

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL FISILOGI
PADA NY"N" DENGAN RUPTURE PERINEUM TINGKAT II
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR
TANGGAL 20 AGUSTUS 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Disusun Oleh :

JUMRIANI

16.023

**PRODI D III KEBIDANAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
TAHUN 2019**

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL FISILOGI
PADA NY"N" DENGAN RUPTURE PERINEUM TINGKAT II
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR
TANGGAL 20 AGUSTUS 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Ahli
Madya Kebidanan Pada Jenjang Diploma III Kebidanan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar



Disusun Oleh :

JUMRIANI

16.023

15/08/2019

Sub-Aliansi

R/047/BDN/1900

JUM

m

**PRODI D III KEBIDANAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
TAHUN 2019**

HALAMAN PENGESAHAN

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN FISILOGI
PADA NY "N" DENGAN RUPTURE PERINEUM TINGKAT II
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR
TANGGAL 20 AGUSTUS 2019

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diusun Oleh:

JUMRIANI
NIM : 18.023

Telah Dipertahankan di Depan Tim Penguji dan Diterima Sebagai
Sebagian Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Kebidanan
Pada Tanggal 27 Agustus 2019

Menyetujui
Tim Penguji

1. Suriani Tahir, S. ST., SKM., M. Kes (.....)
NIDN: 0906067301
2. Endri Nisa, SKM.M., M. Kes (.....)
NIDN : 0908128103
3. Hj. St. Hadijah, S. Kep., M. Kes (.....)
NIDN : 0921076702

Mengetahui,
Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Ketua Program Studi


Daswati, S.SiT., M.Keb
NBM : 969 216

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan disuatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya tulis atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dicu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Makassar, 27 Agustus 2019



Jumriani

BIODATA PENULIS

A. Identitas

1. Nama : Jumriani
2. Nim : 16.023
3. Tempat/Tanggal Lahir : Bantaeng, 7 Juli 1998
4. Agama : Islam
5. Suku/Bangsa : Makassar (Indonesia)
6. Nama Orang Tua
 - a. Ayah : Syamsuddin
 - b. Ibu : Mardiana
7. Alamat
 - a. Makassar : Jl. A.P. Pettarani III, No.10E
 - b. Daerah : Kamp. Parang, Desa-BT. Matene, Kec. Sinoa, Kab. Bantaeng

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 31 Morowa, Kab. Bantaeng Tahun 2004-2010
2. SMP Negeri 1 Bissappu, Kab. Bantaeng Tahun 2010-2013
3. SMA Negeri 2 Bantaeng Tahun 2013-2016
4. Prodi Diploma III Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar Tahun 2016-2019

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

1. Jika kamu menuntut ilmu guna bersaing, berbangga, mengalahkan teman sejawat, meraih simpati orang atau sifatnya kedunia. Maka sesungguhnya kamu sedang berusaha menghancurkan agamamu, membinasakan dirimu, dan menjual akhirat dengan dunia (Fahruddin).
2. 'Wahai orang-orang yang beriman! Jika kamu menolong (agama) Allah, niscaya Dia akan menolongmu dan meneguhkan kedudukanmu (QS. Muhammad:47, Ayat 7)

Kupersembahkan karya ini kepada:

1. Terima kasih teruntuk Ibuku, Mardiana perempuan bermental baja dan penuh kesabaran yang meneladaniku hidup dalam kesederhanaan, yang telah memberiku kehidupan banyak. Bapakku, Syamsuddin Laki-laki mendidik bahwa sesuatu itu harus di perjuangkan. Mimpi anak-anaknya mentas pendidikan itu harus di perjuangkan dengan keringat, dengan kerja keras, dengan kejujuran, dan tanpa keluh kesah.
2. Teruntuk Kedua adikku, Reski Ulfani dan Nurul Ramadani, atas dukungan dan semangatnya untuk terus berjuang.
3. Teman-temanku, Kebidanan Kelas A dan B, atas tiga tahun kebersamaanya, suka maupun dukanya telah menjadi sebuah rekaman memory yang sewaktu-waktu akan kuputar kembali untuk mengenang.
4. Aimamaterku tercinta semoga selalu jaya, Aamiin...

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang sederhana ini dengan judul "Manajemen Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Fisiologi pada Ny'N' dengan Rupture Perineum Tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar Tanggal 20 Agustus 2019".

Penulis menyadari dalam penulisan laporan tugas akhir ini memperoleh bantuan, bimbingan, arahan, motivasi, dan materi. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada

1. Bapak Prof. Dr. H. Rahman Rahim, MM. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar
2. Bapak Dr. Mahmud Ghazrawie, PhD, SpPA(k) selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar
3. Ibu Daswati, S.SiT., M.Keb, selaku Ketua Program Studi Diplom III Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.
4. dr. Hj. Mariathy Jassin, M.Kes, selaku Kepala Puskesmas Kassi-Kassi serta staf yang telah membantu dalam penyelesaian tugas akhir.

5. Ibu Endri Nisa, SKM., M.Kes selaku pembimbing utama dan pembimbing pendamping ibu Hj. St. Hadijah, S. Kep. M. Kes yang telah telah meluangkan waktu untuk membenarkan petunjuk dan bimbingan kepada penulis.
6. Ibu Suriani Tahir, S. ST., SKM., M.Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji, memberikan kritik dan saran sebagai penyempurna laporan tugas akhir.
7. Bapak dan ibu Dosen serta staf Prodi D III Kebidanan FKIK, Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah banyak memberikan bantuan, bimbingan, pengetahuan, dan keterampilan yang bermanfaat bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
8. Secara khusus kepada kedua orang tua tercinta dan saudara-saudaraku yang senantiasa memberikan motivasi, doa, dan biaya kepada penulis sehingga dapat mengikuti pendidikan dengan baik.
9. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswi Prodi D III Kebidanan FKIK, Universitas Muhammadiyah Makassar angkatan tahun 2016.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka saran demi kemajuan penelitian selanjutnya. Semoga Laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Makassar, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	iv
BIODATA PENULIS	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR ISTILAH	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
INTISARI	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	6
C. Tujuan penulisan	6
D. Manfaat penulisan	7
E. Ruang lingkup	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Persalinan	8
B. Tinjauan Umum Tentang Rupture Perineum	46
C. Tinjauan Tentang Rupture Perineum Tingkat II	51
D. Tinjauan Umum Tentang Manajemen Asuhan Kebidanan	61
1. Langkah I Pengumpulan dan Analisa Data Dasar	62
2. Langkah II Merumuskan Diagnosa / Masalah Aktual	65
3. Langkah III Identifikasi Diagnosa / Masalah Potensial	67
4. Langkah IV Penatalaksanaan Tindakan Segera / Konsultasi / Kolaborasi / dan Rujukan	68
5. Langkah V intervensi / Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan	70
6. Langkah VI Implementasi / Pelaksanaan Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan	72
7. Langkah VII Evaluasi Tindakan Asuhan Kebidanan	74
8. Pendokumentasian Hasil Asuhan Kebidanan (SOAP)	75
E. Alur pikir studi kasus	79
F. Tinjauan Persalinan Dalam Pandangan Islam	80

BAB III METODE STUDI KASUS

A. Desain studi kasus	82
B. Tempat dan waktu studi kasus	82
C. Subjek studi kasus	82
D. Jenis data	82

E. Alat dan pengumpulan data	83
F. Analisa data	84
G. Etika Studi Kasus	85

BAB IV STUDI KASUS

A. Studi kasus	83
1. Langkah I Pengumpulan dan Analisa Data Dasar	83
2. Langkah II Merumuskan Diagnosa / Masalah Aktual	93
3. Langkah III Identifikasi Diagnosa / Masalah Potensial	93
4. Langkah IV Pelaksanaan Tindakan Segera / Konsultasi / Kolaborasi / dan Rujukan	95
5. Langkah V Intervensi / Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan	95
6. Langkah VI Implementasi / Pelaksanaan Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan	96
7. Langkah VII Evaluasi Tindakan Asuhan Kebidanan	103
8. Pendokumentasian Hasil Asuhan Kebidanan (SOAP)	104
B. Pembahasan	102

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	125
B. Saran	127

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

No. Bagan	Halaman
2.1 : Tujuh Langkah Varney (SOAP).....	79
2.2 : Alur Pikir Studi Kasus	80



DAFTAR ISTILAH



Arteri	: Arteri tipis yang berakhir di kapiler
Atonia Uteri	: Uterus Tidak berkontraksi
Bloody Show	: Cairan atau lendir berwarna jernih, serupa darah, atau merah muda
Dismenorea	Nyeri haid atau kram di perut bagian bawah, yang muncul sebelum atau sewaktu menstruasi
Distosia	Kelambatan atau kesulitan persalinan normal
Endroprint	Senyawa kimia yang membuat seseorang senang dan untuk kekebalan tubuh
Fertilisasi	Peleburan dua gamet yang dapat berupa nukleus atau sel untuk membentuk sel tunggal (sigot)
Fluktuasi	Ketidaktetapan atau guncangan
Hamil Ektopik	Kehamilan yang terjadi ketika uterus yang dibuahi atau berimplantasi diluar uterus
Implantasi	Penanaman ovum yang telah dibuahi ke endometrium
Katekolamin	Istilah yang digunakan untuk merujuk sekelompok hormon yang memiliki gugus yang di keluarkan oleh kelenjar adrenal dalam menanggapi stress
Kortisol	: Hormon steroid dari golongan yang di produksi oleh sel dalam zona vasikulata pada kelenjar adrenal sebagai respond stimulas hormon
Lidokain	: Obat yang digunakan untuk menghilangkan rasa sakit atau memberi efek mati rasa pada bagian tubuh tertentu untuk sementara.

Menarche	1 Haid pertama dari uterus yang merupakan awal dari fungsi menstruasi dan tanda telah terjadinya pubertas pada remaja putri.
Oksitosin	1 Hormon pada manusia yang berfungsi untuk merangsang kontraksi yang kuat pada dinding rahim/uterus sehingga mempermudah dalam membantu proses kelahiran.
Polakisuar	2 Dorongan buang air kecil yang lebih sering dari biasanya.
Vagina Toucher	1 Memasukkan tangan ke dalam jalan lahir ibu untuk memantau perkembangan proses persalinan atau lazim disebut VT (Vagina Toucher atau vaginal touse atau periksa dalam dan sejenisnya).
Vulva	1 Area genital eksternal perempuan, termasuk kloris, bibir vagina, dan pembukaan vagina.



DAFTAR SINGKATAN



ACHT	: Adrenocorticotropic hormone
ANC	: Antenatal Care
APD	: Alat Perlindungan Diri
BDP	: Bergerak Dalam Panggul
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Mellitus
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
FLSH	: Folikel stimulan hormon
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: Intramuskular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KH	: Kelahiran Hidup
PAP	: Pintu Atas Panggul
PUKI	: Punggung Kiri
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SOAP	: Subjektif, Objektif, Assesment, dan Planning

TBC	: Tuberkulosis
TBJ	: Taksiran Berat Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Persalinan
TTV	: Tanda-Tanda Vital
VT	: Vagina Toucher
WHO	: World Health Organization



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Kartu Kontrol Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran II : Kartu Kontrol Konsultasi Pembimbing 2
- Lampiran III : Jadwal pelaksanaan penyusunan studi kasus
- Lampiran IV : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran V : Informed Consent
- Lampiran VI : Hasil Pengumpulan Data
- Lampiran VII : Surat Permononan Izin Penelitian dari Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar
- Lampiran VIII : Surat izin penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Bidang Penyelenggara Pelayanan Perizinan Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran IX : Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Pemerintahan Kota Makassar
- Lampiran X : Surat Penelitian dan Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran XI : Surat Keterangan telah melakukan penelitian di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makasar

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL FISIOLOGI PADA NY"N" DENGAN RUPTURE PERINEUM TINGKAT II DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR TANGGAL 20 AGUSTUS 2019

Jumriani¹, Endri Nisa², Hadijah³, Sunani Tahir⁴

INTISARI

Robekan jalan lahir selalu menyebabkan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum vagina, serviks, dan robekan uterus (rupture uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dengan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteri atau pecahnya pembuluh darah vena (Marmi,2016). Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik Puskesmas Kassi-kassi Makassar tahun 2018, cakupan ibu bersalin sejumlah 1851 Orang, jumlah Rupture perineum adalah sebanyak 453 Orang.

Manajemen Asuhan terhadap kasus ini dilaksanakan pada Ny N dengan Rupture Perineum Tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar sesuai dengan 7 Langkah Varney dan SOAP dengan asuhan yang dilakukan selama satu hari, pada kasus ini keadaan ibu baik, serta tidak terjadi komplikasi pada proses persalinan.

Dari kasus ini 7 Langkah Varney dan SOAP yang digunakan berdasarkan manajemen asuhan. Proses penyelesaian masalah kebidanan telah dilaksanakan pengkajian berupa pemeriksaan dan analisa data pada Ny N dengan ruptur perineum Tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar tahun 2019. Proses penjahitan berlangsung dengan baik menggunakan teknik penjahitan secara lurus dengan tanpa komplikasi, keadaan ibu baik, dan telah dilakukan pendokumentasian semua temuan dan tindakan yang telah dilaksanakan pada Ny.N dengan hasil tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Hasil studi kasus diharapkan sebagai bahan masukan bagi Puskesmas Kassi-Kassi Makassar dan pengembangan pemberian pelayanan asuhan kebidanan yang bermutu dan profesional pada masyarakat khususnya dalam menangani ibu bersalin dengan ruptur perineum Tingkat II.

Kata Kunci : Intranatal , Rupture perineum Tingkat II
Kepustakaan : 18 Litertur (2009 – 2018)
Jumlah Halaman : xvii, 128 Halaman, 2 bagan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap tahun terdapat 180 sampai 200 juta perempuan menjadi hamil dan 585.000 orang diantaranya meninggal akibat salah satu komplikasi sehubungan dengan kehamilan dan persalinan. Latar belakang kematian maternal adalah perdarahan obstetrik (24,8%), infeksi (14,9%), eklamsia (12,9%), partus tidak maju/distosia (6,9%), abortus yang tidak aman (12,9%), dan sebab-sebab langsung lainnya (7,9%). Penyebab perdarahan paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri, dan inversio uteri (Sarwono, 2014).

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia, 2017)

Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, tetapi juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi ekstabilitas maupun kualitas. secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015. Terjadi penurunan AKI di Indonesia dari

390 pada tahun 1991 menjadi 205 pada tahun 2015 (Profil Kesehatan Indonesia,2017)

Indonesia sebagai negara berkembang mempunyai AKI yang lebih tinggi di banding negara-negara ASEAN. Data dari *World Health Organization* (WHO) 2014 menyebutkan bahwa angka kejadian *Rupture Perineum* di Indonesia adalah 67,2% , meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 60% pada tahun 2013 (Lidia W,2017).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, menyatakan bahwa AKI mencapai 109 per 100.000 kelahiran hidup, angka tersebut sudah target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RJPMN) dimana pada tahun 2014 target mencapai 108 per 100.000 kelahiran hidup (RJPMN,2014)

Menurut A. Naisyah (2016) Di Kota Makassar, AKI maternal mengalami fluktuasi selama 3 tahun terakhir yaitu pada tahun 2015 sebanyak 5 kematian ibu dari 25.181 kelahiran hidup (AKI : 19,86 / 100.000 KH). Jumlah kematian ibu tahun 2014 sama dengan tahun 2015 yaitu 5 kematian ibu tapi berbeda pada kelahiran hidup yaitu 24.590 (AKI : 20,33 / 100.000). Tahun 2013 terdapat 4 kematian ibu dari 24.576 kelahiran hidup (AKI : 16,28 / 100.000 KH).

Penyebab kematian ibu di Kota Makassar diantaranya 2 kasus disebabkan perdarahan yaitu terjadi di Wilayah Puskesmas Maccini Sombala dan Puskesmas Bulurokeng, 2 kasus disebabkan preeklamsi dan preeklamsi berat yaitu tahap akhir dari preeklamsia dimana

tekanan darah ibu hamil meningkat dan kandungan protein dalam urin juga meningkat yang kemudian penderita terkena kejang-kejang dan sampai mengalami koma yang masing-masing terjadi di wilayah Puskesmas Pattingalloang (A. Naisyah, 2016). Data yang diperoleh dari Rekam medik Puskesmas Kassi-kassi bahwa pada Tahun 2018, cakupan ibu bersalin sejumlah 1651 orang.

Perdarahan yang masif yang berasal dari tempat implantasi plasenta, robekan pada jalan lahir dan jaringan sekitarnya dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu di samping perdarahan karena hamil ektopik dan abortus. Jumlah perdarahan yang diperkirakan terjadi sering hanya 50% dari jumlah darah yang hilang. Perdarahan yang aktif dan merembes dalam waktu lama saat melakukan prosedur tindakan juga bisa menyebabkan perdarahan pasca persalinan (Sarwono, 2014).

Robekan jalan lahir selalu membenkan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uterus (rupture uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dengan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteril atau pecahnya pembuluh darah vena (Marmi, 2016).

