terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun bayi dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu (Mochtar, 2014). Komplikasi sering terjadi pada masa pasca persalinan. Pada periode pasca persalinan, komplikasi sering terjadi yaitu perdarahan karena *atonia uteri*, *retensio plasenta*, dan *ruptur perineum*. *Ruptur perineum* merupakan perlukaan jalan lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat maupun tidak menggunakan alat. *Ruptur perineum* terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2012).

*Ruptur perineum* merupakan bentuk dari *trauma obstetrik* yang menjadi salah satu penyebab dari tingginya angka kematian ibu di Indonesia. Menurut data SDKI tahun 2012, sebanyak 5% kasus kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh *trauma obstetrik*. *Ruptur perineum* merupakan salah satu penyebab perdarahan pasca salin. *Ruptur perineum* sebagai penyebab kedua perdarahan setelah *atonia uteri* yang terjadi pada hampir setiap persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2012). Kejadian *ruptur perineum* di dunia sebanyak 2,7 juta pada

ibu bersalin. Angka ini diperkirakan mencapai 6,3 juta pada tahun 2020. Di Amerika dari 26 juta ibu bersalin, terdapat 40% mengalami luka perineum. Di Asia kejadian *ruptur perineum* cukup banyak terjadi, 50% dari kejadian robekan perineum di dunia terjadi di Asia (Bascom, 2011). Di Indonesia *ruptur perineum* dialami oleh 75% ibu melahirkan pervaginam. Pada tahun 2013 ditemukan 57% ibu mendapat jahitan perineum, 8% karena episiotomi dan 29% karena robekan spontan (Depkes RI, 2013).

Dampak dari terjadinya *ruptur perineum* pada ibu diantaranya terjadinya 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. 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).

Faktor penyebab dari *ruptur perineum* menurut Oxorn (2015) meliputi *partus presipitatus*, partus diselesaikan tergesa-gesa, edema dan kerapuhan pada perineum, varikosis vulva, kesempitan panggul, episiotomy, bayi besar, presentasi defleksi, letak sungsang, distosia bahu, dan hidrosefalus. Faktor penolong persalinan disebutkan dapat menyebabkan *ruptur perineum* meliputi: cara memimpin mengejan, cara berkomunikasi, keterampilan menahan perineum saat ekspulsi kepala, serta ajuran posisi meneran (JNPK-KR, 2014). Menurut Mochtar (2014), faktor yang menyebabkan *ruptur*

perineum meliputi yaitu paritas, umur ibu, jaringan parut pada perineum, kelenturan jalan lahir, persalinan dengan tindakan.

Bidan merupakan tenaga lini terdepan harus mampu dan terampil dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu dan bayi baru lahir khususnya saat persalinan sesuai dengan asuhan kebidanan yang ditetapkan, mengacu kepada kewenangan dan kode etik profesi serta ditunjang dengan sarana dan prasarana yang terstandar. Untuk mendukung peningkatan keterampilan bidan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas, Kemenkes telah menyusun berbagai pedoman dan standar asuhan kebidanan sehingga dapat digunakan sebagai acuan. Seiring dengan itu pula pemerintah dan berbagai pihak di Indonesia terus mengembangkan pendidikan kebidanan yang berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan baik pendidikan formal maupun non formal (Kemenkes, 2015).

Pendidikan formal bidan saat ini adalah pendidikan diploma tiga kebidanan, diploma empat atau S1 kebidanan dan S2 kebidanan. Pendidikan non formal berupa pelatihan, salah satu pelatihan untuk menanggulangi kejadian *ruptur perineum* adalah pelatihan asuhan persalinan normal (APN). Program ini bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dari kematian, khususnya dalam masa persalinan dan pasca melahirkan. Selain program tersebut, pemerintah juga mengembangkan program *Making Pregnancy Safer* (MPS) yaitu bagaimana membuat persalinan yang aman dan baik, sehingga bayi yang dilahirkan ibunya dalam keadaan sehat setelah persalinan. Tiga kunci dari MPS ini adalah setiap persalinan harus ditangani

oleh tenaga terlatih (paramedis), karena setiap persalinan tetap ada risikonya dan jangan pergi ke Dukun. Setiap komplikasi harus ditangani sebaik mungkin, setiap wanita usia subur harus memiliki akses terhadap pelayanan kontrasepsi dan bila dihadapkan pada masalah aborsi, wanita juga harus mendapatkan pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2015).

Program penekanan AKI yang telah dilakukan oleh program MNH selama ini diantaranya adalah mengadakan pelatihan bagi para Bidan. Jika Bidan kompeten dalam melaksanakan tugasnya, diprediksikan 50% kasus perdarahan dapat dicegah. Beberapa alasan yang melandasi diantaranya adalah berdasarkan fakta yang menunjukkan bahwa sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan, yang salah satunya karena *ruptur perineum*. Upaya terbaik untuk mencegah kematian yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan adalah dengan menghindari terjadinya komplikasi tersebut (JNPK/KR, *et al*, 2015). Beberapa negara maju telah memperlihatkan akselerasi penurunan rasio kematian maternal secara bermakna melalui asuhan yang memadai selama kehamilan dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terampil di berbagai jenjang pelayanan.

Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan yang terampil serta profesional terus mengalami peningkatan hingga mencapai 72,4% pada tahun 2015 (Adrianzs, 2015). Dalam memberikan pertolongan persalinan yang berkualitas dibutuhkan tenaga yang terampil dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, aman, nyaman dan sesuai standar serta mampu

memberikan intervensi sesuai kebutuhan ibu, sehingga dalam hal ini diperlukan adanya evaluasi untuk mengetahui penerapan pada asuhan persalinan sebagai salah satu jaminan kualitas pelayanan (Kemenkes, 2015).

Hasil studi awal di Puskesmas Lepo-lepo diperoleh data jumlah bidan adalah 32 orang, yang berpendidikan diploma tiga kebidanan sebanyak 29 orang dan yang berpendidikan diploma empat kebidanan sebanyak 3 orang. Selain jumlah bidan, diperoleh data kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin di Puskesmas Lepo-lepo.

Jumlah kejadian perineum pada tahun 2014 sebanyak 59 kasus dari 193 persalinan (30,57%), tahun 2015 sebanyak 45 kasus dari 194 persalinan (23,19%) dan pada tahun 2016 sebanyak 35 kasus dari 120 persalinan (29,17%). Data tersebut menunjukkan adanya peningkatan kasus ruptur perineum dari tahun 2015 ke tahun 2016, walaupun terjadi penurunan dari tahun 2014 ke tahun 2015. Dampak dari ruptur perineum adalah perdarahan. Pada tahun 2016 terdapat 1 kasus perdarahan karena ruptur perineum. Berdasarkan latar belakang tersebut sehingga penulis tertarik untuk meneliti tentang hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan

kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017 ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
- b. Mengetahui keterampilan penolong persalinan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
- c. Menganalisis hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Manfaat Bagi Ibu bersalin**

Untuk menambah wawasan ibu bersalin tentang ruptur perienum.

#### **2. Manfaat Bagi Puskesmas**

Untuk dapat meningkatkan peran petugas dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin tentang ruptur perienum.

#### **3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya**

Untuk dokumentasi agar dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. Penelitian Eka dkk (2015) yang berjudul penyebab terjadinya ruptur perineum pada persalinan normal di RSUD Mutilan Kabupaten Magelang. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Eka dkk adalah variabel bebas penelitian. Variabel bebas pada penelitian Eka dkk adalah paritas, jarak kelahiran, umur ibu, sedangkan variabel bebas pada penelitian ini adalah keterampilan penolong persalinan.
2. Penelitian Candra dkk (2013) yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ruptur perineum spontan di RSUD Kebumen. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Candra dkk adalah variabel bebas penelitian. Variabel bebas pada penelitian Candra dkk adalah paritas, berat badan lahir, lama persalinan kala II, sedangkan variabel bebas pada penelitian ini adalah keterampilan penolong persalinan.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### *1. Ruptur Perineum*

###### a. Pengertian

Perineum merupakan ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak dibawah dasar panggul. 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: kulit dan fascia (Oxorn, 2015). Perineum adalah daerah yang terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Saifuddin, 2012).

Perineum merupakan daerah tepi bawah vulva dengan tepi depan anus. Perineum meregang pada saat persalinan kadang perlu dipotong (episiotomi) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah robekan (Sumara dkk, 2012). Ruptur perineum adalah robeknya perineum pada saat jalan lahir. Berbeda dengan episiotomy, robekan ini bersifat traumatik karena perineum tidak kuat menahan regangan pada saat janin lewat (Siswosudarmo dan Ova, 2014).

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan (Sukrisno, 2015). Menurut Oxorn (2015), robekan perineum adalah robekan obstetrik yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvik untuk mengakomodasi lahirnya fetus. Persalinan sering kali menyebabkan perlukaan jalan lahir. Luka yang terjadi biasanya ringan tetapi seringkali juga terjadi luka yang luas dan berbahaya, untuk itu setelah persalinan harus dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum (Sumarah, 2015). Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat (Nurasiah, 2012).

b. Anatomi perineum

Perineum merupakan bagian permukaan pintu atas panggul terletak antara vulva dan anus. Perineum terdiri dari otot dan fascia superfisialis perinci dan terdiri dari otot-otot koksigidan levator anus yang terdiri dari 3 otot penting yaitu muskulus puborekalis, muskulus pubokoksigidan muskulus iliokoksigidan. Susunan otot tersebut merupakan penyangga dari struktur pelvis,

diantaranya lewat uratra, vagina dan rektum. Perineum berbatasan sebagai berikut: a) Ligamentum arkuata dibagian depan tengah; b) Arkus iskiopublik dan tuber iskii dibagian lateral lateral depan; c) Ligamentum sakrotuberosum dibagian lateral belakang; d) Tugus koksigidis dibagian belakang tengah.

Daerah perineum terdiri dari 2 bagian: a) Regional disebelah belakang, disini terdapat muskulus finger ani eksterna yang melingkari anus; b) Regio urogenetalis, disini terdapat muskulus bulboka verous, muskulus transversusu perinealis superfisialis dan muskulus iskiokavernosus.

#### c. Klasifikasi Ruptur Perineum

##### 1) Robekan derajat pertama

Robekan derajat pertama meliputi mukosa vagina, fourchetten dan kulit perineum tepat dibawahnya (Oxorn,2015). Robekan perineum yang melebihi derajat satu dijahit. Hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir, tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual, lebih baik tindakan itu ditunda sampai menunggu plasenta lahir. Dengan penderita berbaring secara litotomi dilakukan pembersihan luka dengan cairan anti septik dan luas robekan ditentukan dengan seksama (Sumarah, 2015).

##### 2) Robekan derajat kedua

Laserasi derajat dua merupakan luka robekan yang paling dalam. Luka ini terutama mengenai garis tengah dan melebar sampai korpus perineum. Acapkali musculus perineus transverses turut terobek dan robekan dapat turun tapi tidak mencapai spinter recti. Biasanya robekan meluas keatas disepanjang mukosa vaginadan jaringan submukosa. Keadaan ini menimbulkan luka laserasi yang berbentuk segitiga ganda dengan dasar pada fourchette, salah satu apex pada vagina dan apex lainnya didekat rectum (Oxorn,2015). Pada robekan perineum derajat dua, setelah diberi anastesi local otot-otot difragma urogenetalis dihubungkan digaris tengah jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutup dengan mengikut sertakan jaringan- jaringan dibawahnya (Sumarah, 2015).

### 3) Robekan derajat ketiga

Robekan derajat ketiga meluas sampai corpus perineum, musculus transverses perineus dan spinter recti. Pada robekan partialis derajat ketiga yang robek hanyalah spinter recti; pada robekan yang total, spinter recti terpotong dan laserasi meluas hingga dinding anterior rectum dengan jarak yang bervariasi. Sebagaian penulis lebih senang menyebutkan keadaan ini sebagai robekan derajat keempat (Oxorn, 2015). Menjahit robekan perineum derajat tiga harus

dilakukan dengan teliti, mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit, kemudian fascia prarektal ditutup, dan muskulus sfingter ani eksternus yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat kedua. Untuk mendapatkan hasil yang baik pada robekan perineum total perlu diadakan penanganan pasca pembedahan yang sempurna (Sumarah, 2015).