Penyebab terjadinya robekan jalan lahir adalah *partus praesipitatus* dengan : Kepala janin besar, *Presentasi defleksi* (dahi, muka), *Primipara*, Letak sungsang, Pimpinan persalinan yang salah, Pada *obstetri* dan *embriotomi* : *ekstraksi vakum*, *ekstraksi forcep*, dan *embriotomi*. Terjadinya *rupture perineum* disebabkan oleh faktor ibu (*paritas*, jarak kelahiran dan berat badan bayi), pimpinan persalinan tidak sebagaimana mestinya, riwayat persalinan *ekstraksi cunam*, *ekstraksi vakum*, *trauma* alat dan *episiotomi* (Stella, 2015)

Masalah robekan jalan lahir yang tidak di jahit menarik perhatian, lebih karena efeknya pada rasa nyeri perineum setelahnya daripada nyeri penjahitan. Survei retrospektif robekan tingkat I dan II yang tidak di jahit menunjukkan hasil yang menggembirakan dalam hal infeksi, nyeri sesudah dan memulainya hubungan seksual. Perdarahan pada robekan jalan lahir dapat menjadi hebat khususnya pada robekan tingkat II atau III atau jika robekan perineum meluas ke samping atau naik ke vulva mengenai klitoris, karena dekat dengan anus, laserasi perineum dapat mudah terkontaminasi feses. infeksi juga dapat menyebabkan luka tidak dapat segera menyatu sehingga timbul jaringan parut (Rosemary, 2012).

Untuk mencegah timbulnya komplikasi, utamanya pada robekan pada jalan lahir yang dapat mengakibatkan perdarahan dan merupakan sumber infeksi pada masa nifas dapat dicegah dengan peningkatan

mutu pelayanan dan perawatan pada daerah perineum (Saifuddin AB,2013).

Asuhan Kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/ masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa hamil, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana. Asuhan Kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan yang sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan dengan rencana asuhan kebidanan dalam penanganan robekan jalan lahir (Dodiet, 2012).

Melihat keadaan tersebut maka penulis tertarik untuk membuat suatu penelitian tentang "Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Tanggal 20 Agustus 2019".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang masalah maka rumusan masalahnya yaitu : "Bagaimana Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny.N dengan Rupture Perineum Tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Tanggal 20 Agustus 2019".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman nyata yang diperoleh selama pendidikan dan memberikan asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny. N dengan ruptur perineum tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Tanggal 20 Agustus 2019 sesuai dengan wewenang bidan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengumpulkan data dasar ibu bersalin pada Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II
- b. Mampu mengidentifikasi diagnosa/masalah aktual ibu bersalin pada Ny. N dengan ruptur perineum tingkat II
- c. Mampu mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial ibu bersalin pada Ny. N dengan ruptur perineum tingkat II
- d. Mampu menetapkan kebutuhan tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dan rujukan ibu bersalin pada Ny. N dengan ruptur perineum tingkat II
- e. Mampu menyusun rencana asuhan ibu bersalin pada Ny. N dengan ruptur perineum tingkat II
- f. Mampu melaksanakan asuhan ibu bersalin pada Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II
- g. Mampu mengevaluasi hasil asuhan ibu bersalin pada Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II

- h. Mampu melakukan pendokumentasian hasil asuhan kebidanan ibu bersalin pada Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II

D. Manfaat

1. Untuk Lahan Praktek

Semoga adanya presentasi kasus ini lebih banyak perhatian dan bimbingan kepada mahasiswa dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan dan pendidikan.

2. Untuk Instansi Pendidikan

Semoga adanya presentasi ini bisa dijadikan bahan masukan pertimbangan bagi pengelola institusi terutama pengembangan ilmu kebidanan.

E. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Materi

Materi yang diteliti dalam penelitian ini tentang Intranatal dengan Rupture Perineum tingkat II melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan yang meliputi identifikasi data dasar, diagnosa masalah aktual, diagnosa masalah potensial, tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dan rujukan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2. Ruang Lingkup responden

Responden dalam penelitian adalah ibu bersalin dengan Rupture Perineum tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar Tanggal 20 Agustus 2019.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Dibawah ini beberapa pengertian persalinan:

- a. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dan dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir, persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Nurul, 2014).
- b. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Yanti, 2009).
- c. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Rustam m, 2011).

2. Klasifikasi Persalinan

Adapun menurut proses berlangsungnya proses persalinan dibedakan sebagai berikut :

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan, pada persalinan ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. Persalinan Abnormal/buatan, persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan forseps atau vacuum atau melalui dinding perut dengan operasi *section caesarea* atau SC.
- c. Persalinan arjuran, persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah dilakukan perangsangan, seperti dengan pemecahan ketuban dan pemberian prostaglandin (Nurul Jannah,2014)

Menurut (Nurul jannah,2014) usia kehamilannya, persalian dapat dibagi menjadi lima macam :

- a. *Abortus (keguguran)*, Penghentian dan pengeluaran hasil konsepsi dan jalan lahir sebelum mampu hidup di luar

kandungan. Usia kehamilan biasanya mencapai kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari 1.000 gram.

- b. *Partus Immaturus*. Pengeluaran hasil konsepsi antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat antara 500 gram dan 999 gram.
- c. *Partus Prematurus*. Pengeluaran hasil konsepsi baik secara spontan atau buatan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin antara 1000 gram sampai 2.499 gram.
- d. *Partus maturus atau aterm (cukup bulan)*. Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2.500 gram.
- e. *Partus postmaturus (seronius)*. Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan melebihi usia kehamilan 42 minggu dan tampak tanda-tanda janin postmatur.

3. Sebab-sebab mulainya persalinan

Menurut Rukiah dkk, 2012 sebab terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, yang ada hanyalah teori yang kompleks. Faktor yang menyebabkan mulainya persalinan antara lain :

- a. Teori penurunan kadar hormon progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaiknya estrogen meningkat kontraksi otot rahim. selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen.

didalam darah tetapi, pada akhir kehamilan progesteron menurun karena his timbul.

b. Rangsang hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah ; oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

c. Pergangan otot rahim

Dengan majunya kehamilan, maka makin tereganglah otot-otot rahim sehingga menimbulkan kontraksi untuk mengeluarkan janin.

d. Pengeruh janin

Hipofise dan kadar suprarenal janin rupannya memegang peranan penting oleh karena itu pada ancephalus kelahiran lebih lama.

e. Rangsangan hormon prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kelahiran dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi miometrium

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Faktor Power

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

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat : kontraksi simetris, fundus dominan, kemudian diikuti rileksasi. Pada saat kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. kavum uteri menjadi lebih kecil mendorong janin dan kantong amnion kearah bawah rahim dan serviks.

sifat-sifat lain dar his adalah : involuntir, intermitten, terasa sakit, terkoordinasi dan sistematis yang kadang-kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisis, chemis dan psikis. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin, hal-hal yang harus di perhatikan dari his adalah

- (a) Frekuensi His : adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.
- (b) Intensitas his : adalah kekuatan his (adekuat atau lemah).
- (c) Durasi (lama his) : adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- (d) Interval his : adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2-3 menit.
- (e) Datangnya his : apakah sering, teratur atau tidak.

Istilah-istilah lain yang berhubungan dengan his adalah *pace maker* yaitu pusat koordinasi his yang berbeda di sudut tuba dimana gelombang his berasal, dari sini gelombang his bergerak ke dalam dan ke bawah. *Fundus dominant* adalah kekuatan paling tinggi dari his yang sempurna berada di fundus uteri. kekuatan his yang paling lemah berada pada segmen bawah rahim (SBR).

Perubahan-perubahan akibat his

- (a) Perubahan uterus dan serviks : Uterus terba keras / padat karena kontraksi. Serviks tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga setiap muncul his maka terjadi pendaratan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*) dan serviks.
- (b) Pada ibu : Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, terdapat pula kenaikan nadi dan tekanan darah.
- (c) pada janin : pertukaran oksigen pada sirkulasi utero – plasenter kurang sehingga timbul hipoksia janin. Denyut jantung melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Kalau betul-betul terjadi hipoksia yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin diatas 160 permenit dan tidak teratur.

Pembagian His dan sifat-sifatnya :

- (a) His pendahuluan : his tidak kuat dan tidak teratur namu menyebabkan keluarnya bloody show.
- (b) His pembukaan (Kala I) :menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (c) His pengeluaran (Kala II) : untuk mengeluarkan janin; sangat kuat, teratur, simetris, lerkordinir dan lama ; koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.
- (d) His Pelepasan un (Kala III) kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (e) His perigiring (Kala IV) kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

2) Tenaga nengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan intra abdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi (Henny, 2014)

Saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya,

mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya kebawah. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his. Tanpa tenaga mengejan ini anak tidak dapat lahir, misalnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan forceps. Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah plasenta lepas dan dinding rahim (Henny, 2014).

Faktor penolong persalinan meliputi cara memimpin mengejan (Mochtar, 2000), cara berkomunikasi dengan ibu, keterampilan menahan perenium pada saat ekspulsi kepala, anjuran posisi meneran (JNPK-KR, 2007) juga menjadi faktor penyebab terjadinya rupture perineum (Henny, 2014).

Kelahiran kepala harus dilakukan cara-cara yang telah direncanakan untuk memungkinkan lahirnya kepala dengan pelan-pelan. Lahirnya kepala dengan pelan-pelan dan sedikit demi sedikit mengurangi terjadinya Rupture. Penolong harus mencegah terjadinya pengeluaran kepala yang tiba-tiba oleh karena ini akan mengakibatkan rupture yang hebat dan tidak teratur, bahkan dapat meluas sampai *sphincter ani* dan rektum. Pimping mengejan sangat penting, dua kekuatan

yang bertanggung jawab untuk lahirnya bayi adalah kontraksi uterus dan kekuatan mengejan (Oxom, 2010).

b. Faktor Passenger

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah, dan posisi janin.

1) Sikap (Habitus):

Sikap janin menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang di dada.

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan yang lain. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi ke arah dada fleksi ke arah lutut. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak antara lengan dan tungkai. Sikap janin abnormal akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur (Nasriah, 2011).

2) Letak (Situs):

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya : (a) letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu, (b) letak membujur dimana

sumbu janin dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang.

Letak membujur (Longitudinal):

(a) Letak Kepala (97%) : (a) Letak fleksi = LBK (95,5%) (b)

Letak deglesi : Letak puncak kepala, Letak dahi & Letak muka (1,5%)

(b) Letak sungsang = letak bokong (2,5 – 3 %) : Letak

Bokong sempurna (*complete breech*), letak bokong tidak sempurna (*incomplete breech*)

(c) Letak lintang (*Transverse lie*) : (0,5-2%)

(d) Letak miring (*oblique lie*)

(1) Letak kepala mengolak

(2) Letak bokong mengolak

Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap punggung ibu. Ada dua macam letak janin yaitu memanjang atau vertikal dimana janin paralel dengan punggung ibu dan letak janin melintang atau horizontal dimana punggung janin membentuk sudut terhadap punggung ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi bokong dan letak lintang yang menjadi bagian presentasi adalah skapula bahu. Letak lintang janin akan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum (Hasriana, 2011).

3) Presentasi

Presentasi dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang di jumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu dan lain-lain. Hasil penelitian distribusi presentasi janin sebagian besar masuk dalam kategori normal. Hasil analisis distribusi berdasarkan analisis bivariate ibu dengan presentasi janin normal (belakang kepala) yang mengalami ruptur perineum sebanyak 357 (92%) dan ibu dengan presentasi janin tidak normal (Muka, dahir, bokong) yang mengalami ruptur perineum sebanyak 12 (92,3%). Hasil analisis multigravida diperoleh *p-value* 0,707 artinya tidak ada hubungan antara presentasi janin dengan ruptur perineum (Puspito,2014).

4) Bagian Terbawah janin

Bagian terbawah janin sama dengan presentasi hanya lebih diperjelas isilahnya.

5) Posis janin

Posis janin digunakan untuk indikator atau menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal-pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (uuk) kiri depan, uuk kana belakang.

Ada 5 variasi dari petunjuk arah (indikator) dari bagian terbawah janin:

(a) Letak belakang kepala (LBK)

Indikator : ubun-ubun kecil (uuk)

Variasi posisi :

- (1) Ubun-ubun kecil kiri depan : uuk.ki-dep
- (2) Ubun-ubun kecil kiri belakang : uuk.ki-bel
- (3) Ubun-ubun kecil melintang kiri : uuk.mel-ki
- (4) Ubun-ubun kecil kanan depan : uuk.ka-dep
- (5) Ubun-ubun kecil kanan belakang : uuk.ka-bel
- (6) Ubun-ubun kecil melintang kanan : uuk.mel-ka

(b) Presentasi dahi

Indikator : teraba dahi dan ubun-ubun besar (uub)

Variasi posisi :

- (1) Ubun-ubun besar kiri depan : uub.ki-dep
- (2) Ubun-ubun besar kiri belakang : uub.ki-bel
- (3) Ubun-ubun besar melintang kiri : uub.mel-ki
- (4) Ubun-ubun besar kanan depan : uub.ka-dep
- (5) Ubun-ubun besar kanan belakang : uub.ka-bel
- (6) Ubun-ubun besar melintang kanan : uub.mel-ka

(c) Presentasi muka

(4) punggung depan (dorso-superior) : PI

(f) Presentasi bahu (skapula):

posisi bahu dibagi :

(1) Bahu kanan : Bh.ka

(2) Bahu kiri : Bh.ki

(3) Bahu bawah (dorso-inferior). tentukan apakah :
tangan kiri (ta-ki) atau tangan kanan (ta-ka)

Indikator adalah ketiak (axilla)

(1) Ketiak menutup / membuka ke kanan

(2) ketiak menutup/ membuka ke kiri

(Yanti, 2009)

c. Faktor passage (jalan lahir)

passage atau jalan lahir terdiri atas: (a) bagian keras : tulang-tulang panggul (Rangka panggul) dan (b) bagian tulang lunak: otot-otot, jaringan-jaringan dan ligamen-ligament. Dalam proses persalinan normal janin harus melewati jalan lahir ini, jika jalan lahir normal, ukuran janin normal, maka dengan kekuatan normal pula persalinan pervaginam akan berlangsung tanpa kesulitan (Djuhadiyah, 2013).

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar

panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

1) Anatomi Jalan lahir

Jalan lahir merupakan jalan yang terbentuk secara alamiah untuk bayi atau janin pada saat keluar dari rahim ibu. Berikut ini dipaparkan beberapa penjelasan mengenai anatomi jalan lahir pada ibu melahirkan.

Jalan lahir terdiri atas :

- (a) Jalan lahir keras (pelvic atau panggul),
- (b) Jalan lahir lunak, segmen bawah rahim (SBR), serviks, vagina, introitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam rahim dan bawah panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levator ani, sedangkan bagian membrane disebut diafragma urogenetal.

Jalan lahir atau panggul keras merupakan bagian keras yang dibentuk oleh empat buah tulang, yaitu :

- (a) 2 tulang pangkal paha (Os Coxae) terdiri dari os ilium, os ischium, dan os pubis.

(b) 1 tulang kelangkang (os sacrum).

(c) 1 tulang tungging (os cocygis).

Os ilium atau tulang usus

(a) Ukuran terbesarnya dibanding tulang lainnya, sebagai batas dinding atas dan belakang panggul atau pelvis

(b) Pinggir atas os ilium yang tumpul dan menebal : crista iliaca

Os ischium atau tulang duduk

(a) Posisi os ischium terletak di bawah os ilium, pada bagian belakang terdapat empat duri dinamakan spina ischiadica.

(b) pada bagian bawah, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadicum.

Os pubis atau tulang kemaluan

(a) Membentuk suatu lubang dengan os ischium, yaitu foramen obturator. Fungsi di dalam persalinan belum diketahui secara pasti.

(b) Di atas foramen obturator dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menggabungkan dengan os ischium disebut ramus superior ossis pubis, sedangkan dinding bawah foramen dibatasi oleh ramus inferior ossis pubis.

- (a) Dibentuk oleh 3-5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga.
- (b) Pada kehamilan tahap akhir, koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah).

Perhubungan tulang-tulang panggul:

- (a) Di depan panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri.
- (b) Di belakang panggul terdapat artikulasi sakro-iliaka yang berhubungan os sacrum dan os ilium.
- (c) Di bagian bawah panggul terdapat artikulasi sacro-koksigis yang menghubungkan os sacrum dengan koksigis.

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian :

- (a) Panggul palsu atau *false pelvis* (*pelvis mayor*). Panggul palsu adalah bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.

- (c) pada ramus inferior ossis pubis kiri dan kanan membentuk sudut yang disebut arkus pubis. pada panggul wanita normal sudut ini tidak kurang dari 90o
- (d) Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberkulum pubic.

Os sacrum atau tulang kelangkang

- (a) Bentuk segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah.
- (b) terdiri lima ruas yang bersatu, terletak di antara os coxae dan merupakan dinding belakang panggul.
- (c) permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat dan dinamakan crista sacralis.
- (d) memperlebar luas panggul kecil atau pelvis minor.
- (e) Dengan lumbal ke-5 terdapat artikulasio lumbosacralis.
- (f) Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promontorium, di mana pada bagian ini bila pada waktu periksa dalam dapat teraba, berarti ada kesempitan panggul.

Os coccygis atay tulang ekor

- (b) Panggul sejati atau *true pelvis* (*Pelvis minor*). Bentuk pelvis minor ini menyerupai sesuatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.

Dalam obstetric, yang termasuk pelvis minor terdiri atas :

Pintu Atas Panggul (PAP) yang disebut juga pelvic inlet, terdiri dari

- (a) Bagian anterior PAP, yaitu batas sejati dibentuk oleh tepi atas tulang pubis.
- (b) Bagian lateralnya dibentuk oleh linea ilipectinea, yaitu sepanjang tulang inominata.
- (c) Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian anterior tepi atas sacrum dan promontorium sacrum.

Bidang tengah panggul (*midlet*) merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior pendek dan dinding posterior yang lebih cembung dan panjang. Rongga panggul melekat pada bagian posterior simpisis pubis, ischium, sebagian ilium, sacrum, dan koksigeum. Pintu bawah panggul (*outlet*) terletak pada batas bawah panggul sejati. Jika dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, agak menyerupai intan di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral oleh tuberositas ishium, dan bagian posterior oleh ujung koksigeum.

Ukuran-Ukuran Panggul

Pintu Atas Panggul, terdiri dari :

- (a) Konjugata diagonalis, di pinggir bawah symphysis pubis ke promontorium sepanjang 12,5 cm.
- (b) konjugata vera, di pinggir atas symphysis pubis ke promontorium : konjugata diagonalis – 1,5 cm = 11 cm,
Conjugate vera adalah ukuran PAP yang utama yang dapat diukur secara tidak langsung.
- (c) konjugata transversal : antara dua linea innominata : 12 cm – 13 cm pada panggul normal teraba promontorium teraba, bila ukuran CV di atas 10 cm dianggap panggul dalam batas normal.

Ruang Tengah Panggul

- (a) Bidang Luas Panggul : pertengahan symphysis ke pertemuan os sacrum 2-3 sekitar 12,75 x 12,5 cm. Keadaan seperti ini dalam persalinan tidak akan mengalami kesukaran.
- (b) Bidang sempit panggul : tepi bawah symphysis menuju spina ischiadika. Sekitar 11,5 x 11 cm.
- (c) jarak kedua spina adalah 10-11 cm.

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT).

Bidang Hodge, antara lain:

- (a) Hodge I dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- (b) Hodge II sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- (c) Hodge III sejajar dengan hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- (d) Hodge IV sejajar I, II, III setinggi os coccygis.

Jenis-jenis panggul

Caldwell-Mcloy mengemukakan 4 jenis panggul, antara lain:

- (a) Ginekoid

Panggul ini merupakan panggul ideal perempuan, bentuknya bulat. Diameter anterior sama dengan diameter transversal.

- (b) Android

Panggul pria, PAP segitiga, diameter transversal dekat dengan sacrum.

Terletak dari ovarium menuju ke bagian belakang fundus uteri. Berfungsi sebagai tempat bergantungnya ovarium ke rahim (uterus).

3. Ligamentum infundibulo-pelvikum

Teletak dari ovarium sampai ke dinding panggul. Berfungsi untuk tempat bergantungnya ovarium ke dinding panggul. Di dalam ligamen ini terdapat urat-urat syaraf kelenjar limfa serta arteri dan vena ovarika untuk membenkan darah ke ovarium dan uterus.

ligamentum pada tuba fallopi. Tuba fallopi merupakan saluran memanjang sebelah infundibulum yang bertugas sebagai tempat fertilisasi dan jalan bagi sel ovum menuju uterus dengan bantuan silia pada dindingnya. Tuba fallopi berasal dari ujung ligamentum latum berjalan ke arah lateral, dengan panjang sekitar 12 cm. Bagian-bagian dari Tuba Fallopi adalah .

- a) Pars interstitialis : bagian yang terdapat di dekat dinding uterus.
- b) Pars isthica : bagian medial tuba yang sempit.
- c) Pars ampularis : bagian tuba tempatnya bertemunya ovum dan sperma (pembuahan/konsepsi)

(c) Anthropoid

PAP lonjong seperti telur, diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter transversal.

(d) Platipoid

Picak menyerupai arah muka belakang, diameter transversal lebih besar daripada diameter anteroposterior.

Bagian lunak jalan lahir

Bagian ini tersusun atas segmen bawah uterus, serviks, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul :

a. Ligamentum

Ligamentum pada ovarium (indung telur)

Indung telur merupakan sumber hormonal perempuan yang paling utama. Indung telur mengeluarkan telur (ovum) setiap bulan silih berganti kanan dan kiri. Wanita umum mempunyai dua indung telur kanan dan kiri. Ovarium atau dinding telur terletak antara rahim dan dinding panggul.

2. Ligamentum ovarii proprium

tempatya agak lebar.

- d) Pars infundibulo : bagian tuba yang dekat dengan ovarium dan terdapat fimbriae

Ligamen yang ada pada tuba fallopi antara lain, ligamentum latum sinisira dan dextra. Ligamentum ini terletak di sebelah lateral kanan-kiri dari uteurs yang berupa lipatan peritoneum, meluas sampai ke dinding panggul dan dasar panggul sehingga seolah-olah menggantung pada tuba fallopi. Fungsi dari ligamentum ini adalah untuk menutupi tuba uterina dan uterus, di sebelah belakang ligamentum latum terdapat ovanum/indung telur.

Ligamentum pada rahim (uterus) terletak di panggul kecil antara rektum dan terdapat kandung kemih di depannya. Bagian bawah rahim disangga oleh ligamen yang kuat sehingga bebas untuk tumbuh dan berkembang saat kehamilan. Uterus di dalam perut terapung-apung, tetapi terfiksasi oleh jaringan-jaringan ikat dan ligamenentum. Secara histologi, uterus dibagi menjadi tiga bagian :

- a) Endometrium, yaitu lapisan uterus yang paling dalam yang tiap bulan lepas sebagai darah menstruasi,
- b) Miometrium, yaitu lapisan tengah lapisan ini terdiri dari otot polos,

- c) Perimetrium, merupakan lapisan luar yaitu terdiri dari jaringan ikat.

Ligamentum-ligamentum yang mengfiksir uterus adalah ligamentum cardinale sinistra dan dextra (Mackenrodt) yang terletak di kiri dan kanan dan serviks setinggi stium uteri internum ke dinding panggul. Fungsinya adalah untuk mencegah supaya uterus tidak turun. Di dalamnya terdapat pembuluh darah arteria dan vena uterine. Sementara itu, penyebab uterus turun adalah karena sudah sering melahirkan, perempuan yang sering melahirkan seringkali dipijat, dan juga usia yang menginjak tua.

Ligamentum Rotundum sinistra dan dextra. Ligamen ini berjalan dari daerah fundus uteri ke dinding panggul. Berbentuk memanjang dari tiap sisi kornu uteri, berjalan sampai lebar anterior peritonium ligamentum latum menuju 3 arah, yaitu ke bawah, ke luar, lalu ke dalam menuju cincin kanalis Inguinalis menembus jaringan yang lebih dalam pada labium mayus. Fungsi ligamen ini adalah sebagai penggantung puncak vagina dan memelihara uterus dalam posisi yang normal. Pada perempuan hamil yang sering mengalami nyeri pada daerah kaki bawah dikarenakan oleh ligamen rotundum tegang.

- d. Psikis Ibu

Ternyata dalam fase persalinan juga terjadi peningkatan kecemasan, dengan makin meningkatnya kecemasan akan semakin meningkatkan intensitas nyeri. Fenomena berhubungan antara cemas dan nyeri dan sebaliknya merupakan hubungan yang berkorelasi positif, yang menurut Cacers dan Bum (1997) mempunyai pola hubungan seperti spiral yang ujungnya membesar.

Dengan makin majunya proses persalinan, menyebabkan perasaan ibu hamil semakin cemas dan rasa cemas tersebut menyebabkan rasa nyeri semakin intens, demikian pula sebaliknya. Sensasinya nyeri yang diderita oleh ibu bersalin tersebut berasal dari sinyal nyeri yang timbul saat otot rahim berkontraksi dengan tujuan mendorong bayi yang ada didalam rahim keluar.

Menurut Granly Dick Reed (1933) seorang pelopor metoda Natural Childbirth (persalinan alamiah) bahwa penyebab nyeri persalinan adalah suatu yang fear-tension pain syndrome, yaitu sensasi yang timbul akibat kontraksi otot rahim bagian bawah, yang dipersepsi ibu bersalin sebagai nyeri. Persalinan sendiri sebenarnya tidak mengandung komponen yang menimbulkan nyeri seperti pada trauma, perlakuan jaringan dan adanya serabut sensorik pembawa sensasi nyeri.

regangan segmen bawah rahim, menyatu dengan kondisi psikologis ibu selama persalinan.

Kecemasan, kelelahan, kehabisan tenaga, kekhawatiran ibu, seluruhnya menyatu sehingga dapat memperberat nyeri fisik yang sudah ada. Begitu nyeri persepsi semakin intens, kecemasan ibu meningkat semakin berat, sehingga terjadi siklus nyeri-stres-nyeri dan seterusnya hingga akhirnya ibu yang bersalin tidak mampu lagi bertahan (Caceres dan Bum, 1997).

Nyeri adalah suatu fenomena subyektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama bahkan pada wanita yang samapun, nyeri karena persalinan saat ini tidak sama dengan persalinan yang lalu (Schats, 1986). Oleh karenanya strategi coping setiap individu dapat menurunkan intensitas nyeri. Apabila kemampuan coping tidak mampu mengatasi nyeri, dapat dipastikan timbul stres dengan berbagai akibat. Strategi coping adalah proses pengelolaan tuntutan yang menimbulkan tantangan dan ketegangan (Folkman dan Lazarus, 1988). Menurut Mocance dan Sheiby (1994) : coping adalah kemampuan untuk mengelola stres yang di alami individu.

Stres persalinan tidak hanya berpengaruh pada ibu, tetapi berpengaruh pada juga terhadap janin. Sebab ibu ibu

Penyebab nyeri adalah karena timbulnya ketegangan mental akibat rasa takut. Kebenaran konsep tersebut sekarang diragukan yang sekarang dianggap benar adalah pendapat masa kini, yang mengikuti teori yang dipelopori oleh Melzacks dan Wall (1965) yang terkenal disebut "The Gate Control Theory of Pain". Menurut teori tersebut proses timbulnya nyeri melewati proses transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologi yang menyertai kehidupan setiap wanita. Walaupun prosesnya fisiologi, tetapi pada umumnya menakutkan, karena disertai nyeri berat bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa.

Perubahan fungsi berbagai organ selama kehamilan, dan perubahan status vital selama persalinan, dapat mengganggu homeostatis tubuh secara keseluruhan. Nyeri persalinan sendiri sebenarnya adalah nyeri akibat kontraksi miometrium disertai mekanisme perubahan fisiologi dan biokimiawi. Disamping itu faktor fisik, faktor psikologi emosi dan motivasi juga mempengaruhi timbulnya nyeri persalinan.

Dari aspek fisik, makin kuat dan makin lama kontraksi miometrium, makin berat intensitas nyeri yang timbul (Booji, 1986). Nyeri persalinan dan kelahiran merupakan kombinasi antara nyeri fisik akibat kontraksi miometrium disertai

yang mengalami stres, sinyalnya berjalan lewat aksis HPA (Hipotalamus-Pituitari-Adrenal) dapat menyebabkan lepasnya hormon stres antara lain ACTH, Kortisol, Katekolamin, B-Endoprint, GH, Prolaktin dan LH/FSH. Akibatnya terjadi vasokonstriksi sistemik, termasuk diantaranya kontriksi vasa utero plasenta yang menyebabkan gangguan aliran darah dalam rahim sehingga penyampaian oksigen (O₂) kedalam miometrium terganggu, berakibat melemahnya kontraksi otot rahim.

Dengan memahami mekanisme timbulnya nyeri persalinan dan kelahiran, dapat diusahakan mengurangi sampai kehilangan kecemasan dan nyeri persalinan dan kelahiran, misalnya dengan cara farmakologis, non-farmakologis, blok syaraf atau pendekatan psikologis.

Hasil akhirnya ibu melewati proses persalinan dengan tenang dan percaya diri, dapat mentoleransikan ketegangan dan nyeri yang masih ada. Demikian pula kondisi bayi yang baru saja dilahirkan tidak mengalami gangguan oksigenasi, sehingga proses persalinan dan kelahiran bayi tidak lagi merupakan kejadian gawat dan menakutkan, tetapi berusaha menjadi pengalaman hidup yang menyenangkan bagi si ibu beserta keluarganya (Yanti, 2009).

e. Penolong Persalinan

Salah satu faktor yang sangat berpengaruh terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Tahun 2006, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia masih sekitar 76%, artinya masih banyak pertolongan persalinan yang masih dilakukan oleh dukun bayi dengan cara tradisional yang dapat menyebabkan keselamatan ibu dan bayinya.

Keterampilan yang diajarkan dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai standar asuhan bagi semua ibu bersalin di setiap tahap persalinan oleh setiap penolong persalinan dimanapun hal tersebut terjadi. Persalinan dan kelahiran bayi dapat terjadi di puskesmas, rumah sakit, atau rumah sakit. Penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan.

Faktor penolong persalinan memegang peranan yang sangat penting, oleh karena keberhasilan persalinan yang menghasilkan ibu dan bayi yang sehat dan selamat ditentukan oleh penolong persalinan yang terampil dan kompeten (Yanti, 2009).

5. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama janin selama persalinan meliputi, Engagement, penurunan kepala, fleksi, rotasi dalam atau putaran paksi dalam, ekstensi, rotasi luar atau putaran paksi luar, ekspulsi.

- a. *Engagement* (fiksasi) = masuk

Engagement ialah masuknya kepala dengan lingkaran terbesar (diameter biparetal) melalui PAP. Pada primigravida kepala janin mulai turun pada umur kehamilan kira-kira 36 minggu, sedangkan pada multigravida pada kira-kira 38 minggu, kadang-kadang baru pada permulaan partus (Wiknjosastro, 2013)

Engagement lengkap terjadi bila kepala sudah mencapai Hodge III, bila *engagement* sudah terjadi maka kepala tidak dapat berubah posisi lagi, sehingga posisinya seolah-olah terfiksir di dalam panggul, oleh karena itu *engagement* sering juga disebut fiksasi. Pada kepala masuk PAP, maka kepala dalam posisi melintang dengan sutura sagitalis melintang sesuai dengan bentuk yang bulat dan melonjong.

Seherusnya pada waktu kepala masuk PAP sutura sagitalis akan tetap berada di tengah yang disebut *Syncitismus*. Tetapi kenyataannya, sutura sagitalis dapat bergeser kedepan atau kebelakang disebut *Asyncitismus*. *Asyncitismus* di bagi menjadi 2 yaitu :

- 1) *Asyncitismus anterior* : *naegele obliquity* yaitu bila sutura sagitalis bergeser mendekati promontorium.
- 2) *Asyncitismus posterior* : *litzman obliquity* yaitu bila sutura sagitalis mendekati symfisis.

b. Penurunan kepala

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan, terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. keadaan tersebut disebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir, penurunan kepala itu juga disebabkan oleh tekanan cairan intrauterine, kekuatan mengejan atau kontraksi otot-otot abdomen, dan posisi badan anak yang melurus.

c. Fleksi

Pada awal persalin, kepala bayi fleksi ringan. Seiring kepala yang maju, biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan tersebut, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal tersebut disebabkan oleh tahanan dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipitofrontalis (11 cm). sampai di dasar panggul, kepala janin biasanya berada dalam keadaan fleksi maksimal. Beberapa teori mengungkapkan bahwa fleksi terjadi karena anak di dorong maju, sedangkan pada saat yang bersamaan,

serviks, dinding panggul atau dasar panggul menahan laju tersebut sehingga fleksi.

d. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam pemutaran ubun-ubun kecil (UUK) dari bagian depan yang menyebabkan bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke arah depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang, kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian tersebut akan memutar ke depan, ke arah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. Ekstensi

Setelah kepala janin sampai di dasar panggul dan UUK berada di bawah simpisis, terjadi ekstensi dan jalan lahir. Hal tersebut disebabkan oleh sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai panggul tidak dilakukan ekstensi, kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Suboksipito yang tertahan pada pinggir bawah simpisis dapat menjadi pusat pemutaran (hipomoklion), sehingga lahir berturut-turut pada pinggir atas perineum, yaitu

ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

f. Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang telah lahir selanjutnya mengalami restitusi, yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggungnya untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintas pintu dalam keadaan miring dan akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya di dalam rongga panggul. Dengan demikian setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam di dasar panggul dan ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteriorposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu, kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak.

g. Ekspulsi

Setelah pemutaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomoktion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalin lahir. Kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin berukuran rata-rata menyebabkan sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat, segera setelah mencapai dasar

panggul, dan persalinan tidak begitu bertambah panjang. Akan tetapi, pada kira-kira 5-10% kasus, keadaan yang menguntungkan tersebut tidak terjadi. Sebagai contoh, kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya memungkinkan rotasi yang tidak sempurna atau tidak terjadi sama sekali, khususnya bila janin besar.