#### 4) Robekan derajat keempat

Robekan yang terjadi dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rectum anterior (Sumarah, 2015). Semua robekan derajat ketiga dan keempat harus diperbaiki diruang bedah dengan anastesi regional atau umum secara adekuat untuk mencapai relaksasi sfingter. Ada argument yang baik bahwa robekan derajat ketiga dan keempat, khususnya jika rumit, hanya boleh diperbaiki oleh profesional berpengalaman seperti ahli bedah kolorektum, dan harus ditindak-lanjuti hingga 12 bulan setelah kelahiran. Beberapa unit maternitas memiliki akses ke perawatan spesialis kolorektal yang memiliki bagian penting untuk berperan (Mauree, 2015).

#### d. Etiologi Ruptur Perineum

##### 1) Faktor maternal terdiri dari (Oxorn, 2015)

###### a) Umur Ibu

Umur adalah jumlah hari, bulan, tahun yang telah dilalui sejak lahir sampai dengan waktu tertentu. Pada usia reproduktif (20-30 tahun) terjadi kesiapan respon maksimal baik dalam hal mempelajari sesuatu atau dalam menyesuaikan hal-hal tertentu dan setelah itu sedikit demi sedikit menurun seiring dengan bertambahnya umur. Selain itu pada usia reproduktif lebih terbuka terhadap orang lain dan biasanya mereka akan saling bertukar pengalaman tentang hal yang sama yang pernah mereka alami (Hurlock, 2012). Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Saifuddin, 2012).

Di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun insiden preeklampsia sedangkan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden hipertensi

kronis dan persalinan yang lama pada nulipara (Varney, 2015). Wanita melahirkan anak pada usia <20 tahun atau >35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan pasca persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia di bawah 20 tahun, fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna. Pada usia >35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan akan lebih besar (Siswosudarmo, 2014).

b) *Partus presipitatus*

*Partus presipitatus* merupakan partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam. His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat. His yang terlalu kuat atau juga disebut *hypertonic uterine contraction*. *Partus presipitatus* ditandai dengan adanya sifat his normal, tonus otot di luar his juga biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadinya perlukaan jalan lahir, khususnya *serviks uteri*, vagina dan perineum, sedangkan bahaya untuk bayi adalah mengalami perdarahan

dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat. Pada *partus presipitatus* keadaan diawasi dengan cermat, dan episiotomi dilakukan pada waktu yang tepat untuk menghindarkan terjadi *rupture perineum* tingkat ketiga (Saifuddin, 2012).

c) Mengejan terlalu kuat

Kekuatan kontraksi rahim dibantu tenaga ibu yang kuat pada waktu mengejan, akan mendorong kepala bayi berada pada dasar otot panggul (Musbikin, 2006). Kelahiran kepala bayi dilakukan diantara kontraksi, alasannya adalah bahwa kombinasi kontraksi dan upaya mendorong ibu memberikan kekuatan ganda pada saat melahirkan. Hal ini membuat kelahiran kepala lebih cepat dan melepaskan tekanan secara mendadak, yang keduanya meningkatkan risiko kerusakan *intrakranial* pada bayi dan laserasi pada jalan lahir. Bernafas pendek dan cepat selama kontraksi dan kemudian secara perlahan mendorong diantara kontraksi, yang akan mempermudah kepala bayi keluar dengan trauma minimal pada bayi dan pada wanita (Varney, 2015).

d) Edema dan kerapuhan pada perineum.

Pada proses persalinan jika terjadi oedem pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam



karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum (Manuaba, 2012).

e) Paritas

Daerah perineum bersifat elastis, tetapi dapat juga perineum yang kaku terutama pada nullipara yang baru mengalami kehamilan pertama (Primigravida) (Suririnah, 2014). Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grandemultipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat keletihan pada otot-otot uterus

Semakin tinggi paritas insiden *plasenta previa*, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2015). Paritas yang ideal adalah 2-3, dengan jarak persalinan 3-4 tahun. Bila gravida lebih dari 5 dan umur ibu lebih dari 35 tahun maka disebut grandemultigravida, yang memerlukan perhatian khusus (Siswosudarmo, 2014).

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik hidup maupun mati. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian robekan perineum. Pada ibu

dengan paritas satu atau ibu primipara memiliki resiko lebih besar untuk mengalami robekan perineum daripada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum belum meregang (Saifuddin, 2012). Seorang Primipara adalah seorang wanita yang telah pernah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir (Harry&William, 2012). Pada primipara perineum utuh dan elastis, sedang pada multipara tidak utuh, longgar dan lembek. Untuk menentukannya dilakukan dengan menggerakkan jari dalam vagina ke bawa dan samping vagina. Dengan cara ini dapat diketahui pula otot levator ani. Pada keadaan normal akan teraba elastis seperti kalau kita meraba tali pusat (Saifuddin, 2012). Pada saat akan melahirkan kepala janin perineum harus ditahan, bila tidak ditahan perineum akan robek terutama pada primigravida. Dianjurkan untuk melakukan episiotomi pada primigravida atau pada perineum yang kaku (Saifuddin, 2012). Dengan perineum yang masih utuh pada primi akan mudah terjadi robekan perineum (Mochtar, 2014).

Laserasi perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya

(Saifuddin, 2012). Robekan perineum dapat terjadi karena adanya ruptur spontan maupun episiotomi. Paritas ibu dapat mempengaruhi persalinan dan laserasi perineum. Paritas ibu dapat menimbulkan penyulit dalam persalinan yaitu partus macet karena panggul sempit dan perdarahan postpartum.

Paritas yang tinggi juga dapat menimbulkan penyulit dalam persalinan diantaranya adalah *plasenta previa*, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal meningkat. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grandemultipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama.

Pada seorang primipara atau orang yang baru pertama kali melahirkan ketika terjadi peristiwa "kepala keluar pintu". Pada saat ini seorang primipara biasanya tidak dapat tegangan yang kuat ini sehingga robek pada pinggir depannya. Luka-luka biasanya ringan tetapi kadang-kadang terjadi juga luka yang luas dan berbahaya. Sebagai akibat persalinan terutama pada seorang primipara, biasa timbul luka pada vulva di sekitar introitus vagina yang biasanya tidak dalam

akan tetapi kadang-kadang bisa timbul perdarahan banyak (Saifuddin, 2012).

f) Kesempitan panggul dan CPD (*Cepalo Pelvic Disproportional*)

Merupakan disproporsi antara ukuran janin dengan ukuran panggul, dimana bentuk panggul tidak cukup lebar untuk mengakomodasi keluarnya janin pada kelahiran pervaginam (Varney, 2015). Jika tidak ada disproporsi (ketidaksesuaian) antara pelvis dan janin normal serta letak anak tidak patologis, maka persalinan dapat ditunggu spontan. Apabila dipaksakan mungkin janin dapat lahir namun akan terjadi trauma persalinan salah satunya adalah laserasi perineum (Mochtar, 2014).

g) Jaringan parut pada perineum dan vagina

Pemeriksaan pada daerah perineum bertujuan untuk menemukan adanya jaringan parut akibat laserasi yang pernah terjadi sebelumnya atau bekas episiotomi, juga periksa adanya penipisan, *fistula*, massa, lesi, dan peradangan. Kadang-kadang setelah mengalami suatu persalinan traumatik disertai laserasi yang mengenai *sfincter* anus, otot belum benar-benar pulih (Bobak, dkk, 2005). Jaringan parut pada jalan lahir akan menghalangi atau menghambat kemajuan persalinan,

sehingga episiotomi pada kasus ini dapat dipertimbangkan (JNPK-KR, 2014).

#### h) Kelenturan Jalan Lahir

Perineum yang lunak dan elastis serta cukup lebar, umumnya tidak memberikan kesukaran dalam kelahiran kepala janin. Jika terjadi robekan hanya sampai ruptura perineum tingkat I atau II. Perineum yang kaku dan tidak elastis akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan risiko terhadap janin. Juga dapat menyebabkan robekan perineum yang luas sampai tingkat III. Hal ini sering ditemui pada primipara yaitu primigravida berumur diatas 35 tahun. Untuk mencegahnya dilakukan episiotomi.

Perineum yang sempit akan mudah terjadi robekan-robekan jalan lahir (Mochtar, 2014). Kelenturan jalan lahir merupakan perineum yang lunak dan elastis serta cukup lebar, umumnya tidak memberikan kesukaran dalam kelahiran kepala janin (Mochtar, 2014).

Alat genital perempuan mempunyai sifat yang lentur. Jalan lahir akan lentur pada perempuan yang rajin berolahraga atau rajin bersenggama. Olahraga renang dianjurkan karena dapat melenturkan jalan lahir dan otot-otot di sekitarnya. Jalan lahir yang lentur dapat melahirkan kepala bayi dengan lingkaran kepala >35 cm, padahal diameter awal vagina adalah 4 cm.

Kelenturan jalan lahir berkurang bila calon ibu yang kurang olahraga, atau genitalnya 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). Bayi yang mempunyai lingkaran kepala maksimal tidak akan dapat melewatinya (Sinsin, 2014).

- i) Persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi *forcep*, versi ekstraksi, dan embriotomi)

Persalinan dengan tindakan menggunakan *forcep* menambah peningkatan cedera perineum ibu, trauma yang paling besar dengan menggunakan *forcep* rotasional (Errol Norwitz&John Schorge, 2015). Persalinan dengan tindakan embriotomi harus mempertimbangkan keuntungan dan risiko komplikasi yang mungkin terjadi yaitu: perlukaan jalan lahir, cedera saluran kemih/cerna, *ruptura uteri*, *atonia uteri* dan infeksi (Saifuddin, 2012).

- 2) Faktor janin terdiri dari (Mochtar, 2014)

- a) Lingkaran kepala janin

Kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras dari pada bagian-bagian lain yang akan dilahirkan. Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala tersebut (Saifuddin, 2012). Kepala janin besar dan janin besar dapat menyebabkan

laserasi perineum. Kepala janin merupakan bagian yang terpenting dalam persalinan yang berpengaruh terhadap peregangan perineum pada saat kepala di dasar panggul dan membuka jalan lahir dengan diameter 5-6 cm akan terjadi penipisan perineum, sehingga pada perineum yang kaku dapat terjadi laserasi perineum (Manuaba, 1998). Pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melalui introitus vagina dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan (JNPK-KR, 2014).

b) Berat bayi lahir

Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang 24 jam pertama kelahiran. Semakin besar berat 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 yang besar. Hal ini terjadi karena semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko 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 perineum.

Kelebihan berat badan dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya ibu menderita Diabetes Melitus, ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi besar, faktor genetik, pengaruh kecukupan gizi. Berat bayi lahir normal adalah sekitar 2500 sampai 4000 gram (Saifuddin, 2012).

Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan kala II. Berat neonatus pada umumnya <4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram (Wiknjastro, 2007). Kriteria janin cukup bulan yang lama kandungannya 40 pekan mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750–3000 gram (Saifuddin, 2012). Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi berat badan janin. Oleh karena itu sebagian ukuran kepala digunakan Berat Badan (BB) janin. Kepala janin besar dan janin besar dapat menyebabkan laserasi perineum (Mochtar, 2013). Proses persalinan dengan berat badan janin yang besar dapat menimbulkan adanya kerusakan jaringan dan robekan jalan lahir karena



proses kelahiran merupakan kombinasi dari kompresi, kontraksi, torsi dan traksi (Amir, 2014).

c) Presentasi defleksi

Presentasi defleksi dibagi menjadi 3 yaitu defleksi ringan (presentasi puncak kepala), defleksi sedang (presentasi dahi), dan defleksi maksimal (presentasi muka). Pada sikap defleksi sedang, janin dengan ukuran normal tidak mungkin dapat dilahirkan secara pervaginam (Risanto, 2014). Pada awal persalinan, defleksi ringan yang terjadi. Akan tetapi, dengan turunnya kepala, defleksi bertambah hingga dagu menjadi bagian yang terendah. Hal ini disebabkan jarak dari *foramen magnum* ke belakang kepala lebih besar dari pada jarak dari *foramen magnum* ke dagu. Diameter submento-bregmatika (9 1/2 cm) melalui jalan lahir. Karena dagu merupakan bagian yang terendah, dagulah yang paling dulu mengalami rintangan dari otot-otot dasar panggul hingga memutar ke depan ke arah simfisis (Martaadisoebrata, dkk, 2015).