6. Tahap Persalinan

Tahap persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu:

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*).

Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka. Kala pembukaan di bagi atas 2 fase

- 1) Fase laten - pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- 2) Fase Aktif - berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase :
 - (a) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (b) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

- (c) Periode deselerasi : berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Dalam buku-buku, proses membukanya serviks disebut dengan istilah : melembek (*softening*), menipis (*thinned out*), terobliterasi (*obliterated*), mendatar dan tertarik ke atas (*effeced and taken up*), dan membuka (*dilatation*).

Perbedaan proses pematangan dan pembukaan serviks (*cervical effacement*) pada primigravida dan multipara :

- 1) Pada primigravida terjadi penipisan serviks lebih terlebih dahulu sebelum terjadi pembukaan, sedangkan pada multipara serviks telah lunak akibat persalinan sebelumnya, sehingga langsung terjadi proses penipisan dan pembukaan.
- 2) Pada primigravida, ostium internum membuka terlebih dahulu daripada ostium eksternum (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti lingkaran kecil di tengah), sedangkan pada multipara, ostium internum dan eksternum membuka bersamaan (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti garis lebar).

Periode Kala 1 pada primigravida lebih lama kira-kira 20 jam di bandingkan multipara kira-kira 14 jam karena

pematangan dan pelunakan serviks pada fase laten pasien primigravida memerlukan waktu lebih lama.

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkungan refleksi menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan lenda anus terbuka.

pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mengedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1 $\frac{1}{2}$ -2 jam, pada multi $\frac{1}{2}$ -1 jam.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Un)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus terasa keras dengan fundus uteri sebagai pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his, pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus

uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc.

d. Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Rustam mochtar, 2011).

7. Tanda-tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki "bulan-nya" atau "minggunya" atau "han-nya" yang disebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*). Kala pendahuluan memberikan tanda sebagai berikut:

- a. *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tersebut tidak begitu jelas.
- b. perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- d. perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut "*false labor pains*".

- e. serviks menjadi lembek; mulai menjadar, dan reaksinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show* (Rustam, 2011).

Menurut Yanti, 2009 Tanda-tanda persalin sebagai berikut :

a. His persalinan

Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut :

- 1) Nyau melingkar dan punggung memancar ke perut depan
- 2) makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- 3) kalau dibawah berjalan bertambah kuat
- 4) mempunyai pengaruh pada pendataran dan pembukaan serviks.

b. Bloody show (Lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervikalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

c. Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekoyong-koyongnya dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau

selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah dan pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek.

B. Tinjauan Umum Tentang Rupture Perineum

1. Pengertian Rupture Perineum

- a. Perineum adalah bagian dari permukaan pintu bawah panggul, yang terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Wiknjosastro, 2013).
- b. Rupture perineum adalah adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan (Mochtar, 2013).

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma perseps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi. Oleh sebab itu, pada setiap persalinan hendaklah dilakukan inspeksi yang teliti untuk mencari kemungkinan adanya robekan ini. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara melakukan inspeksi pada vulva, vagina, dan serviks dengan memakai spekulum untuk mencari sumber perdarahan dengan ciri warna darah yang merah segar dan pulsatif sesuai denyut nadi (Saifuddin, 2014).

2. Klasifikasi ruptur perineum

a. Ruptur perineum spontan

Ruptur perineum spontan adalah perukaan jalan lahir atau robekan perineum secara tidak sengaja karena sebab-sebab tertentu. Luka ini terjadi pada saat persalinan.

b. Ruptur perineum yang di sengaja (Episiotomi)

Dalam arti sempit, episiotomi adalah insisi pudendus. Perineotomi adalah insisi perineum. Namun, secara umum istilah *episiotomi* sering disamakan dengan *perineotomi*, suatu istilah yang akan kita gunakan di sini. Insisi dapat dilakukan di garis tengah, membentuk *episiotomi medium* atau *garis tengah*. Insisi juga dapat dimulai di garis tengah tetapi di arahkan ke lateral dan menuju ke bawah menjauhi rektum, disebut *episiotomi medialis lateral* (Obstetri, Willian, 2012).

3. Penyebab ruptur perineum

Penyebab terjadinya ruptur perineum adalah :

a. penyebab maternal mencakup :

- 1) Partus Presipitatus yang tidak di kendalikan dan tidak ditolong
- 2) pasien tidak mampu berhenti mengedan
- 3) partus di selesaikan secara tergesah-gesah dengan dorongan fundus yang berlebihan.

- 4) edema dan kerapuhan pada perineum
- 5) varikosititas yang melemahkan jaringan pada perineum
- 6) arcus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi ke arah posterior
- 7) perluasan episiotomi.

b. Penyebab janin mencengkrup

- 1) posisi kepala yang abnormal, seperti presentasi muka dan oksipito posterior,
- 2) kelahiran bokong
- 3) ekstraksi forseps yang sukar
- 4) distosia bahu
- 5) *anomaly congenital*, seperti hidrosepalus
(Harry Oxom & willam, 2010).

4. Laserasi Rupture Perineum (Robekan Perineum)

Robekan pada perineum terjadi pada hampir semua persalinan dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya, namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan jalan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat.

5. Tingkat Rupture Perineum dapat dibagi atas empat :

- a. Rupture Perineum tingkat I : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.
- b. Rupture perineum tingkat II : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum.
- c. Rupture perineum tingkat III : mukosa vagina, komisura posterior, otot perineum, dan sfingter ani.
- d. Rupture perineum tingkat IV : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, sfingter ani, dan dinding depan rektum (Harry Oxorn & william, 2010).

6. Tanda dan Gejala Rupture Perineum

- a. Perdarahan segera
- b. Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
- c. Uterus tidak berkontraksi baik
- d. Plasenta tidak normal
- e. Pucat
- f. Lemah
- g. Menggigil

7. Penanganan Rupture Perineum

- a. Untuk mencegah luka yang jelek dan tapi luka yang tidak rata dan kurang bersih, pada beberapa keadaan di lakukan episiotomi, pada keadaan lain, cukup dengan pimpinan persalinan yang baik.

- b. Apabila dijumpai robekan perineum, lakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis; perhatikan jangan sampai ada ruang kosong terbuka ke arah vagina (*dead space*). Ruang tersebut dapat dimasuki bekuan-bekuan darah yang akan menyebabkan tidak baiknya penyembuhan luka.
- c. Berikan antibiotik yang cukup.
- d. Pada luka perineum karna (*old perineal tear*), lakukan perineoplasti dengan membuat luka baru dan menjahitnya kembali sebaik-baiknya (Rustam M,2011).

8. Penatalaksanaan Rupture perineum

- a. Tingkat I tidak perlu di jahit jika tidak ada perdarahan dengan posisi luka baik.
- b. Tingkat II jahit menggunakan tehnik yang sesuai dengan kondisi.
- c. Tingkat III dan IV Penolong Asuhan Persalinan Normal (APN) tidak dibekali keterampilan untuk resipasi laserasi perineum Tingkat III dan IV segera rujuk ke fasilitas rujukan (Sulistyawati & Nugrahery,2009).

C. Tinjauan Umum Tentang Rupture Perineum Tingkat II

1. Pengertian Rupture Perineum Tingkat II

Rupture perineum tingkat II adalah keadaan dimana robekan pada dinding belakang vagina dan jaringan ikat yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenetalis pada garis tengah terluka (Yani,2009).

Laserasi tingkat II merupakan luka robekan yang lebih dalam. Luka ini terutama mengenai garis tengah dan melebar sampai corpus perineum. Acapkali musculus perineus transversus turut terobek dan robekan dapat turun tapi tidak mencapai sphincter recti. Biasanya robekan meluas ke atas di sepanjang mukosa dan jaringan submukosa. Keadaan ini menimbulkan laserasi yang berbentuk segitiga ganda dengan dasar pada fourchette, salah satu apex pada vagina dan apex lainnya dekat rectum (Harry oxom & william,2010).

2. Faktor-Faktor Terjadinya Rupture Perineum Tingkat II

a. Berat bayi baru lahir normal

Sekitar 2500 sampai 4000 gram. Semakin besar bayi yang dilahirkan meningkatkan resiko terjadinya robekan perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki bobot yang lebih dari 4000 gram.

Dapat diketahui bahwa dari 97 orang (100%) di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan, ibu berdasarkan yang

terjadi *Rupture Perineum* pada berat badan lahir >4000 gram (berat lebih) sebanyak 50 Orang (25,8%), ibu bersalin yang terjadi *rupture perineum* pada berat badan lahir 2500-4000 gram (normal) sebanyak 11 orang (11,3%). ibu bersalin yang tidak terjadi *rupture perineum* pada berat badan lahir 26 orang (26,8%), ibu bersalin yang tidak terjadi *rupture perineum* pada berat badan lahir 2500-4000 gram (normal) sebanyak 35 orang (38,1%).

Menurut asumsi penelitian ada hubungan berat badan bayi lahir dengan *Rupture perineum*. Hal itu dikarenakan semakin besar berat badan bayi, akan semakin besar resiko terjadinya *rupture perineum*, karena perineum tidak cukup menahan regangan kepala bayi dengan berat badan bayi yang besar sehingga pada proses kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi *rupture perineum*. Berat badan bayi yang berlebihan juga akan meningkatkan resiko macet bahu yang pada akhirnya akan semakin meningkatkan resiko terjadinya robekan pada *perineum* (Muslimah sigalingging,2018).

b. Paritas

Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati, bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu.

Rupture perineum terjadi pada hampir semua persalinan dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan ini tidak dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala.

Rupture perineum spontan terjadi hampir terutama pada semua masa persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Paritas mempengaruhi kejadian ruptur perineum spontan. Pada setiap persalinan jaringan lunak dan struktur di sekitar perineum mengalami kerusakan. Kerusakan biasanya terjadi lebih nyata pada wanita primigravida dalam artian wanita yang belum pernah melahirkan yang viable (nullipara) dari pada wanita multigravida dalam artian wanita yang sudah pernah melahirkan bayi yang viable lebih dari satu kali (multipara). Menurut asumsi peneliti paritas mempunyai hubungan yang signifikan dengan *rupture perineum*, hal ini dikarenakan pada anak

primigravida jaringan lunak *perineum* dan struktur bagian jalan lahir akan mengalami kerusakan karena anak pertama saat bersalin otot ibu *perineum* akan meregang dan belum pernah ada pengalaman untuk bersalin (Muslimah S, 2018).

c. Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada diantara *fleksi maksimal* dan *defleksi maksimal*, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada umumnya presentasi dahi merupakan kedudukan yang bersifat sementara, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi belakang kepala. Kepala masuk melalui pintu atas panggul dengan *sirkumferensia maksillopenetalis* serta *sutura frontalis* melintang atau miring, setelah terjadi *moulage*, dan ukuran terbesar kepala telah melalui pintu atas panggul, dagu memutar kedepan, karena besarnya ukuran ini, kepala baru dapat masuk ke dalam rongga panggul setelah terjadi *moulage* untu menyesuaikan diri pada besar dan bentuk pintu atas panggul. Persalinan membutuhkan waktu yang lama dan hanya 35% berlangsung spontan. Angka kematian perinatal lebih dari 20%, sedangkan persalinan pervaginam berakibat

perluasan luas pada perineum dan jalan lahir lainnya (Winkjosastro,2010).

Hasil penelitian distribusi presentasi janin sebagian besar masuk dalam kategori normal. Hasil analisis distribusi berdasarkan analisis bivariat ibu dengan presentasi janin normal (belakang kepala) yang mengalami ruptur perineum sebanyak 357 (92%) dan ibu dengan presentasi janin tidak normal (muka,dahi, bokong) yang mengalami ruptur perineum sebanyak 12 (32,3%). Hasil analisis multivariat diperoleh *p-value* 0,070 artinya tidak ada hubungan antara presentasi janin dengan ruptur perineum.

Presentasi adalah letak hubungan sumbu memanjang janin dengan sumbu memanjang panggul ibu (Dorland 1998). Presentasi digunakan untuk menentukan bagian yang ada di bagian bawah rahim yang di jumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Macam-macam presentasi janin dapat dibedakan menjadi presentasi muka, presentasi dahi, dan presentasi bokong. Faktor predisposisi presentasi janin yang tidak normal adalah wanita multipara, kehamilan ganda (gemeli), polihidramnion/oligohidramnion, plasenta previa, kelainan bentuk uterus atau terdapat

massa (misal : miom) dan persalinan preterm (Puspito Panggih Rahayu, 2016).

d. Distosia bahu

Distosia bahu adalah kesulitan persalinan pada saat melahirkan bahu. Pada presentasi kepala, bahu anterior terjepit di atas *simfisis pubis* sehingga bahu tidak dapat melewati panggul kecil atau bidang sempit panggul. Distosia bahu terjadi jika bahu masuk ke dalam panggul kecil dengan diameter biakromial pada posisi anteriorposterior dan panggul sebagai pengganti diameter obliq panggul yang mana diameter obliq sebesar 12,75 cm lebih panjang dari diameter anteriorposterior (sumrah,2009).

Berat badan bayi yang berlebihan juga akan meningkatkan resiko macet bahu yang pada akhirnya akan semakin meningkatkan resiko terjadinya robekan pada *perineum* (Muslimah, 2018)

3. Penanganan Rupture Perineum Tingkat II

penanganan ruptur perineum tingkat II dilakukan lapis demi lapis :

- a. Jahitan terputus, menerus ataupun jahitan simpul digunakan untuk merapatkan tepi mukosa vagina dan submukosanya.

- b. Otot-otot yang dalam pada corpus perineum dijahit menjadi satu dengan jahitan terputus.
- c. jahitan subcutis bersambung atau jahitan terputus, yang disimpul secara longgar, menyatukan kedua tepi kulit (Harry Oxom & william, 2010).

4. Teknik Menjahit Rupture Perineum Tingkat II

Sebelum dilakukan penjahitan ruptur perineum tingkat II, jika dijumpai pinggir yang tidak rata atau bergelombang, maka pinggir bergelombang tersebut harus diratakan terlebih dahulu. Pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing di klem terlebih dahulu, kemudian digunting setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan. Mula-mula otot-otot di jahit dengan catgut, kemudian selaput lendir vagina di jahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur penjahitan selaput lendir vagina di mulai dari puncak robekan, terakhir kulit perineum di jahit dengan benang sutera secara terputus-putus (vicky chapman & cathy charles, 2013).

5. Perawatan Rupture Perineum Tingkat II

Perawatan ruptur perineum adalah pemenuhan kebutuhan untuk menyetatkan daerah antara paha yang dibatasi vulva dan anus pada ibu yang dalam masa antara

kelahiran plasenta sampai dengan kembalinya organ genetik seperti pada waktu sebelum hamil (Anominity,2009).

6. Tujuan Perawatan Luka Rupture perineum

- a. Untuk mencegah terjadinya infeksi di daerah vulva, perineum, maupun didalam uterus.
- b. Untuk penyembuhan luka perineum (jahitan perineum)
- c. Untuk kebersihan perineum dan vulva
- d. Untuk mencegah infeksi seperti diuraikan diatas bahwa saat persalinan vulva merupakan pintu gerbang masuknya kuman-kuman, bila daerah vulva dan perineum tidak bersih, mudah terjadi infeksi pada jahitan perineum saluran vagina dan uterus (Wahyu 2011).

7. Pengobatan Rupture Perineum

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah dengan pemberian obat amoxicilin 500 mg, asam mafenamet 500 mg. Jika infeksi berat, berikan antibiotika, infeksi berat tanpa disertai jaringan dalam : ampisilin oral 4 x 500 mg (5 hari) dan metronidazoloral 3 x 400 mg (5 hari). Infeksi berat dan dalam, mencakup otot dan menyebabkan nekrosis (necrotizing fasciitis) : penisilin G 2 juta unit setiap 6 jam dan gentamish 5 mg/kg berat badan IV setiap 24 jam dan metronidazole 500 mg IV setiap 8 jam.

Sampai jaringan nekrotik dihilangkan dan bebas demam 48 jam. Setelah bebas demam 48 jam berikan ampisilin oral 4 x 500 mg (5 hari) dan metronidazol oral 3 x 400 mg 5 hari (Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan, 2013).

8. Komplikasi

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

a. Perdarahan

Perdarahan robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uteri (rupture uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arteri atau pecahnya pembuluh darah vena.

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan

cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menilai tonus otot.

b. Fistula:

Fistula akibat pembedahan vagina makin lama makin jarang karena tindakan vaginal yang sulit untuk melahirkan anak banyak diganti dengan seksio sear. Fistula dapat terjadi mendadak karena perforasi pada vagina yang menembus kandung kemih atau rektum, misalnya oleh perforator atau alat untuk dekapitasi, atau karena robekan serviks menjalar ke tempat-tempat tersebut. Jika kandung kemih luka, urine segera keluar melewati vagina.

c. Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus pada persalinan karena adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang di tandai dengan rasa nyeri pada perineum dan vulva berwarna biru dan merah. Hematoma dibagian pelvis bisa terjadi dalam vulva perineum dan fosa iskiorektalis. Biasanya karna 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.

d. Infeksi

Infeksi pada masa nifas adalah peradangan di sekitar alat genital pada kala nifas. Perukaan persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh sehingga menimbulkan infeksi. Dengan ketentuan peningkatan suhu timbul melebihi 37,5 celcius tanpa menghitung preksia nifas. Setiap wanita yang mengalami periksa nifas diperhatikan, disolasi dan dilakukan inspeksi pada genetalia untuk mencari laserasi, robekan atau luka episiotomi.

D. Tinjauan Umum Tentang Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Dalam pelayanan kebidanan, manajemen adalah proses pelaksanaan pemberian pelayanan kebidanan untuk memberikan asuhan kebidanan pada klien dengan tujuan menciptakan kesejahteraan ibu dan anak, kepuasan pelanggan dan kepuasan bidan sebagai *provider* (Elda, 2017).

2. Proses Manajemen Kebidanan

Manajemen terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir ke evaluasi. Langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap dan dapat di aplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut dapat dipecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien. Langkah dalam manajemen pelayanan kebidanan dan tujuh langkah yang diuraikan di bawah ini :

a. Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama yaitu pengumpulan data dasar pada langkah ini dilakukan pengumpulan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara berikut :

- 1) Anamnesis : mendapat data secara subjektif dari pasien melalui biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikospiritual, dan pengetahuan klien.
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.
- 3) pemeriksaan penunjang : tes laboratorium, catatan terbaru dan sebelumnya.

Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnese, dari hasil yang telah dilakukan adalah keadaan umum ibu baik dan merasa lemah setelah melahirkan, dan merasakan nyeri pada daerah jalan lahir, tetapi tidak mengganggu aktivitas ibu (Rukiyah, 2009).

Pada data ini, data objektif menggambarkan pendokumentasian hasil melalui pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan secara langsung dan di berikan sebagai langkah 1 Varney. Adapun hasil pemeriksaan langsung yang di dapatkan pada kasus robekan jalan lahir itu keadaan ibu setelah melahirkan, tampak laserasi atau robekan pada daerah selaput lendir vagina dan kulit sampai pada otot-otot perineum, kulit perineum mulai dan tegang, kulit perineum berwarna pucat dan mengkilat, serta tampak perdarahan keluar dari lubang vulva (Eida, 2017).

Menurut Leveno, *et al.*, 2009 menyatakan bahwa usia wanita yang melahirkan dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, merupakan faktor resiko terjadinya perdarahannya yang salah satunya diakibatkan oleh rupture perineum dan komplikasi yang dapat menyebabkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan usia di bawah 20

tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, rahim dan panggul sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Sebagai akibatnya pada umur tersebut bisa melahirkan, bisa mengalami persalinan lama, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan, sehingga hamil pada usia tersebut mempunyai kemungkinan lebih besar untuk terjadinya persalinan lama dan komplikasi lebih besar (Yunida Haryanti dkk, 2019).

Menurut asumsi peneliti paritas mempunyai hubungan yang signifikan dengan *rupture perineum*, hal ini dikarenakan pada anak primipara jaringan lunak *perineum* dan struktur bagian jalan lahir akan mengalami kerusakan karena anak pertama saat bersalin otot ibu *perineum* akan merenggang dan belum pernah ada pengalaman untuk bersalin (Muslimah, 2018)

Jarak anak yang ideal untuk menjaga kesehatan ibu dan anak adalah 2-5 tahun. Jarak yang ideal tersebut akan memberikan kesempatan kepada anak untuk tumbuh dan berkembang dengan lingkungan dan gizi yang optimal. Pengaturan jarak kehamilan yang ideal juga akan berdampak terhadap kesehatan ibu. Kesehatan reproduksi

ibu akan mengalami pemulihan yang optimal jika jarak kehamilan tidak terlalu dekat. Akan tetapi jika jarak terlalu jauh atau terlalu lama juga kurang bagus bagi kesehatan ibu. Hal ini dapat terlihat dari hasil penelitian bahwa ibu dengan jarak anak >5 tahun lebih banyak mengalami *rupture perineum*. Hal itu terjadi karena *perineum* sudah kaku dan otot tidak elastis seperti pada kehamilan kedua atau ketiga. (Muslimah, 2018).

Menurut peneliti ada hubungan jarak kehamilan dengan *rupture perineum*. Hal itu dikarenakan saat ibu hamil pada saat pertama kali, *perineum* ibu akan mengalami robekan, otot *perineum* akan mengalami penekakan pada saat bayi lahir sehingga mengalami *rupture*. (Muslimah, 2018).

b. Langkah II, identifikasi Diagnosa/Masalah Aktual

Langkah II adalah interpretasi data dasar, pada langkah ini dilakukan identifikasi data terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi data atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dilakukan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

Standar nomenklatur diagnosis kebidanan :

1. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi
2. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
3. memiliki ciri khas kebidanan
4. didukung oleh penilaian klinis dalam praktik kebidanan
5. dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah adalah hal-hal berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dan hasil pengkajian atau yang menyertai. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis. Selain masalah yang tetap membutuhkan penanganan, klien juga memiliki kebutuhan. Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang

didapatkan dengan melakukan analisis data (Elda, 2017).

Berdasarkan data subjektif dan objektif, maka dapat ditegakkan diagnosa ruptur perineum tingkat II. Robekan ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan otot, kulit dan serabut akibat dari renggangannya otot perineum yang berlebihan saat kepala melewati jalan lahir (Mochtar 2009).

c. langkah III Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Langkah III adalah identifikasi diagnosis atau masalah potensial. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap bila diagnosis/masalah potensial ini terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Elda, 2017).

Masalah potensial yang akan terjadi jika ada robekan perineum jika tidak dilakukan penatalaksanaan yang benar akan menimbulkan *dysparenia* (nyeri selama berhubungan seksual), perdarahan dan infeksi jalan lahir. Infeksi juga dapat menjadi sebab luka tidak dapat segera menyatu

sehingga timbul jaringan parut. Jaringan parut yang terbentuk sesudah laserasi perineum dapat menyebabkan nyeri selama berhubungan (Wiknjosasto,2010).

- d. langkah IV Penatalaksanaan Tindakan Segera, Konsultasi, Kolaborasi dan Rujukan

Langkah IV adalah mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera oleh bidan atau dokter dan /atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota team kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah yang ke empat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dan data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, dalam kondisi tertentu seorang ibu mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti kolaborasi dengan pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir (Elda, 2017).

Tindakan segera untuk Rupture perineum Tingkat II yakni dengan melakukan penjahitan luka jika didapatkan adanya perdarahan aktif segera sebelum plasenta lahir dengan cara mengikat arteri yang terputus.

Pada ruptur perineum tingkat II yaitu lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat amoxicillin 500 mg sebagai anti biotik dan asam mafenamat 500 mg sebagai analgetik dan juga vit. c (Asrinah,2010).

e. Langkah V Rencana Tindakan

Pada langkah ini merupakan asuhan secara menyeluruh (intervensi). Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dan kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan :

1) Persiapan diri, seperti APD

Melindungi diri agar tidak terjadi infeksi dan penyebaran virus penyebab penyakit.

2) Persiapan Alat sebelum melakukan penjahitan.

Dapat memperlancar dan mendukung kelangsungan lancarnya tindakan.

- 3) Persiapan lembar informed consent, adalah bukti atau persetujuan tertulis yang di tandai tangani oleh ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II berdasarkan pilihannya untuk suatu tindakan.
 - 4) Lakukan penjahitan luka ruptur perineum tingkat II
 - 5) Lakukan vagina toucher
 - 6) Lakukan vulva hygiene
 - 7) Berikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan, menjaga personal hygiene dengan cara cebok dengan air yang mengalir dari kerang, dan konseling kapan waktu bersenggama (Winkjosastro 2011)
- Berdasarkan penelitian dan Haryati (2015) didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara nyeri pada jalan lahir karena jahitan yang pada saat bersalin, takut hamil, dan kurang informasi. Adanya jahitan perineum bisa meningkatkan terjadinya kecemasan dalam melakukan hubungan seksual pasca melahirkan (Sri sundari, 2016).
- 8) Lakukan rujukan pada klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologi (Eida, 2017).

Pada kala 4 pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras. Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2. Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering. Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman. Biarkan bayi didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi. Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk membenarkan IMD. Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pascapersalinan. Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi.

f. Langkah VI Pelaksanaan Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan

Langkah VI adalah melaksanakan perencanaan (implementasi). Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebahagian dilakukan oleh bidan dan sebahagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain (Elda, 2017).

- 1) Mempersiapkan diri, seperti APD
- 2) Mempersiapkan Alat sebelum melakukan penjahitan,
- 3) Mempersiapkan embal informed consent,
- 4) Melakukan penjahitan ruptur perineum
 - (a) Pastikan pasien tidak memiliki alergi terhadap lignokain atau obat-obatan sejenis.
 - (b) Suntikan sekitar 10 ml lignokain 0,5% di bawah mukosa vagina, di bawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum. Masukkan jarum spot pada ujung atau pojok laserasi atau luka dari dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk atau keluar.
 - (c) Tunggu 2 menit, kemudian jepit area dengan pinset, jika pasien masih merasakan, tunggu 2 menit kemudian ulangi tes.
 - (d) Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0 mulao dari 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina.

- (e) lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan benang 2-0. Lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya.
- (f) Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya.
- (g) carilah lapisan subkutikuler persis di bagian bawah lapisan kulit, lanjutkan dengan subkutikuler kembali kearah batas vagina, akhir dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.
- (h) potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1cm.
- (i) Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok dubur, dan pastikan tidak ada bagian rektum yang terjahit.
- 5) Melakukan vagina Toucher
 - 6) Melakukan vulva hygiene
 - 7) Membenarkan Konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan, menjaga personal hygiene dengan cara cebok dengan air yang mengalir dari kerang, dan konseling kapan waktu bersenggama (Winkjosastro,2011).

- 8) Melakukan rujukan pada klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis (Elda, 2017).

g. Langkah VII Evaluasi

Langkah VII adalah evaluasi. Pada langkah tujuh ini dilakukan evaluasi keefektivan dan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Elda, 2017).

Hasil evaluasi yang di dapatkan adalah Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, TTV dalam batas normal, ibu telah menyusui bayinya, daerah rupture telah di jahit untuk menghindari perdarahan, tidak terjadi tanda-tanda infeksi, dan Pemantauan 2 jam setelah persalinan.

3. Pendokumentasian Hasil Asuhan Kebidanan

Asuhan yang telah dilakukan harus di catat dengan benar, jelas, singkat, logis dalam satu periode pendokumentasian untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan

melalui proses berpikir sistimatis, dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning) yaitu :

a. S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesse sebagai langkah I varney.

Data subjektif adalah menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesse, dan hasil yang dilakukan adalah keadaan umum ibu baik dan merasa lemah setelah melahirkan, dan merasakan nyeri pada daerah jalan lahir, tetapi tidak mengganggu aktivitas ibu. (Rukiyah, 2012)

b. O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung asuhan yang telah diberikan sebagai langkah I varney.

Adapun hasil pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan secara langsung yang didapatkan pada kasus robekan jalan lahir itu keadaan ibu setelah melahirkan, tampak laserasi atau robekan pada daerah selaput lendir vagina dan kulit sampai pada otot-otot perineum, kulit perineum mulai dan tegang, kulit perineum berwarna pucat dan mengkilat, serta tampak perdarahan keluar dari lubang vulva (Elda, 2017).

Tindakan segera ruptur perineum tingkat II yakni dengan melakukan penjahitan luka jika didapatkan adanya perdarahan aktif segera sebelum plasenta lahir dengan cara mengikat arteri yang terputus.

c. A : Assesment

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dan data subjektif dan objektif. Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil perencanaan, pelaksanaan, dan pengevaluasian manajemen kebidanan.

Berdasarkan dari data subjektif dan objektif maka dapat ditegaskan Diagnosa/ Masalah Aktual yaitu Rupture perineum tingkat II, dimana masalah potensialnya yaitu antisipasi terjadinya nyeri selama bernubung seksual, perdarahan dan infeksi jalan lahir.

d. P : Planning or Implementation

Menggambarkan pendokumentasian dari hasil perencanaan pelaksanaan, dan pengevaluasian asuhan yang telah diberikan. Pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana asuhan kebidanan yang diberikan pada klien seperti persiapan diri dan APD, persiapan, persiapan alat sebelum dilakukan penjahitan, persiapan lembar informed consent, hingga melakukan

penjahitan, melakukan vagina toucher, vulva hygiene, memberikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan, menjaga personal hygiene, dan lakukan rujukan pada klien bila ada masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural, atau masalah psikologi.

Hasil evaluasi di dapatkan adalah keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, TTV dalam batas normal, ibu telah menyusui bayinya, dan daerah ruptur telah dijahit untuk menghindari perdarahan, tidak terjadi tanda-tanda infeksi, dan pemantauan 2 jam setelah persalinan.





Bagan 2.1 : Tujuh Langkah Varney

E. Alur Pikir



2.2 Alur Pikir Studi Kasus

F. Tinjauan Persalinan Dalam Pandangan Islam

Dari rahim seorang ibu akan lahir generasi penerus yang akan menjaga kelestarian manusia dalam pengembangan peradaban. Mengingat persalinan dan masa nifas sangatlah penting, maka ketersediaan layanan yang berkualitas dan jangkauan bagi seluruh lapisan masyarakat merupakan kebutuhan mendasar yang harus dipenuhi.

Rasulullah pun berpesan pada keduanya untuk membaca ayat Kursi dan surat Al-A'raf ayat 54 di dekat Sayidatina Fathimah RA. Nabi Muhammad juga meminta keduanya membaca Surat Al-Falaq dan An-Nas di dekat Fathimah.

Bunyi surat Al-A'raf ayat 54 adalah sebagai berikut.

Al-A'raf ayat 54

لَمْ يَكُنْ لَكَ الَّذِي يَخْلُقُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ فِي سِتَّةِ أَيَّامٍ عَلَى الْعَرْشِ يُعْشَى الْفَلَقِ
النَّهْرِ يَخْضَعُ حَيْثُ وَأَسْسَى الْقَدْرَ وَالْحَدَمَ سَخَّرَاتِ بِأَمْرِهِ الْإِلَهَ الْخَلْقِ وَالْأَمْرَ تَدْرَكَ اللَّهُ
رَبُّ الْعَالَمِينَ

Artinya :

* Sungguh, Tuhanmu adalah Allah, yang menciptakan langit dan bumi dalam enam hari, lalu Dia bersemayam di atas Arasy. Dia menutup malam dengan siang yang mengiringinya dengan segera. Dia menciptakan matahari, bulan dan bintang-bintang yang tunduk

di bawah perintah-Nya. Ingatlah, hanya milik Allah segala penciptaan dan segala urusan. Maha Suci Allah, Tuhan semesta alam," (QS Al-A'raf ayat 54).

Hadits ini diriwayatkan oleh Sayidatina Fathimah RA yang kemudian disebutkan Imam An-Nawawi dalam Al-Adzkar. Dalam karyanya itu, Imam An-Nawawi menganjurkan orang di sekitar ibu hamil yang akan bersalin untuk membaca banyak doa di saat genting (doa kubro).



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus

Proposal studi kasus ini menggunakan asuhan kebidanan 7 langkah varney dari pengumpulan data dasar sampai dengan evaluasi dan penyusunan data perkembangan menggunakan SOAP dengan cara observasi.

B. Tempat dan Waktu

Lokasi pengambilan studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar, yang beralamat di Jl. Bonto dg ngirate No.12, Kec. Tamalate, Kota Makassar. Pengambilan studi kasus ini dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2019.

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah ibu bersalin pada Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi tanggal 20 Agustus 2019.

D. Jenis Data

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diambil dari ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II dengan cara yaitu wawancara dan pemeriksaan fisik secara langsung.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil dari ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II pada penelitian dan pelaporan rekam medik Puskesmas Kassi-Kassi Makassar dari Januari-Desember 2018 sebanyak 453 orang.

E. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat yang digunakan dalam pengumpulan data adalah:

- a. Format pengumpulan data (Pengkaji)
- b. Buku tulis & bolpoint
- c. Vital Sign (Stetoskop, thermometer)
- d. lampu sorot
- e. Handscoon
- f. Kasa Steril
- g. Betadine
- h. larutan chlorine 0,5%

2. Metode pengumpulan data

- a. Anamneses melalui wawancara

Yaitu penulis mengadakan wawancara dengan pasien, maupun keluarga serta beberapa pihak yang dapat

membantu memberikan informasi tentang data yang diperlukan.