Putaran paksi luar terjadi di dasar panggul. Dalam vulva, mulut tampak lebih dahulu. Kepala lahir dengan gerakan fleksi dan tulang lidah (*hiloid*) menjadi *hipomoklion*, berturut-turut lahirlah hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar, dan akhirnya tulang belakang kepala. Kaput suksedaneum

terbentuk di daerah mulut hingga muka anak moncong (Martaadisoebrata, dkk, 2015).

Presentasi muka dapat lahir spontan bila dagu di depan. Pada umumnya, partus lebih lama, yang menyebabkan angka kematian janin. Kemungkinan *ruptura perineum* lebih besar. Pada letak dahi presentasi yang paling buruk diantara letak kepala. Pada letak dahi yang bersifat sementara, anak dapat lahir spontan sebagai letak belakang kepala atau letak muka. Jika letak dahi menetap, prognosis buruk, kecuali jika anak kecil. Persalinan pada letak dahi sebaiknya dengan *seksio sesarea*, mengingat bahaya-bahaya untuk ibu dan anak (Martaadisoebrata, dkk, 2015).

d) Letak sungsang dengan *after coming head*

Apabila terjadi kesukaran melahirkan kepala janin dengan cara *mauriceau*, dapat digunakan cunam piper. Ekstraksi cunam adalah tindakan obstetrik yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluaran dengan jalan menarik bagian terbawah janin (kepala) dengan alat cunam. Komplikasi dapat timbul pada janin dan ibu, komplikasi pada janin adalah hematoma pada kepala, perdarahan dalam tengkorak (*intracranial hemorrhage*), *fraktur cranium*, luka-luka lecet pada kepala. Sedangkan komplikasi yang terjadi pada ibu adalah *rupture uteri*, robekan pada *portio uteri*, vagina dan

*peritoneum*, syok serta perdarahan postpartum (Saifuddin, 2012).

e) Distosia bahu

Distosia bahu merupakan penyulit yang berat karena sering kali baru diketahui saat kepala sudah lahir dan tali pusat sudah terjepit antara panggul dan badan anak. Angka kejadian pada bayi dengan berat badan >2500 gram adalah 0,15%, sedangkan pada bayi dengan berat badan >4000 gram 1,7%. Distosia bahu umumnya terjadi pada makrosomia, yakni suatu keadaan yang ditandai oleh ukuran badan bayi yang relatif lebih besar dari ukuran kepalanya bukan semata-mata berat badan lebih >4000 gram. Kemungkinan makrosomia perlu dipikirkan bila dalam kehamilan terdapat penyulit-penyulit obesitas, *diabetes melitus*, kehamilan lewat waktu, atau bila dalam persalinan pemanjangan kala II. Distosia bahu juga dapat terjadi pada bayi *anensefalus* yang disertai kehamilan serotinus (Martaadisoebrata, dkk, 2015).

Mengingat prognosis bagi janin sangat buruk bila terjadi distosia bahu, dianjurkan untuk melakukan *seksio sesarea* bila ditemukan keadaan tersebut. Angka morbiditas dan mortalitas pada anak yang cukup tinggi dapat terjadi *fraktura humeri, klavikula*, serta kematian janin. Bagi ibu,

penyulit yang sering menyertai adalah perdarahan pasca persalinan sebagai akibat *atonia uteri* dan robekan pada jalan lahir (Martaadisoebrata, dkk, 2015).

f) Kelainan kongenital seperti hidrosefalus

*Hidrocefalus* ialah keadaan dimana terjadi penimbunan cairan *serebrospinalis* dalam *ventrikel* otak, sehingga kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Bayi yang mempunyai lingkaran kepala yang besar seperti *hidrocefalus* dapat menimbulkan penyulit dalam persalinan. Bagaimanapun letaknya, *hidrocefalus* akan menyebabkan *disproporsi sefalopelvic* dengan segala akibatnya (Saifuddin, 2012). Persalinan pada wanita dengan janin *hidrocefalus* perlu dilakukan pengawasan yang seksama, karena bahaya terjadinya *ruptur uteri* selalu mengancam.

3) Faktor Keterampilan penolong persalinan terdiri dari (JNPK-KR, 2014)

a) Cara berkomunikasi dengan ibu

Jalin kerjasama dengan ibu dan dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5-6 cm tengah membuka vulva (*crowning*) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala

saat melewati *introitus* dan perineum dapat mengurangi kemungkinan robekan (JNPK-KR, 2014).

b) Cara memimpin mengejan dan dorongan pada *fundus uteri*

Setelah terjadi pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas, anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi. Beritahukan pada ibu bahwa hanya dorongan alamiahnya yang mengisyaratkan dia untuk meneran dan kemudian beristirahat diantara kontraksi. Penolong persalinan hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar (JNPK-KR, 2014).

Kadang-kadang mengejan spontan pada wanita tidak terfokus, sehingga kemajuan hanya terjadi sedikit mengejan dengan mata terpejam kuat-kuat dan atau berteriak terus-menerus dan tidak ada kemajuan yang tampak setelah 20 atau 30 menit. Anjurkan ibu untuk mengubah posisi pada kala II, hal ini membantu ibu untuk fokus dan mengejan lebih efektif. Bantulah ibu untuk membuka mata dan mengarahkan pandangannya pada vagina dan berfikir menekan bayi keluar. Tindakan- tindakan ini akan menghasilkan kemajuan tanpa terjadi gawat janin dan robekan pada perineum (Penny dkk, 2015). Sebagian besar daya dorong

untuk melahirkan bayi, dihasilkan dari kontraksi uterus. Meneran hanya menambah daya kontraksi untuk mengeluarkan bayi. Pada saat persalinan hal yang tidak boleh dilakukan adalah menyuruh ibu meneran pada saat kepala telah lahir sampai *subocciput* dan melakukan dorongan pada *fundus uteri* karena kedua hal tersebut dapat meningkatkan risiko laserasi perineum, distosia bahu dan *ruptur uteri* (JNPK-KR, 2014).

Ibu dipimpin mengejan saat ada his atau kontraksi rahim, dan istirahat bila tidak ada his. Setelah *subocciput* di bawah simfisis, ibu dianjurkan untuk berhenti mengejan karena lahirnya kepala harus pelan-pelan agar perineum tidak robek. Pimpinan mengejan pada ibu bersalin yang tidak sesuai dengan munculnya his dan lahirnya kepala dapat mengakibatkan laserasi perineum hingga derajat III dan IV (JNPK-KR, 2014).

c) Anjuran posisi meneran

Sebagai penolong persalinan harus membantu ibu untuk memilih posisi yang paling nyaman. Posisi meneran yang dianjurkan pada saat proses persalinan diantaranya adalah posisi duduk, setengah duduk, jongkok, berdiri, merangkak, dan berbaring miring ke kiri. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu

kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi *utero-plasenter* tetap baik.

Keuntungan posisi duduk dan setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi, dan gaya gravitasi mempercepat penurunan bagian terbawah janin sehingga berperan dalam kemajuan persalinan, sedangkan untuk posisi jongkok dan berdiri membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri.

Beberapa ibu merasa bahwa merangkak atau berbaring miring ke kiri membuat mereka lebih nyaman dan efektif untuk meneran. Kedua posisi tersebut juga akan membantu perbaikan posisi *occiput* yang melintang untuk berputar menjadi posisi *occiput* anterior. Posisi merangkak dapat membantu ibu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ibu kelelahan dan juga dapat mengurangi risiko terjadinya laserasi perineum (JNPK-KR, 2014).

d) Ketrampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala

Saat kepala membuka vulva (5-6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih di atas

perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain pada belakang kepala bayi.

Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum. Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (JNPK-KR, 2014).

e) Episiotomi

Episiotomi adalah bedah yang dibuat di perineum untuk memudahkan proses kelahiran (Errol Norwitz & John Schorge, 2015). Perineum harus dievaluasi sebelum waktu kelahiran untuk mengetahui panjangnya, ketebalan, dan distensibilitasnya. Evaluasi ini membantu menentukan apakah episiotomi dilakukan atau tidak. Perineum yang sangat tebal dan kaku serta resisten terhadap distensi, sehingga memerlukan episiotomi. Indikasi utama episiotomi adalah gawat janin. Episiotomi yang cepat sebelum saat *crowning* mungkin dilakukan dan dapat mencegah robekan yang tidak beraturan (Varney, 2015).



Salah satu cara untuk mengurangi robekan pada vagina dan perineum yang tidak beraturan dan lebar adalah dengan cara melakukan episiotomi. Episiotomi dapat membuat luka atau robekan yang beraturan dan sejajar, sehingga luka mudah untuk dijahit (JNPK-KR, 2014). Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan (JNPK-KR, 2014):

- 1) Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan
- 2) Penyulit kelahiran pervaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam.
- 3) Janin prematur untuk melindungi kepala janin dari perineum yang ketat
- 4) Jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

Episiotomi dapat dilakukan dengan berbagai cara, macam-macam episiotomi adalah (Errol Norwitz & John Schorge, 2015):

- 1) Episiotomi pada garis tengah (*midline episiotomy*), yaitu insisi garis tengah. *Vertical* dari *forcet posterior* hingga ke rektum. Episiotomi pada garis tengah sangat efektif untuk mempercepat proses persalinan, namun berhubungan dengan meningkatnya trauma perineum yang

melibatkan *sfincter ani eksternal* (dengan perluasan derajat 3 dan 4).

- 2) Episiotomi mediolateral adalah pengirisan pada posisi 45° terhadap forset posterior pada satu sisi. Insisi semacam ini tampaknya dapat mencegah terjadinya trauma perineum yang parah, tetapi juga terjadi kehilangan darah, infeksi luka, dan nyeri pasca persalinan.

e. Tanda – Tanda dan Gejala *Ruptur Perineum*

Bila perdarahan masih berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun adanya sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir (Nungroho, 2012). 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 Khas Robekan Jalan Lahir

- 1) Kontraksi uterus kuat, keras dan mengecil.
- 2) Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir, perdarahan ini terus menerus setelah massase 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 akibat yang fatal seperti terjadinya 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 (Taufan, 2012).

g. Pencegahan Terjadinya ruptur Perineum

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat bayi dilahirkan, terutama saat kelahiran kepala dan bahu. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Janin bekerjasama dengan ibu selama persalinan dan gunakan manufer tangan yang tepat untuk mengendalikan kelahiran bayi serta membantu mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama ini dibutuhkan terutama saat kepala bayi dengan diameter 5-6 cm telah membuka vulva (*crowning*).

Kelahiran kepala yang terkendali dan perlahan memberikan waktu pada jaringan vagina dan perineum untuk melakukan penyesuaian dan akan mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Saat kepala mendorong vulva dengan diameter 5-6 cm bimbing ibu untuk meneran dan berhenti untuk beristirahat atau bernapas dengan cepat.