F. Analisis Data

Analisis data dari studi kasus ini, yaitu :

1. Mengumpulan semua informasi yang akurat baik itu data subjektif maupun data objektif.
2. Berdasarkan data dasar yang di kumpulkan (data subjektif dan data objektif) akan di interpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.
3. Dari masalah aktual maka dapat di tegakkan masalah potensial yang mungkin terjadi agar dapat di antisipasi masalahnya.
4. Tindakan emergency, konsultasi, kolaborasi dan rujukan di laksanakan jika data yang muncul menggambarkan suatu keadaan darurat.
5. Intervensi/Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan dikembangkan berdasarkan intervensi saat sekarang dan antisipasi diagnosa dan masalah serta data-data tambahan setelah data dasar. Rencana tindakan komprehensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta mengkonseling yang mantap.
6. Implementasi / Pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan yaitu melaksanakan rencana tindakan serta efisien yang menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat di kerjakan keseluruhan

oleh bidan ataupun bekerja sama dengan tim kesehatan yang lain.

7. mengevaluasi tindakan Asuhan Kebidanan yang telah di implementasikan.

G. Etika Studi Kasus

Kode etik studi kasus yang digunakan adalah :

1. *Informed Choice* adalah penentuan pilihan yang dilakukan oleh ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II berupa, pilihan penolong, pilihan tempat, dan lain sebagainya.
2. *Informed consent* adalah bukti atau persetujuan tertulis yang di tanda tangan oleh ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II berdasarkan pilihannya untuk suatu tindakan.
3. *Anonymity* (tanpa nama) penulis tidak mencantumkan pada nama ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II pada format pengumpulan data, tetapi hanya dengan penulisan inisial saja.
4. *Confidentiality* (Kerahasiaan) penulis harus merahasiakan semua data yang diambil dari ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II. Kerahasiaan informasi yang diperoleh dijamin oleh peneliti dan hanya beberapa data yang disajikan atau di laporkan pada hasil penelitian.

BAB IV

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. STUDI KASUS

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN FISILOGI
PADA NY."N" DENGAN RUPTURE PERINEUM TINGKAT II
DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR
TANGGAL 20 AGUSTUS 2019**

No. Register

Tanggal Masuk : 20 Agustus 2019 Jam : 14.30 Wita

Tanggal Pengkajian : 20 Agustus 2019 Jam : 14.30 Wita

Tanggal Partus : 20 Agustus 2019 Jam : 17.10 Wita

LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

A. Identitas Istri / Suami

Nama : Ny."N" / Tn."R"

Umur : 20 Tahun / 24 Tahun

Nikah : 1x / ±1 tahun

Suku : Makassar / Makassar

Agama : Islam / Islam

Pendidikan : SMA / SMA

Pekerjaan : IRT / Buruh Harian

Alamat : Jl. Bonto dg. Ngirate No.12, Kec.Tamalate,
Kota. Makassar

No.HP : 0853XXXXXXX

B. Data Biologis / Fisiologis

1. Keluhan Utama

Ibu merasa adanya pengeluaran darah dari jalan lahir

2. Riwayat Keluhan Utama

- a. Pengeluaran darah dirasakan sejak tanggal 20 Agustus 2019, jam 17.25 Wita
- b. Ibu merasa pengeluaran darah tidak banyak

3. Keluhan penyerta

- a. Ibu merasa nyeri pada jalan lahir
- b. Ibu merasa lemah

C. Tinjauan Kartu ANC

- a. Ibu dengan kehamilan yang pertama kali dan tidak pernah keguguran sebelumnya.
- b. HPHT 11-11-2018
- c. TP 18-8-2019
- d. Umur Kehamilannya \pm 9 bulan
- e. Ibu tidak pernah mengalami nyeri yang hebat dan perdarahan selama hamil
- f. Ibu merasa perutnya membesar
- g. Kunjungan ANC 5 kali di puskesmas Kassi-Kassi
 1. Trimester II pada tanggal 8 Februari 2019 tidak ada keluhan, umur kehamilan 14 minggu 1 hari. TD : 100/80 mmHg, BB : 50 Kg, TT3, Hb 11 gr/dl

2. Trimester II pada tanggal 6 Mei 2019 tidak ada keluhan, usia kehamilan 25 minggu 1 hari, TD : 110/80 mmHg, BB : 52 Kg.
 3. Trimester III pada tanggal 29 Mei 2019 tidak ada keluhan, usia kehamilan 26 minggu 3 hari, TD : 100/80mmHg, BB : 54 Kg.
 4. Trimester III pada tanggal 26 Juni 2019 tidak ada keluhan, usia kehamilan 32 minggu 3 hari, TD : 100/80 mmHg, BB : 57 Kg.
 5. Trimester III pada tanggal 8 Agustus 2019 tidak ada keluhan, usia kehamilan 38 minggu 4 hari, TD : 110/80 mmHg, BB : 59 Kg.
- h. Pergerakan janin ibu sangat kuat pertama kali pada usia kehamilan 4 bulan (pada bulan maret sampai sekarang) di bagian perut sebelah kanan bawah.

D. Riwayat Persalinan sekarang

Riwayat Kala I

- a. Sakit dirasakan sejak tanggal 20 Agustus 2019, jam 05.30
Wita
- b. ibu tidak nyaman terhadap sakit yang dirasakan
- c. sifat keluhan hilang timbul
- d. lokasi keluhan nyeri perut tembus ke punggung

e. usaha yang dilakukan oleh ibu untuk mengurangi keluhannya adalah dengan cara memijat daerah punggung dan menarik nafas panjang.

f. Pemeriksaan Abdomen

TFU : 34 Cm, teraba bokong pada fundus

Kontraksi : 3x10", durasi 25-30"

g. Pemeriksaan dalam (VT) Tanggal 20/08/2019

Pukul 14:50 wita Oleh : Bidan dan Mahasiswa

- 1) Vulva dan Vagina : Normal
- 2) Portio : Tipis, lunak
- 3) Pembukaan : 8 cm
- 4) Ketuban : Utuh
- 5) Presentasi : Belakang Kepala, UUK kiri depan pinggir bawah simfisis
- 6) Penurunan : Hodge III, station +1
- 7) Molase : Tidak ada
- 8) Bagian Terkemuka : Tidak ada
- 9) Kesan Panggul : Normal
- 10) Pelepasan : lendir dan darah.

- a. Ibu merasakan sakitnya bertambah kuat dan tembus ke belakang
- b. ibu merasa ingin BAB
- c. His 5x10 menit durasi (40-45")
- d. Hasil VT tanggal 20 Agustus 2019, Pukul 16.55 Wita

- 1) Vulva dan Vagina : Normal
- 2) Portio : Tipis, lunak
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Ketuban : Pecah spontan, jernih jam 16.50 wita
- 5) Presentase : Belakang Kepala, UUK kiri depan pinggir bawah simfisis
- 6) Penurunan : Hodge IV, station +3
- 7) Molase : Tidak ada
- 8) Penumbungan : Tidak ada
- 9) Kesan Panggul : Normal
- 10) Pelepasan : Darah dan air ketuban.

- e. Perlangsungan Kala II sekitar 15 menit
- f. Bayi lahir spontan Tanggal 20 Agustus 2019 Pukul 17.10 Wita segera menagis warna kulit kemerahan, tonus otot bai, dan bergerak aktif dengan jenis kelamin perempuan, Berat badan Bayi : 3.400 gram, Apgar skore 8/10.

Riwayat Kala III

- a. Kala III berlangsung normal kira-kira 15 menit
- b. Plasenta dengan selaputnya lahir lengkap jam 17.25 Wita
- c. TFU setinggi pusat
- d. Kontraksi uterus baik dan bundar
- e. ada ruptur perineum tingkat II
- f. perdarahan 100cc, tidak terjadi perdarahan yang berlebihan.

Riwayat Kala IV

- a. KU ibu baik ditandai dengan TFU dalam batas normal
- b. TTV dalam batas normal

TD : 110/80 mmHg

N : 82X/menit

S : 36,3 c

P : 22X /menit

- c. Kontraksi uterus baik dan bundar
- d. Ruptur perineum tingkat II telah dijahir
- e. Tidak terjadi perdarahan yang berlebihan.

E. Riwayat reproduksi

1. Riwayat Haid

- a. Menarche : 15 tahun
- b. siklus : 28-30 Hari

- c. Lamanya : 5-7 hari
- d. Disminorhea : tidak ada nyeri

2. Riwayat Ginekologi

Ibu tidak ada riwayat penyakit ginekologi menular seperti Kista ovarium, CA ovarium, IMS, HIV/AIDS, amenorhea, hiperamenorhea, radang panggul, mioma uteri.

F. Riwayat Kesehatan yang Lalu

1. Ibu tidak pernah dirawat di rumah sakit
2. Ibu tidak ada riwayat penyakit jantung, hipertensi, DM, Asma dll
3. Tidak ada riwayat operasi
4. Ibu tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, dan obat-obatan
5. BB sebelum hamil 45 Kg

G. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Tidak ada keluarga yang pernah menderita penyakit turunan.
2. Tidak ada keluarga ibu yang menderita penyakit menular seperti, (TBC, HIV/AIDS, Hepatitis)
3. Tidak ada keluarga yang pernah mengalami kehamilan kembar atau gameli.

H. Riwayat Sosial, Ekonomi, Psikologi dan Spiritual

1. Ibu dan keluarga senang terhadap kehamilan ibu
2. Ibu dan tetangga memiliki hubungan baik.
3. suami sebagai pencari nafkah, dan pengambil keputusan

4. Ibu dalam kondisi ekonomi menengah, dan memiliki jaminan kesehatan seperti BPJS.

5. Ibu merasa cemas terhadap persalinannya

6. Ibu selalu menjalankan sholat 5 waktu

7. Ibu selalu berdoa agar dilancarkan persalinannya

I. Riwayat Pemenuhan Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

a. sebelum inpartu

- 1) Nafsu makan : baik,
- 2) Pola makan : Nasi, lauk-pauk, kadang makan buah
- 3) Frekuensi : 3x sehari (pagi, siang, Malam)
- 4) Minum air putih : 6-7x sehari

b. Setelah inpartu

- 1) Nafsu makan : Kurang
- 2) Pola makan : Nasi, lauk pauk, tidak makan buah
- 3) Frekuensi : 1x sehari
- 4) Minum air putih : 7-8x sehari, ditambah dengan teh

2. Eliminasi

a. Sebelum inpartu

- 1) BAK : 4 – 5x sehari,
- 2) BAB : 1x sehari.

b. Setelah inpartu

- 1) BAK : belum pernah

2) BAB : belum pernah

3. Persona Hygien

a. Sebelum inpartu

- 1) Mandi : 2 kali sehari
- 2) Sikat gigi : 2 - 3 kali sehari
- 3) Keramas : 2 kali seminggu
- 4) Ganti pakaian : setelah habis mandi

b. Selama inpartu

Mandi belum pernah, dan 1 kali mengganti kain

4. Istirahat

a. Sebelum inpartu

- 1) Tidur siang : 2 - 3 jam
- 2) Tidur malam : 7 - 8 jam

b. Setelah inpartu

Belum pernah tidur, ibu hanya berbaring

5. Pemeriksaan Fisik

a. KU : Baik

b. Kesadaran : Komposmentis

c. BB : 59 Kg, Tb : 148 cm

d. TTV, Pukul 14.35 Wita

1) TD : 110/80 mmHg

2) N : 83X / menit

3) S : 36,7 c

4) P : 23X / menit

e. Kepala

Inspeksi: Kulit kepala bersih, rambut hitam, dan tidak rontok.

Palpasi : Tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

f. Wajah

Inspeksi : Ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, tidak pucat, tampak cemas saat ada nyeri

Palpasi : Tidak ada cedema.

g. Mata

Inspeksi: Sklera putih, konjungtiva merah muda.

h. Hidung

Inspeksi: Simetris kiri dan kanan, tidak ada secret dan polip.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

i. Mulut

Inspeksi : Bibir tampak merah muda dan lembab, gigi bersih dan tidak ada caries.

j. Telinga

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

k. Leher

Inspeksi: Tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan nyeri tekan.

I. Payudara

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, puting susu terbentuk, hyperpigmentasi pada areola mammae, ada pengeluaran kolostrum saat areola mammae dipencet

Palpasi : Tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak ada luka, terdapat pengeluaran kolostrum saat areola mammae di pencet

m. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada bekas luka operasi, tampak linea nigra, perut ibu tampak meregang.

Palpasi : TFU setinggi pusat, Kontraksi baik dan bundar sekeras papan

n. Genetalia

Inspeksi : Tampak laserasi atau robekan pada daerah mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum. Kulit perineum berwarna pucat, dan mengkilat serta tampak pengeluaran darah dari vulva.

Palpasi : Tidak ada oedema, ada nyeri tekan.

o. Ekstremitas atas dan bawah

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada varises

Palpasi : Tidak ada oedema

Perkusi : Refleks patella kiri dan kanan (+)

p. Pemeriksaan Penunjang : Tidak ada

LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA / MASALAH AKTUAL

Diagnosa : Rupture perineum tingkat II

DS : a. ibu merasa adanya pengeluaran darah dari jalan lahir

b. ibu merasa pengeluaran darah tidak banyak

c. ibu merasa adanya nyeri pada jalan lahir

DO : a. Genetalia. Tampak laserasi atau robekan pada daerah

mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan

otot perineum. Kulit perineum berwarna pucat, dan

mengkilat serta tampak pengeluaran darah dari vulva.

Analisa dan Interpretasi Data

1. Rupture perineum tingkat II pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum
2. Robekan terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan otot, kulit dan serabut akibat kepala melewati jalan lahir (Mochtar, 2019).

LANGKAH III ANTISIPASI DIAGNOSA / MASALAH POTENSIAL

Masalah Potensial : Antisipasi terjadinya perdarahan

DS :

a. ibu lelah telah bersalin

b. ibu tampak meringis kesakitan

c. ibu merasa adanya pengeluaran darah

DO

- a. Keadaan ibu baik
- b. Kala IV berlangsung normal
- c. Plasenta dan selaput lahir lengkap
- d. TFU setinggi pusat
- e. Kontraksi uterus baik dan bundar
- f. terjadi ruptur perineum
- g. Perdarahan 100cc tidak terjadi perdarahan yang berlebihan

Analisa dan Interpretasi data

- a. Masalah potensia akan terjadi jika ada robekan perineum, jika tidak dilakukan penatalaksanaan dengan benar menimbulkan *dysperenia* (nyeri selama berhubungan seksual), perdarahan dan infeksi jalan lahir.
- b. Perdarahan robekan jalan lahir selalu memberikan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uteri (rupture uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan

lahir dengan perdarahan bersifat arterial atau pecahnya pembuluh darah vena.

LANGKAH IV PENATALAKSANAAN TINDAKAN SEGERA / KONSULTASI / KONSULTASI DAN RUJUKAN

Tidak ada data yang menunjang untuk dilakukan tindakan emergency, kolaborasi, konsultasi dan rujukan.

LANGKAH V RENCANA TINDAKAN / INTERVENSI

Diagnosa : Rupture Perineum Tingkat II.

Masalah Aktual

Masalah Potensial : Antisipasi terjadinya perdarahan

Tujuan

- a. Keadaan ibu baik
- b. penjahitan ruptur perineum
- c. tidak terjadi nyeri selama berhubungan seksual

Kriteria

- a. Keadaan ibu baik
- b. TTV dalam batas normal
- c. Perdarahan kurang dari 500 cc.

Intervensi

1. Periksa kembali uterus apakah berkontraksi dengan baik

Rasional : untuk mencegah perdarahan

2. Lakukan digital

Rasional : untuk mengeluarkan sisa jaringan yang ada pada jalan lahir

3. Persiapkan diri dan APD

Rasional : Untuk mencegah penularan infeksi

4. Pastikan alat sudah lengkap

Rasional : dapat memperlancar dan memudahkan penjahitan

5. Lakukan penjahitan ruptur perineum tingkat II

Rasional : tidak terjadi perdarahan aktif

6. Lakukan vagina toucher

Rasional : untuk memastikan tidak ada lagi robekan dan adanya nyeri tekan

7. Lakukan vulva hygiene

Rasional : untuk mencegah masuknya kuman kedalam vagina dan mencegah terjadinya infeksi

8. Berikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan dan menjaga personal hygiene dan konseling kapan waktu bersenggama

Rasional : untuk terjadinya infeksi jalan lahir dan nyeri saat berhubungan

9. Rendam semua peralatan dalam larutan clorin 0,5% dan tampung

bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah

Rasional : mencegah infeksi

10. Cuci tangan

Rasional : Mencegah infeksi

11. dokumentasi hasil asuhan kebidanan

Rasional : sebagai mencatat dan pelaporan

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal 20 Agustus 2019

Pukul : 17.55 Wita

1. Memeriksa kembali uterus apakah berkontraksi dengan baik

Hasil : uterus teraba keras dan bundar

2. Melakukan digital

Hasil : telah dilakukan

3. Mempersiapkan diri dan APD

Hasil : telah terpasang

4. Memastikan alat sudah lengkap

Hasil :

a. Bak Hecting

Handscoon

jarum hecting

pingset anatomi

Benang catgut

spoit 3cc

nelvouder

gunting benang

kassa steril

b. Kom berisi betadin

c. nierbek

5. Melakukan penjahitan rupture perineum tingkat II

Hasil

- a. Pastikan pasien tidak memiliki alergi terhadap lidokain atau obat-obatan sejenisnya
- b. Suntikan sekitar 10 ml lidokain 0,5% di bawah mukosa vagina, di bawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum. Masukkan jarum spoit pada ujung atau pojok laserasi atau luka dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk atau keluar.
- c. Tunggu 2 menit, kemudian jepit area dengan pinset. jika pasien masih merasakan, tunggu 2 menit kemudian ulangi tes.
- d. Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0 mulai dari 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina.