#### h. Mempersiapkan Penjahitan

- 1) Bantu ibu mengambil posisi litotomi sehingga bokongnya berada di tepi tempat tidur meja.
- 2) Tempatkan handuk atau kain bersih di bawah bokong ibu.
- 3) Jika mungkin, tempatkan lampu sedemikian rupa sehingga perineum dapat dilihat jelas.
- 4) Gunakan teknik aseptik pada saat memeriksa robekan atau episiotomi, memberikan anastesi lokal dan menjahit luka.
- 5) Cuci tangan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir.
- 6) Pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau yang steril.
- 7) Dengan menggunakan aseptik, persiapkan peralatan dan bahan–bahan disinfeksi tingkat tinggi untuk penjahitan.
- 8) Duduk dengan posisi santai dan nyaman sehingga luka bisa dengan mudah dilihat dan panjahitan tanpa kesulitan.
- 9) Gunakan kain/kasa disinfeksi tingkat tinggi atau bersih untuk menyeka vulva, vagina dan perineum ibu dengan lembut, bersihkan darah atau bekuan darah yang ada sambil menilai dalam luasnya luka.
- 10) Periksa vagina, servik dan perineum secara lengkap, pastikan bahwa laserasi/ sayatan perineum hanya merupakan derajat satu atau lebih jauh untuk memeriksa bahwa tidak terjadi robekan derajat tiga atau empat. Masukkan jari yang

bersarung tangan ke dalam anus dengan hati –hati dan angkat jari tersebut perlahan–lahan untuk mengidentifikasi sfinter ani. Raba tonus atau ketegangan sfinger. Jika sfingter terluka, ibu mengalami laserasi derajat tiga atau empat dan harus segera dirujuk. Ibu juga dirujuk jika mengalami laserasi serviks.

- 11) Ganti sarung tangan sengan sarungtangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril yang baru setelah melakukan pemeriksaan rektum.
- 12) Berikan anastesi lokal.
- 13) Siapkan jarum (pilih jarum yang batangnya bulat, tidak pipih) dan benang.
- 14) Gunakan benang kronik 2-0 atau 3-0. Benang kromik bersifat lentur, kuat, tahan lama dan paling sedikit menimbulkan reaksi jaringan. Tempatkan jarum pada pemegang jarum dengan sudut 90 derajat, jepit dan jepit jarum tersebut (APN 2012).

i. Penanganan Ruptur perineum

Menurut Nugroho (2012) ada beberapa langka untuk menangani ruptur perineum.

- 1) Sebelum merepair luka episiotomi laserasi, jalan lahir harus diekpose/ ditampilkan dengan jelas, bila diperlukan dapat menggunakan bantuan speculum sims.

- 2) Identifikasi apakah terdapat laserasi serviks, jika harus direpair terlebih dahulu.
- 3) Masukkan tampon atau kassa kepuncak vagina untuk menahan perdarahan dari dalam uterus untuk sementara sehingga luka episiotomi tampak jelas.
- 4) Masukkan jari ke II dan III dalam vagina dan regangkan untuk dinding vagina untuk mengekspose batas atas (ujung) luka.
- 5) Jahitan dimulai 1 cm prosimal puncak luka, luka dinding vagina dijahit kearah distal hingga batas commissura posterior.
- 6) Rekontruksi diapgrama urogenital (otot perineum) dengan cromatic catgut 2-0.
- 7) Jahitan diteruskan dengan penjahitan perineum.

Menurut Oxorn (2010) ada beberapa langkah menangani ruptur perineum

- 1) Robekan derajat pertama

Robekan ini kecil dan diperbaiki sesederhana mungkin. Tujuannya adalah merapatkan kembali jaringan yang terpotong dan menghasilkan hemostatis. Pada rata-rata kasus beberapa jahitan terputus lewat mukosa vagina, fourchette dan kulit perineum sudah memadai. Jika perdarahannya banyak dapat digunakan jahitan angka-8, jahitan karena jahitan ini kurang menimbulkan tegangan dan lebih menyenangkan bagi pasiennya.

2) Robekan derajat kedua lapis demi lapis:

a) Jahitan terputus, menerus ataupun jahitan simpul digunakan untuk merapatkan tepi mukosa vagina dan submukosanya; b) Otot-otot yang dalam corpus perineum dijahit menjadi satu dengan terputus; c) Jahitan subcutis bersambung atau jahitan terputus, yang disimpulkan secara longgar menyatukan kedua tepi kulit.

3) Robekan derajat ketiga yang total diperbaiki lapis demi lapis:

a) Dinding anterior rectum diperbaiki dengan jahitan memakai chromic catgut halus 000 atau 0000 yang menyatu dengan jarum. Mulai pada apex, jahitan terputus dilakukan pada submukosa sehingga tunica serosa, musculus dan submukosa rectum tertutup rapat.

b) Garis perbaiki ulang dengan merapatkan fascia perirectal dan fascia septum rectovaginalis. Digunakan jahitan menerus atau jahitan terputus.

c) Pinggir robekan spincter recti (yang telah mengerut) diidentifikasi dijepit dengan forceps allis dan dirapatkan dengan jahitan terputus atau jahitan berbentuk angka- 8 sebanyak dua buah.

d) Mukosa vagina kemudian diperbaiki seperti pada episotomi garis tengah, dengan jahitan menerus atau terputus.

- e) Musculusperineus dijahit menjadi satu dengan jahitan terputus.
- f) Kedua tepi kulit dijahit menjadi satu dengan jahitan subculus menerus atau jahitan terputus yang disimpulkan secara longgar.

Perbaikan pada robekan partial. Perbaikan pada robekan partial derajat ketiga serupa dengan perbaikan pada robekan total, kecuali dinding rectum masih utuh dan perbaikan dimulai dengan menerapkan kembali kedua ujung sphinter recti terobek (Oxorn, 2015).

j. Pengobatan Robekan Jalan Lahir

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah dengan memberikan uterotonika setelah lahirnya plasenta, obat ini tidak boleh diberikan sebelum bayi lahir. Manfaat dari pemberian obat ini adalah untuk mengurangi terjadinya perdarahan pada kala III dan mempercepat lahirnya plasenta. Perawatan luka perineum pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan vulva. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah: a) Mencegah kontaminasi dengan rectum; b) Menangani dengan lembut jaringan luka; c) Membersihkan darah yang menjadi sumber infeksi dan bau (Saifuddin, 2001).



#### k. Komplikasi

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

##### 1) Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan penataksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai tonus otot (Kemenkes, 2014).

##### 2) Fistula

Fistula dapat terjadi tanda diketahui penyebabnya karena perlukaan pada vagina menembus kandung kencing atau rectum. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui vagina. Fistula dapat menekan kandung kencing atau rektum yang lama antara janin dan panggul, sehingga terjadi iskemia (Kemenkes, 2014).

##### 3) Hematoma

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

dibagian pelvis bisa terjadi dalam vulva perineum dan fosa iskiorektalis. Biasanya karena trauma perineum tetapi bisa juga dengan varikosis vulva yang timbul bersamaan dengan gejala peningkatan nyeri. Kesalahan yang menyebabkan diagnosis tidak diketahui dan memungkinkan banyak darah yang hilang. Dalam waktu yang singkat, adanya pembengkakan biru yang tegang pada salah satu sisi introitus di daerah ruptur perineum (Martius, 2015).

#### 4) Infeksi

Infeksi pada masanifas adalah peradangan di sekitar alat genitalia pada kala nifas. Robekan jalan lahir selalu menyebabkan perdarahan yang berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (ruptur uteri). Penanganan yang dapat dilakukan dalam hal ini adalah dengan melakukan evaluasi terhadap sumber dan jumlah perdarahan. Jenis robekan perineum adalah mulai dari tingkatan ringan sampai dengan robekan yang terjadi pada seluruh perineum yaitu mulai dari derajat satu sampai dengan derajat empat. Ruptur perineum dapat diketahui dari tanda dan gejala yang muncul serta penyebab terjadinya. Dengan diketahuinya tanda dan gejala terjadinya rupture perineum, maka tindakan dan penanganan selanjutnya dapat dilakukan. Kaitan yang ditemukan dalam penulisan ini adalah penyebab terjadinya

ruptur perineum, hal-hal yang dapat dilakukan serta tanda dan gejala yang terlihat serta upaya lanjutan yang berkaitan dengan penangannya.

## 2. Keterampilan Penolong Persalinan

### a. Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari ibu (JNPK-KR, 2014). Penolong persalinan merupakan salah satu bagian dari pelayanan *antenatal care*. Manuaba (2012) menyatakan bahwa peningkatan pelayanan antenatal, penerimaan gerakan keluarga berenana, melaksanakan persalinan bersih dan aman dan meningkatkan pelayanan obstetric esensial dan darurat yang merupakan pelayanan kesehatan primer. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai ketrampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih (Saifuddin, 2012).

### b. Penolong Persalinan

Pelayanan pertolongan persalinan adalah suatu bentuk pelayanan terhadap persalinan ibu melahirkan yang dilakukan oleh penolong persalinan baik oleh tenaga kesehatan seperti dokter dan bidan atau non tenaga kesehatan seperti dukun. Jenis-jenis penolong persalinan adalah

## 1. Dukun

Pengertian dukun biasanya seorang wanita sudah berumur  $\pm$  40 tahun ke atas, pekerjaan ini turun temurun dalam keluarga atau karena ia merasa mendapat panggilan tugas ini (Saifuddin, 2012). Jenis dukun terbagi menjadi dua, yaitu : dukun terlatih dan dukun tidak terlatih. Penolong persalinan oleh dukun mengenai pengetahuan tentang fisiologis dan patologis dalam kehamilan, persalinan, serta nifas sangat terbatas oleh karena atau apabila timbul komplikasi ia tidak mampu untuk mengatasinya, bahkan tidak menyadari akibatnya, dukun tersebut menolong hanya berdasarkan pengalaman dan kurang profesional. Berbagai kasus sering menimpa seorang ibu atau bayi sampai pada kematian ibu dan anak (Saifuddin, 2012).

Seperti diketahui, dukun bayi adalah merupakan sosok yang sangat dipercayai di kalangan masyarakat. Dukun memberikan pelayanan khususnya bagi ibu hamil sampai dengan nifas secara sabar. Apabila pelayanan selesai mereka lakukan, sangat diakui oleh masyarakat bahwa mereka memiliki tarif pelayanan yang jauh lebih murah dibandingkan dengan bidan. Umumnya masyarakat merasa nyaman dan tenang bila persalinannya ditolong oleh dukun atau lebih dikenal dengan bidan kampung, akan tetapi ilmu kebidanan yang dimiliki dukun

tersebut sangat terbatas karena didapatkan secara turun temurun (tidak berkembang) (Meilani dkk, 2012). Dalam usaha meningkatkan pelayanan kebidanan dan kesehatan anak maka tenaga kesehatan seperti bidan mengajak dukun untuk melakukan pelatihan dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan dalam menolong persalinan, selain itu dapat juga mengenal tanda-tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan, selain itu dapat juga mengenal tanda-tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan dan segera minta pertolongan pada bidan. Dukun yang ada harus ditingkatkan kemampuannya, tetapi kita tidak dapat bekerjasama dengan dukun dalam mengurangi angka kematian dan angka kesakitan (Saifuddin, 2012).

## 2. Bidan

Definisi bidan menurut Keputusan Menteri Kesehatan 2007 adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan. Bidan adalah seorang tenaga kesehatan yang mempunyai tugas penting dalam bimbingan dan penyuluhan kepada ibu hamil, persalinan nifas dan menolong persalinan dengan tanggung jawabnya sendiri, serta

memberikan asuhan kepada bayi baru lahir (prenatal care) (Saifuddin, 2012). Asuhan ini termasuk tindakan pencegahan deteksi kondisi abnormal ibu dan anak, usaha mendapatkan bantuan medic dan melaksanakan tindakan kedaruratan dimana tidak ada tenaga bantuan medic. Dia mempunyai tugas penting dalam pendidikan dan konseling, tidak hanya untuk klien tetapi juga untuk keluarga dan masyarakat (Notoatmodjo, 2012). Pada saat ini, ada dua jenis bidan, yaitu mereka yang mendapat pendidikan khusus selama tiga tahun dan perawat yang kemudian dididik selama satu tahun mengenai kebidanan dan disebut sebagai perawat bidan (Saifuddin, 2012). Salah satu tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah BPS (Bidan Praktek Swasta).

Menurut Meilani dkk (2012) BPS adalah satu wahana pelaksanaan praktik seorang bidan di masyarakat. Praktik pelayanan bidan perorangan (swasta), merupakan penyediaan pelayanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Setelah bidan melaksanakan pelayanan di lapangan, untuk menjaga kualitas dan keamanan dari layanan bidan, dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan kewenangannya. Penyebaran dan pendistribusian badan yang melaksanakan praktik perlu pengaturan agar dapat

pemerataan akses pelayanan yang sedekat mungkin dengan masyarakat yang membutuhkannya.

Tarif dari pelayanan bidan praktik akan lebih baik apabila ada pengaturan yang jelas dan transparans, sehingga masyarakat tidak ragu untuk datang ke pelayanan Bidan Praktik Perorangan (swasta). Layanan kebidanan dimaksudkan untuk sebisa mungkin mengurangi intervensi medis. Bidan memberikan pelayanan yang dibutuhkan wanita hamil yang sehat sebelum melahirkan. Cara kerja mereka yang ideal adalah bekerjasama dengan setiap wanita dan keluarganya untuk mengidentifikasi kebutuhan fisik, social dan emosional yang unik dari wanita yang melahirkan. Layanan kebidanan terkait dengan usaha untuk meminimalisir episiotomy, penggunaan forcep, epidural dan operasi sesar (Gaskin, 2013)

### 3. Dokter Spesialis Kandungan

Dokter spesialis kandungan adalah dokter yang mengambil spesialis kandungan. Pendidikan yang mereka jalani difokuskan untuk mendeteksi dan menangani penyakit yang terkait dengan kehamilan, terkadang yang terkait dengan proses melahirkan. Seperti halnya dokter ahli bedah (Gaskin, 2013). Dokter spesialis kandungan dilatih untuk mendeteksi patologi. Ketika mereka mendeteksinya, seperti mereka yang sudah pelajari, mereka akan memfokuskan tugasnya untuk

melakukan intervensi medis.

Dokter spesialis kandungan menangani wanita hamil yang sehat, demikian juga wanita hamil yang sakit dan beresiko tinggi. Ketika mereka menangani wanita hamil yang sehat, mereka sering melakukan intervensi medis yang seharusnya hanya dilakukan pada wanita hamil yang sakit atau dalam keadaan kritis. Disebagian besar negara dunia, tugas dokter kandungan adalah untuk menangani wanita hamil yang sakit atau dalam keadaan kritis (Gaskin, 2013).

Baik dokter spesialis kandungan maupun bidan bekerja lebih higienis dengan ruang lingkup hampir mencakup seluruh golongan masyarakat. Umumnya, mereka hanya dapat mengulangi kasus-kasus fisiologis saja, walaupun dokter spesialis secara teoritis telah dipersiapkan untuk menghadapi kasus patologis. Jika mereka sanggup, harus segera merujuk selama pasien masih dalam keadaan cukup baik (Saifuddin, 2012).

Walaupun dapat menanggulangi semua kasus, tetapi hanya sebagian kecil saja masyarakat yang dapat menikmatinya. Hal ini disebabkan karena biaya yang terlalu mahal, jumlah yang terlalu sedikit dan penyebaran yang tidak merata. Dilihat dari segi pelayanan, tenaga ahli ini sangat terbatas kegunaannya. Namun, sebetulnya mereka dapat



memperluas fungsinya dengan bertindak sebagai konseptor program obstetri yang pelaksanaannya dapat dilakukan oleh dokter spesialis atau bidan (Saifuddin, 2012).

c. Keterampilan Penolong Persalinan

Keterampilan penolong persalinan dalam hal ini bidan dinilai ketika bidan memberikan pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal.

Asuhan persalinan normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan yaitu mulai dari kala satu sampai dengan kala empat dan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi serta *asfiksia* pada bayi baru lahir (JNPK-KR, 2014). Tahun 2000 ditetapkan langkah-langkah APN yaitu 60 langkah, tahun 2001 langkah APN ditambah dengan tindakan resusitasi. Tahun 2004 APN ditambah dengan inisiasi menyusui dini (IMD), pengambilan keputusan klinik (PKK), pemberian tetes mata profilaksis, pemberian vitamin K1 dan imunisasi HBo. Langkah APN pada tahun 2007 tidak mengalami perubahan, namun pada tahun 2008 langkah APN dilakukan perubahan dari 60 langkah menjadi 58 langkah (JNPK-KR, 2014).

Menurut JNPK-KR (2014), asuhan persalinan normal memiliki tujuan yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta dengan intervensi yang

minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan tetap terjaga pada tingkat yang optimal. Rohani, dkk. (2011) menyatakan bahwa tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama proses persalinan berlangsung, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Menurut Astuti (2012), dalam asuhan persalinan normal mengalami pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya dan menangani komplikasi, menjadi pencegahan komplikasi. Beberapa contoh yang menunjukkan adanya pergeseran paradigma tersebut adalah:

1. Mencegah perdarahan pascapersalinan yang disebabkan oleh atonia uteri (tidak adanya kontraksi uterus)
  - a. Pencegahan perdarahan pascapersalinan dilakukan pada tahap paling dini
  - b. Setiap pertolongan persalinan harus menerapkan upaya pencegahan perdarahan pascapersalinan diantaranya: manipulasi minimal proses persalinan, penatalaksanaan aktif kala III dan pengamatan dengan seksama terhadap kontraksi uterus pascapersalinan.
  - c. Upaya rujukan obstetrik dimulai dari pengenalan dini terhadap persalinan patologis dan dilakukan saat ibu masih dalam kondisi yang optimal.

2. Laserasi (robekan jalan lahir)/ Episiotomi (tindakan memperlebar jalan lahir dengan menggunting perineum)
  - a. Dengan paradigma pencegahan, episiotomi tidak lagi dilakukan secara rutin.
  - b. Dilakukan perasat khusus yaitu penolong persalinan akan mengatur *ekspulsi* kepala, bahu dan seluruh tubuh bayi untuk mencegah laserasi atau hanya terjadi robekan minimal pada perineum.
3. Retensio Plasenta (tidak lepasnya plasenta setelah 30 menit bayi lahir)

Penatalaksanaan aktif kala tiga dilakukan untuk mencegah perdarahan, mempercepat proses pelepasan plasenta dan melahirkan plasenta, dengan pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir dan melakukan penegangan tali pusat terkendali.
4. Partus Lama (persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida atau lebih dari 18 jam pada multigravida).
  - a. Asuhan persalinan normal untuk mencegah partus lama dengan mengandalkan partograf untuk memantau kondisi ibu dan janin serta kemajuan proses persalinan
  - b. Dukungan suami atau kerabat diharapkan dapat memberikan rasa tenang dan aman selama proses persalinan berlangsung.
  - c. Pendampingan diharapkan dapat mendukung kelancaran proses persalinan, menjalin kebersamaan, berbagi tanggung

jawab antara penolong dan keluarga klien.

#### 5. Asfiksia Bayi Baru Lahir

Pencegahan Asfiksia pada BBL dilakukan melalui upaya pengenalan penanganan sedini mungkin misalnya:

- a. Memantau secara baik dan teratur denyut jantung janin selama proses persalinan.
- b. Mengatur posisi tubuh untuk memberi rasa nyaman bagi ibu dan mencegah gangguan sirkulasi utero plasenta terhadap bayi.
- c. Teknik meneran dan bernafas yang menguntungkan bagi ibu dan bayi. Bila terjadi asfiksia maka dilakukan:
  - 1) Menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat
  - 2) Menempatkan bayi dalam posisi yang tepat
  - 3) Penghisapan lendir secara benar
  - 4) Memberikan rangsangan taktil dan melakukan pernafasan buatan (bila perlu)

Kajian kinerja petugas pelaksana pertolongan persalinan di jenjang pelayanan dasar yang dilakukan oleh Depkes RI bekerjasama dengan POGI (Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia), IBI, JNPK-KR dengan bantuan teknis dari JHPIEGO dan PRIME menunjukkan adanya kesenjangan kinerja yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan bagi ibu hamil dan bersalin. Temuan ini berlanjut menjadi kerjasama untuk merancang pelatihan klinik yang diharapkan mampu untuk memperbaiki kinerja penolong persalinan. Dalam meningkatkan kemampuan pelaksanaan asuhan

persalinan normal bidan terlebih dahulu diharapkan memiliki pengetahuan dan juga sikap yang baik (JNPK-KR, 2014).

Menurut APN (JNPK-KR 2013), tindakan pencegahan komplikasi yang dilakukan selama proses persalinana adalah:

- a. Secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai bagi proses persalinan, kebutuhan bayi dan proses dekontaminasi serta sterilisasi peralatan bekas pakai.
- b. Memberikan asuhan yang diperlukan, memantau kemajuan dan menolong persalinan serta kelahiran bayi. Menggunakan partograf untuk membuat keputusan klinik, sebagai upaya pengenalan adanya gangguan proses persalinan atau komplikasi dini agar dapat memberikan tindakan paling tepat dan memadai.
- c. Memberikan asuhan sayang ibu di setiap tahapan persalinan, kelahiran bayi dan masa nifas, termasuk memberikan penjelasan bagi ibu dan keluarga tentang proses persalinan dan kelahiran bayi serta menganjurkan suami atau anggota keluarga untuk berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi.
- d. Merencanakan persiapan dan melakukan rujukan tepat waktu dan optimal bagi ibu di setiap tahapan persalinan dan tahapan baru bagi bayi baru lahir.
- e. Menghindar berbagai tindakan yang tidak perlu dan atau berbahaya seperti misalnya kateterisasi urin atau episiotomi secara rutin, amniotomi

sebelum terjadi pembukaan lengkap, meminta ibu untuk meneran secara terus-menerus, penghisapan lendir secara rutin pada bayi baru lahir.

- f. Melaksanakan penatalaksanaan aktif kala tiga untuk mencegah perdarahan pasca persalinan.
- g. Memberikan asuhan segera pada bayi baru lahir termasuk mengeringkan dan menghangatkan bayi, pemberian ASI sedini mungkin dan eksklusif, mengenali tanda-tanda komplikasi dan mengambil tindakan-tindakan yang sesuai untuk menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.
- h. Memberikan asuhan dan pemantauan pada masa awal nifas untuk memastikan kesehatan, keamanan dan kenyamanan ibu dan bayi baru lahir, mengenali secara dini gejala dan tanda bahaya komplikasi pasca persalinan/bayi baru lahir dan mengambil tindakan yang sesuai .
- i. Mengajarkan pada ibu dan keluarganya untuk mengenali gejala dan tanda bahaya pada masa nifas pada ibu dan bayi baru lahir.
- j. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

Tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah (JNPK-KR 2014) adalah

KEGIATAN	
I. MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA	
1.	Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua. <ul style="list-style-type: none"> <li><math>\frac{3}{4}</math> Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.</li> <li><math>\frac{3}{4}</math> Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.</li> <li><math>\frac{3}{4}</math> Perineum menonjol.</li> <li><math>\frac{3}{4}</math> Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.</li> </ul>

<b>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</b>
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
<b>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK</b>
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.</li> </ul>
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

KEGIATAN
<p>10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal ( 100 – 180 kali / menit ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>• Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.</li> </ul>
<b>IV. MENYIAPKAN IBU &amp; KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.</b>
<p>11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.</li> <li>• Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.</li> </ul>
<p>12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).</p>
<p>13. Melakukan pimpinan meneran <b>saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran</li> <li>▪ Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.</li> <li>▪ Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).</li> <li>▪ Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>▪ Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.</li> <li>▪ Menganjurkan asupan cairan per oral.</li> <li>▪ Menilai DJJ setiap lima menit.</li> <li>▪ Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.</li> </ul>



<p><b>Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, mengajarkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>▪ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.</li> </ul> </li> </ul>
<b>V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.</b>
14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
<b>KEGIATAN</b>
<b>VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI</b>
<b>Lahirnya kelapa</b>
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Mengajarkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.</li> </ul>
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</li> <li>• Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</li> </ul>

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
<b>Lahir bahu</b>
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
<b>Lahir badan dan tungkai</b>
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
<b>VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR</b>
25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
<b>KEGIATAN</b>
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
29. Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