- e. lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara lurus dengan benang 2-0. Lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya.
- f. Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya.
- g. carilah lapisan subkutikuler persis di bagian bawah lapisan kulit, lanjutkan dengan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.
- h. potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1cm.
- i. Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok dubur, dan pastikan tidak ada bagian rektum yang terjahit.

6. Melakukan vagina touch

Hasil : Sudah dilakukan

7. Melakukan vulva hygiene

Hasil : Sudah dilakukan

8. Memberikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan dan menjaga personal hygiene dan konseling kapan waktu bersenggama.

Hasil : Dalam perawatan luka jahitan dengan cara menjaga personal hygiene ibu yaitu mengganti pakaian dalam jika sudah kembali lembab atau tidak nyaman, cebok dengan

air mengalir dari kerang, dan waktu senggama yang tepat adalah saat ibu sudah tidak merasakan nyeri lagi.

1. Merendam semua peralatan dalam larutan clorin 0,5% dan tampung bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah

Hasil : Peralatan telah direndam

2. Mencuci tangan

Hasil : tangan sudah dicuci

3. Mendokumentasi hasil asuhan kebidanan

Hasil : telah dilakukan

LANGKAH VII EVALUASI

Tanggal 20 Agustus 2019

Pukul : 18,15 Wita

1. KU ibu baik ditandai dengan TFU setinggi pusat
2. TTV dalam batas normal

TD : 110/80 mmHg

N : 82X/menit

S : 36,5 C

P : 22x/menit

3. Kontraksi uterus baik, bulat dan bundar
4. Rupture perineum tingkat II telah dijahit
5. Tidak terjadi perdarahan yang berlebihan.
6. Ibu mengerti terhadap penjelasan yang diberikan.

- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.
- 3) pemeriksaan penunjang : tes laboratorium, catatan terbaru dan sebelumnya.

Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis, dari hasil yang telah dilakukan adalah keadaan umum ibu baik dan merasa lemah setelah melahirkan, dan merasakan nyeri pada daerah jalan lahir, tetapi tidak mengganggu aktivitas ibu (Rukiyah, 2009).

Pada data ini, data objektif menggambarkan pendokumentasian hasil melalui pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan secara langsung dan di berikan sebagai langkah 1. Varney. Adapun hasil pemeriksaan langsung yang di dapatkan pada kasus robekan jalan lahir itu keadaan ibu setelah melahirkan, tampak laserasi atau robekan pada daerah selaput lendir vagina dan kulit sampai pada otot-otot perineum, kulit perineum mulai dan tegang, kulit perineum berwarna pucat dan mengkilat, serta tampak perdarahan keluar dari lubang vulva (Elda, 2017).

Pada pengumpulan Riwayat Kala I, Ny. N umur 20 tahun, datang dengan sakit perut tembus bagian belakang sejak tanggal 20 Agustus 2019 jam 05.30 wita dan adanya pengeluaran lendir

dan darah dari jalan lahir. Ibu tidak nyaman terhadap sakit yang dirasakan, Sifat keluhan hilang timbul, lokasi keluhan nyeri perut tembus ke punggung, Usaha yang dilakukan ibu untuk mengurangi keluhannya adalah dengan memijat daerah punggung dan menarik nafas panjang. Ibu dengan kehamilan yang pertama kali dan tidak pernah keguguran sebelumnya, HPHT 11-11-2018, HTP 18-8-2019, Umur Kehamilannya \pm 9 bulan, Ibu tidak pernah mengalami nyeri yang hebat dan perdarahan selama hamil. Ibu merasa perutnya membesar. Kunjungan ANC 5 kali di puskesmas Kassi-Kassi. Pada data subjektif didapatkan, KU ibu baik, kesadaran komposmentis, TD : 110/80 mmHg, N: 83X /menit, S: 36,7, P: 23X /menit, BB 59 Kg, BB sebelumnya 45 kg, pengeluaran pervaginam : lendir dan darah, dan pembukaan 8 cm.

Riwayat Kala II, ibu merasakan sakitnya bertambah kuat dan tembus belakang, ada rasa ingin BAB, adanya tanda gejala Kala II seperti Adanya tekanan pada anus, Tampak perineum menonjol, Tampak vulva membuka, HIS 5 x 10 menit durasi (40-45"), dan Pembukaan 8 cm .

Riwayat, Kala III, Ibu merasakan nyeri perut bagian bawah, ibu merasa senang, ibu merasa lelah. Data Objektif Kala III berlangsung 15 menit bayi lahir normal, bernafas, spontan, dan segera menagis. Kontraksi uterus baik teraba kerasa dan bulat ,

terjadi ruptur perineum tingkat II, TFU setinggi pusat, Plasenta belum terlepas, keadaan ibu baik.

Riwayat Kala IV, Ibu lelah telah bersalin, ibu tampak meringis kesakitan ibu merasa adanya pengeluaran darah. Data Objektif Keadaan ibu baik. Kala III berlangsung normal, Plasenta dan selaput lahir lengkap. TFU setinggi pusat. Kontraksi uterus baik, keras dan bundar. Terjadi ruptur perineum tingkat II, perdarahan 100cc tidak terjadi perdarahan yang berlebihan, tidak terjadi retensio plasenta.

Menurut Leveno, *et al.*, 2009 menyatakan bahwa usia wanita yang melahirkan dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, merupakan faktor resiko terjadinya perdarahannya yang salah satunya diakibatkan oleh ruptur perineum dan komplikasi yang dapat menyebabkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan usia di bawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, rahim dan panggul sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Sebagai akibatnya pada umur tersebut bila melahirkan, bisa mengalami persalinan lama. Sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan, sehingga hamil pada usia tersebut mempunyai kemungkinan lebih besar untuk terjadinya persalinan lama dan komplikasi lebih besar (Yunida dkk, 2019).

Menurut asumsi peneliti paritas mempunyai hubungan yang signifikan dengan *rupture perineum*, hal ini dikarenakan pada anak primipara jaringan lunak *perineum* dan struktur bagian jalan lahir akan mengalami kerusakan karena anak pertama saat bersalin otot ibu *perineum* akan merenggang dan belum pernah ada pengalaman untuk bersalin (Muslimah 2018)

Pada langkah pertama penulis menemukan tidak adanya kesejangan antara teori dengan kasus. Sementara perbandingan jurnal penelitian Muslimah, Yunida dkk, ditemukan persamaan yaitu yang didapatkan Ny. N berumur 20 Tahun G1 P0 A0 atau pada ibu primipara.

Menurut penelitian ada hubungan jarak kehamilan dengan *rupture perineum*. Hal itu dikarenakan saat ibu hamil pada saat pertama kali, *perineum* ibu akan mengalami robekan, otot *perineum* akan mengalami penekakan pada saat bayi lahir sehingga mengalami *rupture* (Muslimah, 2018).

2. Langkah II Identifikasi Diagnosa / Masalah Aktual

Langkah II adalah intepretasi data dasar. pada langkah ini dilakukan identifikasi data terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi data atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dilakukan diinterpretasiakan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

Kasus Ny.N umur 20 tahun, tanggal 20 Agustus 2019 diperoleh Data Subjektif (DS) Ibu merasa adanya pengeluaran darah dari jalan lahir, pengeluaran darah dirasakan ibu tidak banyak. Data Objektif pada pemeriksaan genetalia, tampak laserasi atau robekan pada daerah mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum. Kulit perineum berwarna pucat, dan mengkilat serta tampak pengeluaran darah dari vulva.

Pada kasus Ny.N ditegakkan Rupture perineum tingkat II adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan, dimana robekan dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum (Harry Oxorn & willian, 2010).

Berdasarkan data subjektif dan objektif, maka dapat ditegakkan diagnosa ruptur perineum tingkat II. Robekan di sebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan otot, kulit dan serabut akibat dari renggangannya otot perineum yang berlebihan saat kepala melewati jalan lahir (Mochtar, 2009).

Berdasarkan jurnal penelitian dan tinjauan kasus Ny.N terdapat kesamaan karena jurnal ibu dengan *Paritas* mempunyai hubungan dengan *ruptur perineum* dikaitkan karena pada *primipara*

(*paritas* rendah) akan lebih besar terjadi *ruptur perineum* karena pada persalinan *primipara* jaringan *perineum*nya masih utuh dan padat dibandingkan dengan *multipara* dan Berat badan berat badan lahir 2500-3500 gram sebanyak 53 Orang (29,77%) mengalami *rupture perineum*.

3. Langkah III Identifikasi Diagnosa / Masalah Potensial

Langkah III adalah identifikasi diagnosis atau masalah potensial. Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap bila diagnosis/masalah potensial ini terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Elda, 2017).

Masalah Potensial : Antisipasi terjadinya perdarahan. Data Subjektif : Ibu lelah telah bersalin, ibu tampak meringis kesakitan, ibu merasa adanya pengeluaran darah.

Data Objektif : ibu lelah telah bersalin, ibu tampak meringis kesakitan, ibu merasa adanya pengeluaran darah. Data Subjektif : Keadaan ibu baik, Kala IV berlangsung normal. Plasenta dan selaput lahir lengkap, TFU setinggi pusat, Kontraksi uterus baik dan bundar, terjadi *rupture perineum*, Perdarahan 100cc tidak terjadi perdarahan yang berlebihan.

Berdasarkan teori, Masalah potensial akan terjadi jika ada robekan perineum jika tidak dilakukan penatalaksanaan dengan benar akan menimbulkan *dysparenia* (nyeri selama berhubungan seksual), perdarahan dan infeksi jalan lahir. Infeksi juga dapat disebabkan oleh luka tidak dapat segera menyatu sehingga timbul jaringan parut. Jaringan parut yang membentuk sesudah laserasi perineum dan menyebabkan nyeri selama berhubungan (Wiknicsastro, 2010).

Berdasarkan kasus yang nyata menunjukkan tidak ada kesejangan antara teori dan kasus, karena pada teori menjelaskan bahwa ibu dengan ruptur perineum tingkat II, tidak mengalami perdarahan yang berlebihan karena dilihat dari kontraksi uterus ibu yang baik.

4. Langkah IV Penatalaksanaan Tindakan Segera, Konsultasi, Kolaborasi dan Rujukan

Langkah IV adalah mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera oleh bidan atau dokter dan /atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota team kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah yang ke empat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang

dokter, dalam kondisi tertentu seorang ibu mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti kolaborasi dengan pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir (Elda, 2017).

Tindakan segera untuk Rupture perineum Tingkat II yakni dengan melakukan penjahitan luka jika didapatkan adanya perdarahan aktif segera sebelum plasenta lahir dengan cara mengikat arteri yang terputus.

Pada ruptur perineum tingkat II yaitu lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat amoxicillin 500 mg sebagai antibiotik dan asam mafenamat 500 mg sebagai analgetik dan juga vit. c (Asrinah, 2010).

Pada Teori dan Kasus Ny.N , penulis tidak melakukan tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dan rujukan karena kasus ini merupakan kasus fisiologi dan semuanya adalah tindakan yang dilakukan oleh bidan.

5. Langkah V Intervensi / Rencana Tindakan

Pada langkah ini merupakan asuhan secara menyeluruh (intervensi). Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada

langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

Pada Masalah Aktual : Rupture Perineum Tingkat II, Masalah Potensial : Antisipasi terjadinya nyeri selama berhubungan seksual perdarahan dan infeksi jalan lahir. Adapun rencana tindakan:

- a. Persiapan diri seperti APD
- b. Persiapan Alat sebelum melakukan penjahitan.
- c. Persiapan lembar informed concert adalah bukti atau persetujuan tertulis yang di tanda tangani oleh ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum tingkat II berdasarkan pilihannya untuk suatu tindakan.
- d. Lakukan penjahitan luka ruptur perineum tingkat II
- e. Lakukan vagina toucher
- f. Lakukan vulva hygiene
- g. Berikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan, menjaga personal hygiene dengan cara cebok dengan air yang mengalir dari kerang, dan konseling kapan waktu bersenggama (Winkjosastro,2011).

Berdasarkan penelitian dari Haryati (2015) didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara nyeri pada jalan lahir karena jahitan yang pada saat bersalin, takut hamil, dan kurang informasi. Adanya jahitan perineum bisa meningkatkan terjadinya kecemasan dalam melakukan hubungan seksual pasca melahirkan.

Berdasarkan teori dan kasus pada Ny. N tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana rencana asuhan yang di berikan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu.

6. Langkah VI Implementasi

Langkah VI adalah melaksanakan perencanaan (implementasi). Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebahagian dilakukan oleh bidan dan sebahagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain (Elda, 2017).

- a. Mempersiapkan diri dan APD
- b. Memastikan alat sudah lengkap

Hasil :

- 1) Bak Hecting

Handscoon

jarum hecting

pinset anatomi

Benang catgut

spoit 3cc

nelvouder

gunting benang

kassa steril

2) Kom berisi betadin

3) nierbek

c. Melakukan penjahitan rupture perineum tingkat II

- 1) Pastikan pasien tidak memiliki alergi terhadap lidokain atau obat-obatan sejenis.
- 2) Suntikan sekitar 10 ml lidokain 0,5% di bawah mukosa vagina, di bawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum. Masukkan jarum spoit pada ujung atau pojok laserasi atau luka dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk atau keluar.
- 3) Tunggu 2 menit, kemudian jepit area dengan pinset. jika pasien masih merasakan, tunggu 2 menit kemudian ulangi tes.

- 4) Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0 mulai dari 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina.
- 5) lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan benang 2-0. Lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya.
- 6) Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya.
- 7) carilah lapisan subkutikuler persis di bagian bawah lapisan kulit, lanjutkan dengan subkutikuler kembali kearah batas vagina, akhiri dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.
- 8) potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1cm.
- 9) Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok dubur, dan pastikan tidak ada bagian rektum yang terjahit.

- d. Melakukan vagina toucher
- e. Melakukan vulva hygiene
- f. Memeriksa konseling, penyulihan tentang perawatan luka jahitan dan menjaga personal hygienen dan konseling kapan waktu bersenggama.

Berdasarkan teori dan kasus pada Ny.N tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana rencana asuhan yang di berikan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu.

7. Langkah VII Evaluasi

Langkah VII adalah evaluasi. Pada langkah tujuh ini dilakukan evaluasi keefektivan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Elda, 2017).

Pada kasus ibu bersalin dengan ruptur perineum tingkat II, hasil yang diharapkan adalah tidak terjadi perdarahan banyak, infeksi dan robekan sudah tertutup (Rukiyah, 2010).

Pada kasus ibu bersalin dengan ruptur perineum tingkat II :

- a. Sudah dilakukan penjahitan.
- b. Robekan sudah tertutup.
- c. Tidak terdapat pendarahan.
- d. Kontraksi kuat dan keras.

Pada Kasus ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus yang ada dilahan praktek.

8. Pedokumentasian Asuhan Kebidanan

Asuhan yang telah dilakukan harus di catat dengan benar, jelas, singkat, logis dalam satu periode pendokumentasian untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistimatis, dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning) yaitu :

a. Data Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnese sebagai langkah I varney

Data subjektif adalah menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnese, dari hasil yang dilakukan adalah keadaan umum ibu baik dan merasa lemah setelah melahirkan, dan merasakan nyeri pada daerah jalan lahir, tetapi tidak mengganggu aktivitas ibu (Rukiyah, 2012).

A. Identitas Istri / Suami

Nama	: Ny ^N / Tn ^R
Umur	: 20 Tahun / 24 Tahun
Nikah	: 1X / ±1 tahun
Suku	: Makassar / Makassar
Agama	: Islam / Islam
Pendidikan	: SMA / SMA
Pekerjaan	: IRT / Buruh Harian
Alamat	: Jl. Bonto dg. Ngirate No.12, Kec.Tamalate, Kota. Makassar
No.HP	: 0853XXXXXXXX

- a. Ibu merasa adanya pengeluaran darah dari jalan lahir, Sakit dirasakan sejak Tanggal 20 Agustus 2019, jam 17.10 Wita
- b. Ibu tampak meringis kesakitan
- c. Ibu merasa lemah

b. Data Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung asuhan yang telah diberikan sebagai langkah I varney. Adapun hasil pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan secara langsung yang didapatkan pada kasus robekan jalan lahir itu keadaan ibu setelah melahirkan, tampak laserasi atau robekan pada daerah selaput lendir vagina dan kulit sampai pada otot-otot perineum, kulit perineum mulai dan tegang, kulit perineum berwarna pucat dan mengkilat, serta tampak perdarahan keluar dari lubang vulva (Elda, 2017).