<b>VIII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR</b>	
<b>Oksitosin</b>	
31.	Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32.	Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
<b>Penegangan tali pusat terkendali</b>	
34.	Memindahkan klem pada tali pusat
35.	Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.</li> </ul>
<b>Mengeluarkan plasenta.</b>	
37.	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.</li> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.</li> <li>• Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.</li> <li>• Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.</li> <li>• Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.</li> <li>• Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.</li> </ul> </li> </ul>

KEGIATAN
<p>38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkanselaput ketuban tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.</li> </ul>
<b>Pemijatan Uterus</b>
<p>39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).</p>
<b>VIII. MENILAI PERDARAHAN</b>
<p>40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selam 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.</li> </ul>
<p>41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.</p>
<b>IX. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN</b>
<p>42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.</p>
<p>43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.</p>
<p>44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.</p>
<p>45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.</p>
<p>46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan</p>

47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
<b>KEGIATAN</b>
<b>EVALUASI</b>
<p>49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.</li> <li>• Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.</li> <li>• Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.</li> <li>• Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.</li> </ul> <p>Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.</p>
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
<p>52. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.</li> <li>• Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.</li> </ul>
<b>Kebersihan dan keamanan</b>
53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
<b>Dokumentasi</b>
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

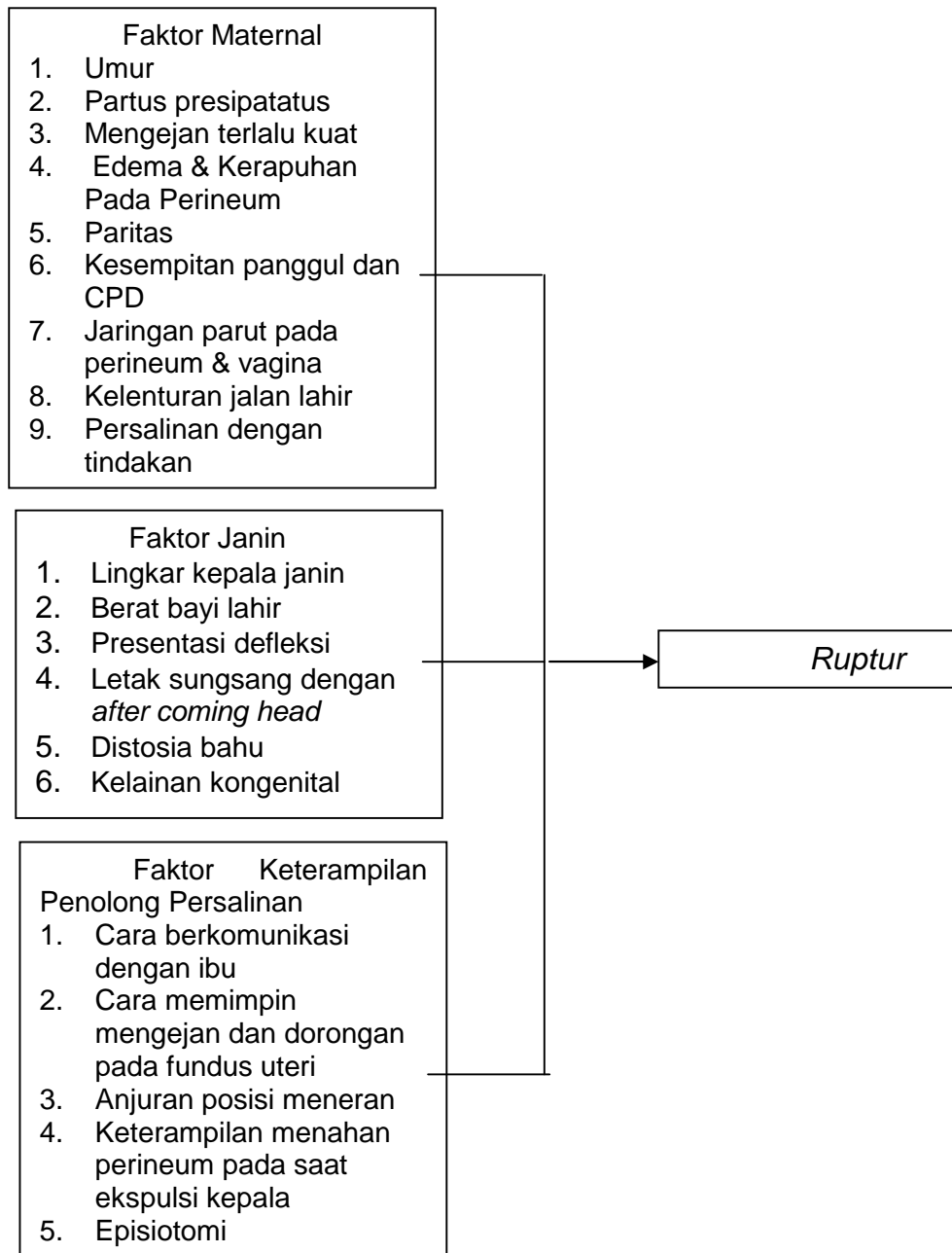
## B. Landasan Teori

*Ruptur perineum* merupakan perlukaan jalan lahir yang terjadi pada saat kelahiran bayi baik menggunakan alat maupun tidak menggunakan alat. *Ruptur perineum* terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2012). *Ruptur perineum* merupakan salah satu penyebab perdarahan pasca salin. *Ruptur perineum* sebagai penyebab kedua perdarahan setelah atonia uteri yang terjadi pada hampir setiap persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2012).

Dampak dari terjadinya *ruptur perineum* pada ibu diantaranya terjadinya 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. 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).

Faktor penyebab dari ruptur perineum terdiri dari faktor maternal, faktor janin dan faktor keterampilan penolong persalinan. Faktor maternal terdiri dari umur, partus presipitatus, mengejan terlalu kuat, edema & kerapuhan pada perineum, paritas, kesempitan panggul dan CPD, jaringan parut pada perineum & vagina, kelenturan jalan lahir, persalinan dengan tindakan (Oxorn, 2015). Faktor janin terdiri dari lingkaran kepala janin, berat bayi lahir, presentasi defleksi, letak sungsang dengan *after coming head*, distosia bahu, kelainan kongenital (Mochtar, 2014). Faktor keterampilan penolong terdiri dari cara berkomunikasi dengan ibu, cara memimpin mengejan dan dorongan pada fundus uteri, anjuran posisi meneran, keterampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala, episiotomi (JNPK-KR, 2014).

### C. Kerangka Teori

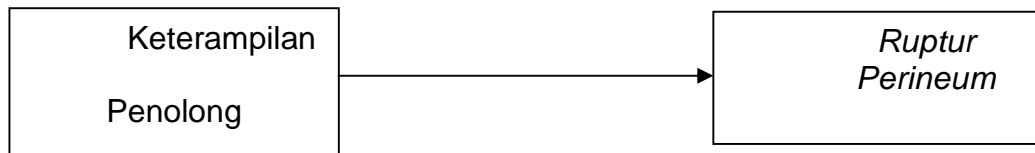


Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian di Modifikasi dari Oxorn (2015);

Mochtar (2014); JNPK-KR (2014)



#### D. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

Variabel terikat (*dependent*): *Ruptur Perineum*

Variabel bebas (*Independent*): Keterampilan Penolong Persalinan

#### E. Hipotesis Penelitian

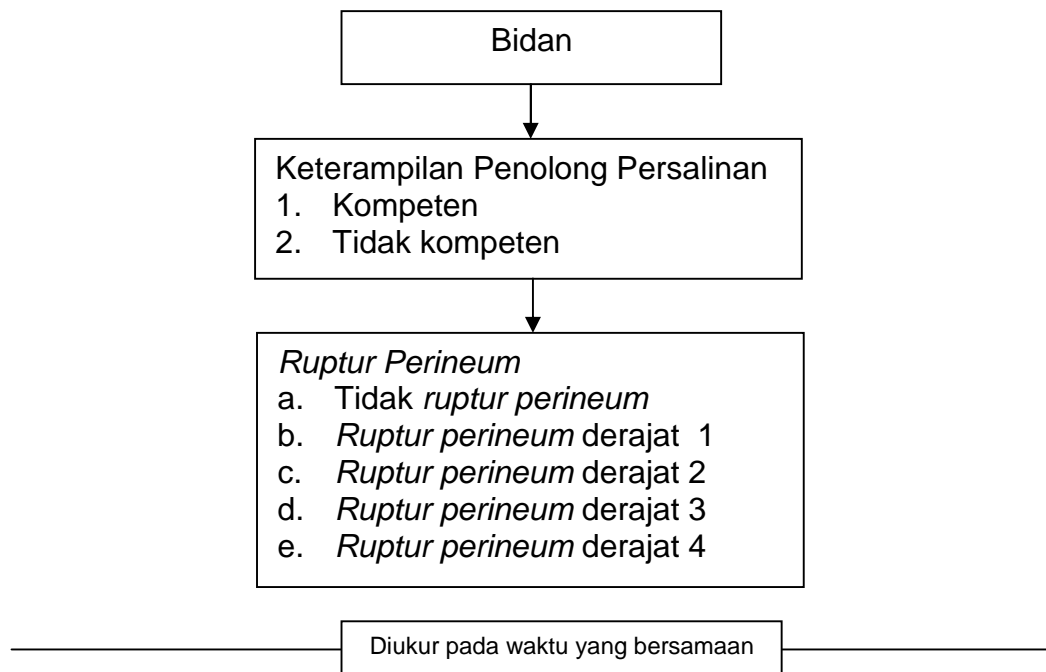
Ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi.

### BAB III

## METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah observasional. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo. Rancangan penelitian menggunakan *cross sectional* (belah lintang) karena data penelitian (variabel independen dan variabel dependen) dilakukan pengukuran pada waktu yang sama/sesaat. Berdasarkan pengolahan data yang digunakan, penelitian ini tergolong penelitian kuantitatif (Notoatmodjo, 2012)



Gambar 3. Skema Rancangan Cross Sectional

## **B. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini telah dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Lepo-Lepo Kendari pada bulan Oktober tahun 2017.

## **C. Populasi dan Sampel Penelitian**

1. Populasi dalam penelitian ini adalah semua bidan di Puskesmas Lepo-Lepo Kendari yang berjumlah 32 orang.
2. Sampel dalam penelitian adalah semua bidan di Puskesmas Lepo-Lepo Kendari yang berjumlah 32 orang. Pengambilan sampel menggunakan tehnik *total sampling* yaitu semua bidan dijadikan sebagai sampel penelitian.

## **D. Variabel Penelitian**

1. Variabel terikat (*dependent*) yaitu *ruptur perineum*.
2. Variabel bebas (*independent*) yaitu keterampilan penolong persalinan.

## **E. Definisi Operasional**

1. *Ruptur perineum* adalah robekan obstetrik yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvik untuk mengakomodasi lahirnya fetus. Skala ukur adalah ordinal.

Kriteria objektif

- a. Tidak *ruptur perineum*
- b. *Ruptur perineum*

(Oxorn, 2015)

2. Keterampilan penolong persalinan adalah keterampilan penolong saat memberikan pertolongan pada ibu bersalin sesuai dengan langkah asuhan persalinan normal. Skala ukur adalah ordinal.

Kriteria objektif

- a. Kompeten: bila melakukan 11 langkah dengan benar.
- b. Tidak kompeten: bila tidak melakukan 11 langkah dengan benar.

(JNPK-KR, 2014)

#### **F. Jenis dan Sumber Data Penelitian**

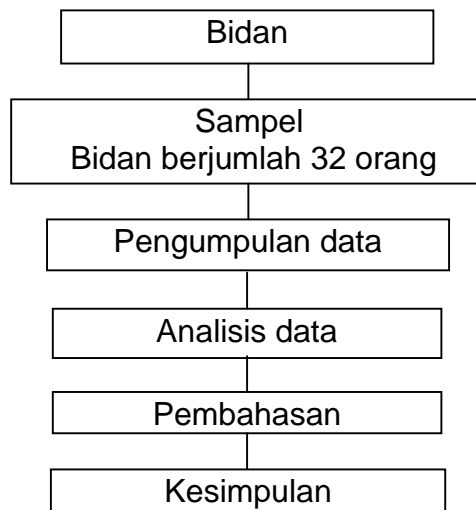
Jenis data adalah data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari kuesioner mengenai karakteristik responden, keterampilan penolong persalinan dan kejadian *ruptur perineum*. Data sekunder berupa data gambaran umum lokasi penelitian dan angka kejadian *ruptur perineum* tahun 2016.

#### **G. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner keterampilan penolong persalinan dan kejadian *ruptur perineum*. Kuesioner keterampilan penolong persalinan meliputi langkah asuhan persalinan normal (langkah 1-24) dan *ruptur perineum* berupa pengamatan apakah ibu mengalami *ruptur perineum* atau tidak mengalami *ruptur perineum*. Kuesioner diisi oleh peneliti atau asisten peneliti saat dilakukan pertolongan persalinan.

## H. Alur Penelitian

Alur penelitian dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 5 : Alur penelitian

## I. Pengolahan dan Analisis Data

### a. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpul, diolah dengan cara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut

#### 1. Editing

Dilakukan pemeriksaan/pengecekan kelengkapan data yang telah terkumpul, bila terdapat kesalahan atau berkurang dalam pengumpulan data tersebut diperiksa kembali.

#### 2. Coding

Hasil jawaban dari setiap pertanyaan diberi kode angka sesuai dengan petunjuk.

### 3. Tabulating

Untuk mempermudah analisa data dan pengolahan data serta pengambilan kesimpulan data dimasukkan ke dalam bentuk tabel distribusi.

#### b. Analisis data

##### 1. Univariat

Data diolah dan disajikan kemudian dipresentasikan dan uraikan dalam bentuk table dengan menggunakan rumus:

$$X = \frac{f}{n} \times K$$

Keterangan :

f : variabel yang diteliti

n : jumlah sampel penelitian

K: konstanta (100%)

X : Persentase hasil yang dicapai

##### 2. Bivariat

Untuk mendeskripsikan hubungan antara *independent variable* dan *dependent variable*. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*. Adapun rumus yang digunakan untuk *Chi-Square* adalah :

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

Keterangan :

: Jumlah

$X^2$  : Statistik Shi-Square hitung

$f_o$  : Nilai frekuensi yang diobservasi

$f_e$  : Nilai frekuensi yang diharapkan

Pengambilan kesimpulan dari pengujian hipotesa adalah ada hubungan jika  $p$  value  $< 0,05$  dan tidak ada hubungan jika  $p$  value  $> 0,05$  atau  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang berarti ada hubungan dan  $X^2$  hitung  $< X^2$  tabel maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak yang berarti tidak ada hubungan.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Penelitian hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara telah dilaksanakan pada bulan Oktober tahun 2017. Sampel penelitian adalah semua bidan di Puskesmas Lepo-Lepo Kendari yang berjumlah 32 orang. Data yang telah terkumpul diolah, dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel yang disertai penjelasan. Hasil penelitian terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, keterampilan penolong persalinan, kejadian ruptur perineum, hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum. Hasil penelitian akan ditampilkan sebagai berikut:

#### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **a. Letak Geografi**

Puskesmas Lepo-lepo merupakan sebuah puskesmas induk non perawatan yang didefenitif sejak tanggal 1 April 1992. Pada tahun 2005 di tingkatkan menjadi rawat inap terbatas untuk persalinan dan unit gawat darurat sederhana. Puskesmas lepo-lepo terletak di kelurahan lepo-lepo kecamatan Baruga Kota Kendari. Wilayah kerja terdiri dari 4 kelurahan yaitu (lepo-



lepo, Wundudopi, Baruga, dan Watubangga) yang merupakan wilayah administrative kecamatan baruga. Luas wilayah kerja adalah 13.130 Ha, dengan batas wilayah yaitu:

Sebelah Utara : Kecamatan Wua-wua dan Kecamatan  
Kadia

Sebelah Timur : Kecamatan Poasia

Sebelah Selatan : Kecamatan Konda ( Kab. Konse )

Sebelah Barat : Kecamatan Ranomeeto (Kab. Konse)  
Dan Kecamatan Mandonga Kendari

Keadaan alam yaitu 80% dataran dan 20% perbukitan.

Prasarana transportasi yaitu 75% jalan aspal dan 25% jalan berbatu dan tanah.

b. Demografi

Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas Lepo-lepo pada tahun 2015 sebanyak 20.981 jiwa yang terhimpun dalam 20.981 KK (Kepala Keluarga) yang tersebar di 4 kelurahan (Lepo-lepo, Wundudopi, Baruga, Watubangga). Jumlah terbanyak di kelurahan Baruga yaitu 8.081 jiwa yang terhimpun dalam 2.018 KK dan yang paling sedikit di kelurahan Wandudopi yaitu 3.391 jiwa yang terhimpun dalam 802 KK.

c. Sarana Kesehatan

- 1) Sarana Kesehatan Pemerintah
  - a) Puskesmas Induk: 1 unit yang merupakan Puskesmas Perawatan (menyelenggarakan rawat jalan, rawat inap umum dan kebidanan serta Unit Gawat Darurat 24 jam), berlokasi di Kelurahan Lepo-lepo.
  - b) Puskesmas Pembantu: 2 unit, masing-masing terletak Kelurahan Watubangga
- 2) Sarana Kesehatan Swasta
  - a) Rumah Sakit Umum: 2 unit yaitu Rumah Sakit Hati Mulia yang terletak di Kelurahan Wundudopi dan Rumah Sakit Dewi Sartika yang terletak di Kelurahan Watubangga.
  - b) Rumah Bersalin: 2 unit yang berlokasi di Kelurahan Lepo-lepo dan Kelurahan Baruga.
  - c) Praktek dokter berkelompok: 1 unit berlokasi di Kelurahan Lepo-lepo.
  - d) Praktek dokter perorangan: 5

## **2. Kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017**

*Ruptur perineum* adalah robekan obstetrik yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvik untuk mengakomodasi lahirnya fetus. *Ruptur perineum* dikategorikan

menjadi 2, yaitu ruptur dan tidak ruptur. Hasil penelitian tentang ruptur perineum dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1  
Distribusi Kejadian Ruptur Perineum Di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari  
Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Ruptur Perineum	Jumlah	
	n	%
Ruptur perineum	12	37,5
Tidak ruptur perineum	20	62,5
Total	32	100

Sumber: Data Primer

Hasil penelitian pada tabel 1 terlihat bahwa dari 32 orang responden sebagian besar tidak terjadi ruptur perineum yaitu 20 orang (62,5%).

### 3. Keterampilan Penolong Persalinan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Keterampilan penolong persalinan adalah keterampilan penolong saat memberikan pertolongan pada ibu bersalin sesuai dengan langkah asuhan persalinan normal (langkah 1-24). Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2  
Distribusi Keterampilan Penolong Persalinan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota  
Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Keterampilan Penolong Persalinan	Jumlah	
	n	%
Terampil	19	59,4
Tidak terampil	13	40,6
Total	32	100

Sumber: Data Primer

Tabel 2 menyatakan bahwa dari 32 orang responden sebagian besar sudah terampil melakukan pertolongan persalinan sebanyak 19 orang (59,4%).

#### 4. Hubungan Keterampilan Penolong Persalinan Dengan Kejadian Ruptur Perineum Di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Hasil penelitian tentang hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017 dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3  
Distribusi Hubungan Keterampilan Penolong Persalinan Dengan Kejadian Ruptur Perineum Di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017

Keterampilan Penolong	Ruptur Perineum				$\chi^2 (p)$
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Terampil	4	12,5	15	46,9	5,398 (0,020)
Tidak Terampil	8	25,0	5	15,6	
Total	12	37,5	20	62,5	

Sumber: Data Primer

Tabel 3 menyatakan bahwa dari 12 orang yang mengalami ruptur perineum terdapat 8 orang (25,0%) yang tidak terampil melakukan pertolongan persalinan. Dari 20 orang yang tidak mengalami ruptur terdapat 15 orang (46,9%) yang terampil melakukan pertolongan persalinan. Hasil analisis data menyatakan bahwa ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum ( $\chi^2=$

5,398;  $p=0,020$ ). Kesimpulan pada tabel 3 adalah ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017, dimana penolong persalinan yang tidak terampil melakukan pertolongan persalinan dapat menyebabkan terjadinya ruptur perineum.

## **B. Pembahasan**

Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017, dimana penolong persalinan yang tidak terampil melakukan pertolongan persalinan dapat menyebabkan terjadinya ruptur perineum. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Hanny (2014) yang berjudul faktor-gaktor yang mempengaruhi kejadian ruptur spontan di Bandung. Hasil penelitian menyatakan bahwa ada hubungan keterampilan penolong dengan kejadian ruptur spontan.

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan (Sukrisno, 2015). Menurut Oxorn (2015), robekan perineum adalah robekan obstetrik yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvik untuk mengakomodasi lahirnya fetus. Persalinan sering kali menyebabkan perlukaan jalan lahir. Luka yang terjadi biasanya ringan

tetapi seringkali juga terjadi luka yang luas dan berbahaya, untuk itu setelah persalinan harus dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum (Sumarah, 2015). Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat (Nurasiah, 2012).

*Ruptur perineum* merupakan bentuk dari *trauma obstetrik* yang menjadi salah satu penyebab dari tingginya angka kematian ibu di Indonesia. Menurut data SDKI tahun 2012, sebanyak 5% kasus kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh *trauma obstetrik*. *Ruptur perineum* merupakan salah satu penyebab perdarahan pasca salin. *Ruptur perineum* sebagai penyebab kedua perdarahan setelah atonia uteri yang terjadi pada hampir setiap persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2012). Faktor penyebab dari ruptur perineum menurut Oxorn (2015) meliputi *partus presipitatus*, partus diselesaikan tergesa-gesa, edema dan kerapuhan pada perineum, varikosis vulva, kesempitan panggul, episiotomy, bayi besar, presentasi defleksi, letak sungsang, distosia bahu, dan hidrosefalus.

Faktor penolong persalinan disebutkan dapat menyebabkan ruptur perineum meliputi: cara memimpin mengejan, cara berkomunikasi, keterampilan menahan perineum saat ekspulsi kepala, serta ajuran posisi meneran (JNPK-KR, 2014). Menurut Mochtar (2014),

faktor yang menyebabkan ruptur perineum meliputi yaitu paritas, umur ibu, jaringan parut pada perineum, kelenturan jalan lahir, persalinan dengan tindakan.

Hasil penelitian di Puskesmas Lepo-lepo diperoleh data jumlah bidan adalah 32 orang, yang berpendidikan diploma tiga kebidanan sebanyak 29 orang dan yang berpendidikan diploma empat kebidanan sebanyak 3 orang. Dari data tersebut terlihat bahwa tingkat pendidikan bidan sudah baik. Bidan sudah mendapatkan pembelajaran tentang cara pertolongan persalinan. Namun, berdasarkan hasil pengamatan peneliti bahwa penyebab terbanyak terjadinya ruptur ketika bidan melakukan penyokongan yang belum tepat dan saat melakukan biparietal sehingga menyebabkan terjadinya ruptur perineum.

Bidan merupakan tenaga lini terdepan harus mampu dan terampil dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu dan bayi baru lahir khususnya saat persalinan sesuai dengan asuhan kebidanan yang ditetapkan, mengacu kepada kewenangan dan kode etik profesi serta ditunjang dengan sarana dan prasarana yang terstandar. Untuk mendukung peningkatan keterampilan bidan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas. Kemenkes telah menyusun berbagai pedoman dan standar asuhan kebidanan sehingga dapat digunakan sebagai acuan. Seiring dengan itu pula pemerintah dan berbagai pihak di Indonesia terus mengembangkan pendidikan kebidanan yang

berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan baik pendidikan formal maupun non formal (Kemenkes, 2015).

Pendidikan formal bidan saat ini adalah pendidikan diploma tiga kebidanan, diploma empat atau S1 kebidanan dan S2 kebidanan. Pendidikan non formal berupa pelatihan, salah satu pelatihan untuk menanggulangi kejadian *ruptur perineum* adalah pelatihan asuhan persalinan normal (APN). Program ini bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dari kematian, khususnya dalam masa persalinan dan pasca melahirkan. Selain program tersebut, pemerintah juga mengembangkan program *Making Pregnancy Safer* (MPS) yaitu bagaimana membuat persalinan yang aman dan baik, sehingga bayi yang dilahirkan ibunya dalam keadaan sehat setelah persalinan.

Tiga kunci dari MPS ini adalah setiap persalinan harus ditangani oleh tenaga terlatih (paramedis), karena setiap persalinan tetap ada risikonya dan jangan pergi ke Dukun. Setiap komplikasi harus ditangani sebaik mungkin, setiap wanita usia subur harus memiliki akses terhadap pelayanan kontrasepsi dan bila dihadapkan pada masalah aborsi, wanita juga harus mendapatkan pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2015). Program penekanan AKI yang telah dilakukan oleh program MNH selama ini diantaranya adalah mengadakan pelatihan bagi para Bidan. Jika Bidan kompeten dalam melaksanakan tugasnya, diprediksikan 50% kasus perdarahan dapat dicegah.



Selain dari faktor penolong masih banyak faktor penyebab lain dari ruptur perineum meliputi *partus presipitatus*, partus diselesaikan tergesa-gesa, edema dan kerapuhan pada perineum, varikosis vulva, kesempitan panggul, episiotomy, bayi besar, presentasi defleksi, letak sungsang, distosia bahu, dan hidrosefalus (Oxorn, 2015). Oleh karena itu diperlukan pengawasan yang menyeluruh saat persalinan karena diketahui ruptur perineum yang tidak ditangani memiliki banyak dampak yang berbahaya.

Dampak dari terjadinya *ruptur perineum* pada ibu diantaranya terjadinya 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. 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).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Sebagian besar ibu bersalin tidak mengalami ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
2. Sebagian besar bidan sudah terampil melakukan pertolongan persalinan di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.
3. Nilai ( $\chi^2=5,398$ ;  $p=0,020$ ) yang berarti ada hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017.

#### **B. Saran**

1. Penolong persalinan diharapkan terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan pertolongan persalinan.
2. Perlunya peningkatan pengawasan oleh pihak puskesmas terhadap keterampilan bidan dalam melakukan pertolongan persalinan.
3. Bidan diharapkan selalu memberikan edukasi kepada pasien mulai dari masa kehamilan hingga persalinan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dan ruptur perineum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adrianzs, G., (2015) *Asuhan Antenatal*. Jakarta: EGC.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D., (2015). *Buku ajar keperawatan maternitas*. (Maria A. Wijayarini, Penerjemah) (Edisi 4). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Harry, O., William, R.F., (2012) *Ilmu Kebidanan, Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika.
- JNPPK-KR, (2014) *Asuhan persalihan normal esensial persalinan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- \_\_\_\_\_ (2015) *Pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komperhensif*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI, (2015). *Profil kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_ (2013). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010*. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Depertemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Manuaba, IBG, (2012) *Ilmu Kebinanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, R., (2014) *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi*. 3rd ed. Jakarta: ECG.
- Musbikin, I., (2016) *Persiapan Menghadapi Persalinan dan Perencanaan Kehamilan Sampai Mendidik Anak*. Yogyakarta: Mitra Pustaka.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan* . Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurasiah, A., Rukmawati, A., Badriah, D.L., (2015) *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung: Refika Aditama.
- Oxorn, W. (2015). *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Kebidanan*. Yokyakarta: Andi offset.
- Puskesmas Lepo-lepo, (2017). *Profil Kesehatan Puskesmas Mowewe Tahun 2016*. Mowewe: Puskesmas Mowewe
- Saifuddin, A.B. (2012) *Buku Panduan Praktis pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo.

Siswosudarmo, R, , Ova, E., (2014). *Obstretri Fisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Cendikia Press

Simkin, P., (2014) *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta: Arcan.

Sumarah, Ina, Rani., H. (2012). *Perawatan ibu bersalin*. Yokyakarta: Penerbit CV Fitramaya.

Sukrisno, (2015) *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Suririnah (2014) *Buku Pintar Kehamilan dan Persalinan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Varney, H. (2015) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Ibu/saudara responden

di Puskesmas Lepo-Lepo

Nama saya Nike Apriantini Siana , mahasiswa Program D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan. Saat ini saya sedang melakukan penelitian yang bertujuan mengetahui hubungan keterampilan penolong persalinan dengan kejadian ruptur perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017, yang mana penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Kebidanan.

Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan ibu untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini, partisipasi ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak akan memberi dampak yang membahayakan. Jika ibu bersedia, saya akan memberikan lembar kuesioner (lembar pertanyaan) yang telah disediakan untuk diisi dengan kejujuran dan apa adanya. Peneliti menjamin kerahasiaan Jawaban dan identitas ibu. Jawaban yang ibu berikan digunakan hanya untuk kepentingan penelitian ini.

Demikian lembar persetujuan ini kami buat, atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terima kasih.

Kendari, 2017

Responden

Peneliti

## KUESIONER PENELITIAN

### HUBUNGAN KETERAMPILAN PENOLONG PERSALINAN DENGAN KEJADIAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS LEPO-LEPO KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2017

No. Responden :..... Diisi oleh peneliti

#### **Petunjuk:**

Jawablah pertanyaan di bawah ini sesuai dengan keadaan saudara saat ini, serta beri tanda silang (x) pada jawaban yang telah disediakan!

#### **Karakteristik Responden**

1. Nama :
2. Umur :
3. Alamat :
4. Pendidikan Terakhir :
  - a. D III Kebidanan
  - b. D IV Kebidanan
  - c. S2 Kebidanan
5. Pekerjaan :
6. Jumlah Anak :
7. Kehamilan ke :
8. Pelatihan APN : 1. Ya 2. Tidak
9. Berat badan bayi :

#### **LEMBAR CHEKLIS KEJADIAN RUPTUR PERINEUM**

<b>KEJADIAN RUPTUR PERINEUM</b>	
<i>Ruptur perineum</i>	
<i>Tidak ruptur perineum</i>	

## LEMBAR CHEKLIS KETERAMPILAN PENOLONG

Berilah tanda ( ) pada kolom tindakan untuk tindakan yang dilakukan

<b>I. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.</b>	Ti
1. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.	
2. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.	
3. Membuka partus set.	
4. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.	
<b>II. MENOLONG KELAHIRAN BAYI</b>	
<b>Lahirnya kelapa</b>	
5. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.	
6. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.	
7. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi : <ul style="list-style-type: none"><li>• Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</li></ul>	
8. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.	



<b>Lahir bahu</b>	
<p>9. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.</p>	
<b>Lahir badan dan tungkai</b>	
<p>10. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.</p>	
<p>11. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.</p>	

## MASTER TABEL

NO	NAMA RESPONDEN	KETERAMPILAN PENOLONG		RUPTUR PERINEUM	
		TERAMPIL	TIDAK TERAMPIL	YA	TIDAK
1	Bidan N	1			1
2	Bidan W	1			1
3	Bidan S		1	1	
4	Bidan E		1		1
5	Bidan Y	1			1
6	Bidan A		1		1
7	Bidan R		1	1	
8	Bidan U		1	1	
9	Bidan Y	1		1	
10	Bidan F	1			1
11	Bidan N		1	1	
12	Bidan M	1			1
13	Bidan S		1		1
14	Bidan H	1			1
15	Bidan H	1		1	
16	Bidan Y		1		1
17	Bidan E	1			1
18	Bidan F		1	1	
19	Bidan N	1			1
20	Bidan P	1			1
21	Bidan N	1			1
22	Bidan S	1			1
23	Bidan H	1			1
24	Bidan W		1	1	
25	Bidan S	1			1
26	Bidan A	1		1	
27	Bidan D		1		1
28	Bidan R	1			1
29	Bidan S		1	1	
30	Bidan M	1			1
31	Bidan L	1		1	
32	Bidan R		1	1	

## HASIL ANALISIS

### KETERAMPILAN\_PENOLONG

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
TIDAK TERAMPIL	13	40,6	40,6	40,6
TERAMPIL	19	59,4	59,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

### RUPTUR\_PERINEUM

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
RUPTUR	12	37,5	37,5	37,5
TIDAK RUPTUR	20	62,5	62,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

### KETERAMPILAN\_PENOLONG \* RUPTUR\_PERINEUM Crosstabulation

		RUPTUR_PERINEUM		Total
		RUPTUR	TIDAK RUPTUR	
KETERAMPILAN_PENOLONG	TIDAK TERAMPIL	Count 8	Count 5	Count 13
		% within KETERAMPILAN_PENOLONG 61,5%	% within KETERAMPILAN_PENOLONG 38,5%	% within KETERAMPILAN_PENOLONG 10,0%
		% of Total 25,0%	% of Total 15,6%	% of Total 40,6%
	TERAMPIL	Count 4	Count 15	Count 19
		% within KETERAMPILAN_PENOLONG 21,1%	% within KETERAMPILAN_PENOLONG 78,9%	% within KETERAMPILAN_PENOLONG 10,0%
		% of Total 12,5%	% of Total 46,9%	% of Total 59,4%
Total		Count 12	Count 20	Count 32
		% within KETERAMPILAN_PENOLONG 37,5%	% within KETERAMPILAN_PENOLONG 62,5%	% within KETERAMPILAN_PENOLONG 10,0%
		% of Total 37,5%	% of Total 62,5%	% of Total 100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,398 <sup>a</sup>	1	,020		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,809	1	,051		
Likelihood Ratio	5,460	1	,019		
Fisher's Exact Test				,030	,025
Linear-by-Linear Association	5,229	1	,022		
N of Valid Cases	32				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,88.

b. Computed only for a 2x2 table



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA  
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN  
Kontor: Jl. Duri Praja Ardeanona Telp. (0401) 3136256 Kendari 93232

Kendari, 4 Juli 2017

Nomor : 070/2800/Balitbang/2017  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari  
di -  
Kendari

Berdasarkan Surat Direktur POLTEKES Kendari Nomor DL.11.02/1/1657/2017 tanggal 07 Juli 2017 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : NIKE APRILIANTINI SIAMA  
NIM : P00312016131  
Prog. Studi : Div Kebidanan/Ahli Jenjang  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : Puskesmas Lepo Lepo

Bermaksud untuk Melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara, dalam rangka penyusunan KTI, Skripsi, Tesis, Disertasi dengan judul :

**"HUBUNGAN KETERAMPILAN PENOLONG PERSALINAN DENGAN KEJADIAN RUPTUR PERINEUM DI PUSKESMAS LEPO LEPO KOTA KENDARI PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2017".**


Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 7 Juli 2017 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undang yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA  
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN PROVINSI,  
UE. SEKRETARIS

  
Dra. Hl. ANDI NONI,  
Pembina Tk1, Gol IV/b  
Nip. 195911171983032013

T e m b u a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Wali Kota Kendari di Kendari;



**DINAS KESEHATAN KOTA KENDARI**  
**PUSKESMAS LEPO-LEPO**

*Jl. Christina Martha Tiahahu Tlp. 3195 398 Kendari*



**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN**

Nomor : 488 / 070 / P.7471011101

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Jeni Arni Harli, T  
NIP : 19780125 200803 2 001  
Pangkat/Gol : Penata Tk.I, III/d  
Jabatan : Kepala Puskesmas Lepo-Lepo

Dengan ini menyetujui :

Nama : Nike Apriantini Siama  
NIM : P00312016131  
Prog. Studi : D-4 Kebidanan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari

Dengan Judul

" Hubungan Keterampilan Penolong Persalinan Dengan Kejadian Ruptur Perineum di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017 "

Telah melakukan penelitian dari tanggal 7 Juli s/d 7 Agustus 2017

Demikian Surat Keterangan Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 14 Agustus 2017  
Kepala Puskesmas Lepo-Lepo



dr. Jeni Arni Harli, T  
Nip 19780125 200803 2 001