Tindakan segera rupture penneum tingkat II yakni dengan melakukan penjahitan luka jika didapatkan adanya perdarahan aktif segera sebelum plasenta lahir dengan cara mengikat arteri yang terputus.

c. Assesment

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Assesment

merupakan pendokumentasian dari hasil perencanaan, pelaksanaan, dan pengevaluasian manajemen kebidanan.

Berdasarkan dari data subjektif dan objektif maka dapat ditegaskan Diagnosa/ Masalah Aktual yaitu Rupture perineum tingkat II, dimana masalah potensialnya yaitu antisipasi terjadinya nyeri selama berhubungan seksual, perdarahan dan infeksi jalan lahir.

Diagnosa : Rupture Perineum Tingkat II

Masalah Aktual :-

Masalah Potensial : Antisipasi terjadinya perdarahan

d. Planning

Menggambarkan pendokumentasian dan hasil perencanaan pelaksanaan, dan pengevaluasian asuhan yang telah diberikan. Pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana asuhan kebidanan yang diberikan pada klien seperti persiapan diri dan APD, persiapan, persiapan alat sebelum dilakukan penjahitan, persiapan lembar informed concent, hingga melakukan penjahitan, melakukan vagina toucher, vulva hygiene, memberikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan, menjaga personal hygiene, dan lakukan rujukan pada klien bila ada masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural, atau masalah psikologi.

Hasil evaluasi di dapatkan adalah keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, TTV dalam batas normal, ibu telah menyusui bayinya, dan daerah ruptur telah dijahit untuk menghindari perdarahan, tidak terjadi tanda-tanda infeksi, dan pemantauan 2 jam setelah persalinan.

Tanggal 20 Agustus 2019

Pukul : 17.55 Wita

1. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan janin tunggal atau ganda
 Hasil : Janin tunggal
2. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oxy 10 IU
 Hasil : ibu bersedia
3. Menyuntikkan Oxy 10 unit secara IM
 Hasil : ibu sudah di suntik
4. Memindahkan klem 5-10 cm dari vulva
 Hasil : klem sudah dipindahkan
5. Mengatur posisi tangan dengan melatukkan tangan kiri diatas simpisis melakukan dorso kranial dan tangan kanan melakukan peregangan tali pusat
 Hasil : telah dilakukan
6. Meregangkan tali pusat saat uterus berkontraksi, sementara tangan kiri mendorong kearah dorso kranial
 Hasil : telah dilakukan
7. jika tali pusat bertambah panjang dan terasa ada pelepasan plasenta, minta ibu untuk menerang sedikit sementara tangan kanan menarik

tali pusat kearah bawah kemudian kearah atas sesuai dengan kurva jalan lahir sampai plasenta tetap di vulva.

Hasil : ibu telah menerang sedikit

8. Menjemput plasenta dan putar searah jarum jam

Hasil : Plasenta lahir lengkap

9. Melakukan masase uterus secara sirkuler

Hasil : kontraksi uterus baik

10. Memeriksa kotiledon dan selaput

Hasil : plasenta lahir lengkap

11. Memeriksa apakah ada robekan jalan lahir

Hasil : terjadi rupture perineum tingkat II

12. Memeriksa kembali uterus apakah berkontraksi dengan baik

Hasil : uterus teraba keras dan bundar

13. Melakukan digital

Hasil : telah dilakukan

14. Mempersiapkan diri dan APD

Hasil : telah terpasang

15. Memastikan alat sudah lengkap

Hasil :

4) Bak Hecting

Handscoon

jarum hecting

pingset anatomi

Benang catgut

spoit 3cc

nelvouder

gunting benang

kassa steril

5) Kom berisi betadin

6) nierbek

16. Melakukan penjahitan ruptur perineum tingkat II

Hasil :

- a. Pastikan pasien tidak memiliki alergi terhadap lidokain atau obat-obatan sejenisnya
- b. Suntikan sekitar 10 ml lidokain 0.5% di bawah mukosa vagina, di bawah kulit perineum, dan pada otot-otot perineum. Masukkan jarum spoit pada ujung atau pojok laserasi atau luka dan dorong masuk sepanjang luka mengikuti garis tempat jarum jahitnya akan masuk atau keluar.
- c. Tunggu 2 menit, kemudian jepit area dengan pinset. jika pasien masih merasakan, tunggu 2 menit kemudian ulangi tes.
- d. Jahit mukosa vagina secara jelujur dengan benang 2-0 mulai dari 1 cm di atas puncak luka di dalam vagina sampai pada batas vagina.

- e. lanjutkan jahitan pada daerah otot perineum sampai ujung luka pada perineum secara jelujur dengan benang 2-0. Lihat ke dalam luka untuk mengetahui letak ototnya.
- f. Penting sekali untuk menjahit otot ke otot agar tidak ada rongga di antaranya.
- g. carilah lapisan subkutikuler persis di bagian bawah lapisan kulit, lanjutkan dengan subkutikuler kembali ke arah batas vagina, akhirlah dengan simpul mati pada bagian dalam vagina.
- h. potong kedua ujung benang, dan hanya disisakan masing-masing 1cm.
- i. Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok dubur, dan pastikan tidak ada bagian rektum yang terjahit.

17. Melakukan vagina toucher

Hasil : Sudah dilakukan

18. Melakukan vulva hygiene

Hasil : Sudah dilakukan

19. Memberikan konseling, penyuluhan tentang perawatan luka jahitan dan menjaga personal hygiene dan konseling kapan waktu bersenggama

Hasil : Dalam perawatan luka jahitan dengan cara menjaga personal hygiene ibu yaitu mengganti pakaian dalam jika

sudah kembali lembab atau tidak nyaman, cebok dengan air mengalir dari kerang, dan waktu senggama yang tepat adalah saat ibu sudah tidak merasakan nyeri lagi.

20. Merendam semua peralatan dalam larutan clorin 0,5% dan tampung bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah.

Hasil : Peralatan telah direndam

21. Mencuci tangan

Hasil : tangan sudah dicuci

22. Mendokumentasi hasil asuhan kebidanan

Hasil : telah dilakukan



B. PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara konsep dasar, tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Dalam penerapan proses Manajemen Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin pada Ny^TN^T dengan Rupture Perineum Tingkat II di Puskesmas Kassi-Kassi Makassar pada tanggal 20 Agustus 2019^T.

Pembahasan ini di buat berdasarkan teori asuhan dengan pendekatan Asuhan Kebidanan dengan 7 langkah Varney yaitu pengkajian data, identifikasi diagnosa/ masalah aktual, identifikasi diagnosa/ masalah potensial, tindakan segera/ konsultasi/ kolaborasi/ rujukan, perencanaan tindakan asuhan kebidanan, evaluasi asuhan tindakan kebidanan, serta mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan.

1. Langkah I Pengumpulan Data Dasar

langkah pertama yaitu pengumpulan data dasar. pada langkah ini dilakukan pengumpulan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara berikut :

- 1) Anamnesis : mendapat data secara subjektif dari pasien melalui biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikospiritual, dan pengetahuan klien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Data dasar pada kasus Ny.N dengan ruptur perineum tingkat II, umur 20 tahun, datang dengan sakit perut tembus bagian belakang sejak tanggal 20 Agustus 2019 jam 05.30 wita dan adanya pengeluaran lendir dan darah dari jalan lahir. Ibu tidak nyaman terhadap sakit yang dirasakan. Sifat keluhan hilang timbul, lokasi keluhan nyeri perut tembus ke punggung. Usaha yang dilakukan ibu untuk mengurangi keluhannya adalah dengan memijat daerah punggung dan menarik nafas panjang. Ibu dengan kehamilan yang pertama kali dan tidak pernah keguguran sebelumnya. HPHT 11-11-2018, HTP 18-8-2019, Umur Kehamilannya \pm 9 bulan. Ibu tidak pernah mengalami nyeri yang hebat dan perdarahan selama hamil. Ibu merasa perutnya membesar. Kunjungan ANC 5 kali di puskesmas Kassi-Kassi. Pada data subjektif didapatkan, KU ibu baik, kesadaran komposmentis, TD : 110/80 mmHg, N: 83X / menit, S: 36,7, P: 23X / menit, BB 59 Kg, BB sebelumnya 45 kg, pengeluaran pervaginam : lendir dan darah, dan pembukaan 8 cm.
2. Diagnosa Ny.N Ruptur perineum tingkat II, dari data menunjukan ibu dengan kehamilan yang pertama, dan tidak pernah mengalami keguguran selama hamil, tonus otot tampak tegang, terdapat striae

livede, linea nigra. Robekan disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan otot, kulit dan serabut akibat kepala melewati jalan lahir.

3. Masalah Potensial : Antisipasi terjadinya perdarahan, dari data ibu lelah telah bersalin, ibu tampak meringis kesakitan, ibu merasa adanya pengeluaran darah. Keadaan ibu baik, Kala IV berlangsung normal, Plasenta dan selaput lahir lengkap, TFU setinggi pusat, Kontraksi uterus baik dan bundar, terjadi ruptur perineum, Perdarahan 100cc tidak terjadi perdarahan yang berlebihan. Perdarahan Perdarahan robekan jalan lahir selalu membenarkan perdarahan dalam jumlah yang bervariasi banyaknya. Perdarahan yang berasal dari jalan lahir selalu harus dievaluasi, yaitu sumber dan jumlah perdarahan sehingga dapat diatasi. Sumber perdarahan dapat berasal dari perineum, vagina, serviks, dan robekan uteri (rupture uteri). Perdarahan dapat dalam bentuk hematoma dan robekan jalan lahir dengan perdarahan bersifat arterial atau pecahnya pembuluh darah vena.

4. Kasus Ny. N tidak dilakukan tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dan rujukan karena tidak ada data yang menunjang dilakukannya tindakan segera.

5. Rencana Asuhan dan pelaksanaan tindakan pada kasus Ny.N yaitu dengan melakukan penjahitan perineum, memberikan konseling,

penyuluhan tentang perawatan luka jahitan dan menjaga personal hygiene dan konseling kapan waktu bersenggama

6. Evaluasi kasus pada Ny.N yaitu sudah dilakukan penjahitan, robekan sudah tertutup, tidak terdapat perdarahan, kontraksi kuat dan keras.
7. Pendokumentasian dilakukan dalam bentuk SOAP.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan setiap institusi pendidikan dapat mengingatkan dan mengembangkan metode pelaksanaan manajemen asuhan kebidanan dalam memecahkan masalah, mengingat metode tersebut sangat bermanfaat dalam membina petugas kesehatan guna menciptakan sumber daya manusia yang berpotensi dan profesional dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya pada Ibu bersalin dengan ruptur perineum tingkat II.

2. Bagi tempat pengambilan kasus

Hasil studi kasus diharapkan sebagai bahan masukan bagi Puskesmas Kassi-kassi Makassar dan pengembangan pemberian pelayanan asuhan kebidanan yang bermutu dan profesional pada masyarakat khususnya dalam menangani Ibu bersalin dengan ruptur perineum tingkat II.

3. Bagi penulis

Mengingatn pengetahuan dan keterampilan bagi penulis dalam menerapkan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan ruptur perineum tingkat II.

4. Bagi Klien dan Keluarga pasien

Agar keluarga lebih memperhatikan terhadap kesehatan ibu agar terdeteksi lebih dini bila terjadi kegawatdaruratan serta mengerti tentang bahaya yang timbul jika tidak mendapatkan penanganan yang lebih lanjut.



DAFTAR PUSTAKA

- Al Qur'an dan Terjemahannya Qs An-Nahl ayat 78
- Asmira dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persallian*. Yogyakarta : ECG
- Bastom Helen, Jenifer hall. 2011. *Midwifery Essential Persalinan*. Jakarta : EGC
- Dinkes. 2016. *Profil Kesehatan Makassar Situasi Derajat Kesehata Makassar* 2015. http://dinkes.sulsel.go.id/assets/dokumen/infomas/da7e0d8da4dc43ff24327c9c0a06d*1.pdf Diakses pada Tanggal 12 Februari 2019, Jam 10.42 Wita
- Harry Oxorn, William R. Forte. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Jakarta : ECG
- Jannah Nurul. 2014. *Askep II Persalinan Berbasis Kompetensi*. Jakarta : ECG
- Kemendes RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Yogyakarta : ECG
- Leveno, Kennenth J. 2009. *Obstetrik Williams*. Jakarta : ECG
- Mander Rosemary. 2012. *Nyeri Persalinan*. Jakarta : ECG
- Rudy Kumiawan dkk. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.
- Mochtar Rustam. 2011. *Sinopsis Obstetrik Jilid I*. Jakarta : ECG
- Muslimah Sigallinging, Sri. 2018. 'Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Rupture Perneum pada Ibu Bersalin di RSUD Imelda Indonesia Medan'. 16 Juni -16 Oktober 2017. Vol.1, no 3, p. 161-171. <http://ejournal.helvetia.ac.id/index.php/jbk/article/view/3984> Diakses Tanggal 27 Juni 2019, Jam 22.34 Wita
- Rukiah, Ai yeyen dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*, Jakarta : TIM
- Saifuddin, A., B. 2014. *Ilmu Kandungan*, Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Stella Pasiowan, Anita & Maria. 2015. 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Robekan Jalan Lahir pada Ibu Bersalin di RSIA Bunda Arif Purwokerto' . januari-juni 2015 . vol.3, no 1, p. 56-60: <http://prosiding.unimus.ac.id/index.php/seminas/article/view/128/113>
3 Diakses tanggal 25 agustus 2018, jam 22.13 Wita.

Yanti. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidana Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Rihama

Yosfeni Elda, 2017. *Kebidanan Teori dan Asuhan Vol 1*, Jakarta : ECG

Yunida Haryani, Eka & Rizki, 2018. " Analisis Kejadian Rupture Penneum Persalinan Normal pada Ibu Primigravida di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang " Februari-April 2018 vol. 1 , pp. 250-255. <http://prosiding.unimus.ac.id/index.php/seminas/article/view/128>
Diakses tanggal 25 Agustus 2019, jam 22.13 Wita.



LAMPIRAN I



PRODI DIII KEBIDANAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU
KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

KARTU KONTROL KONSULTASI

NAMA : JUMRIANI
 NIM : 16.023
 PEMBIMBING I : Endri Nisa, SKM., M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	MATERI KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
1.	Jumat, 23/11/2018	Konsul Judul		
2.	Sabtu, 24/11/2018	Sampul, Halaman Judul, Halaman Pengesahan, BAB I, penulis, latar belakang		
3.	Sabtu, 02/02/2019	Latar belakang, Tujuan Penelitian, BAB I, II, dan III, Daftar pustaka		
4.	Kamis 07/02/2019	BAB I Hubungan ruptur dengan kematian		
5.	Senin, 11/03/2019	Konsul BAB I, BAB II, BAB III		
6.	Senin, 18/03/2019	ACC Maju Ujian Proposal		
7.	Jumat, 20/08/2019	Konsul kasus ruptur Perineum peritongkat II		
8.	Sabtu, 21/08/2019	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV. Penulisan kutipan, tambahkan hasil penelitian.		

LAMPIRAN I

9.	Jumat, 23/08/2019	BAB IV Studi Kasus		
10.	Selasa, 24/09/2019	BAB IV Studi kasus, pembahasan dan intisari		
11.	Rabu, 25/09/2019	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV dan kelengkapan Lampiran		
12.	Kamis, 26/08/2019	ACC. maju ujian I, TA		





PRODI DIII KEBIDANAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

KARTU KONTROL KONSULTASI

NAMA : JUMRIANI

NIM : 16.023

PEMBIMBING I : Hj. St. Hadijah, S.Kep., M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	MATERI KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
1.	Jumat, 23/11/2018	Konsul Judul		
2.	Sabtu, 2/02/2019	Sampul, Halaman Judul, Halaman Pengesahan, BAB I, perulisa, tatar belakang		
3.	Kamis, 7/02/2019	BAB I Penulisan, hubungan rupa dengan kematian		
4.	Senin, 11/03/2019	BAB I, BAB II, BAB III Penulisan, analisis, daftar putaka		
5.	Senin, 18/03/2019	ACC Maju Ujian Proposal		
6.	Jumat, 20/08/2019	Konsul judul LTA		
7.	Sabtu, 21/08/2019	BAB I, BAB II, BAB III Judul, sambutan untuk dekan, dan sebagainya		
8.	Senin, 23/09/2019	Halaman persetujuan, intisari, penulisan BAB III, Lengkapi, lampiran		

LAMPIRAN II

9.	Rabu, 25/09/2019	Halaman persetujuan, lengkapi biodata penulis, jadwal pelaksanaan kegiatan, lampiran	Af	
10.	Kamis, 26/08/2018	ACC. Maju ujian LTA	Af	



AMPIRAN IV

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Yang Bertanda Tangan Dibawah ini.

Nama : Ny. N. N.

Alamat : Jl Bontomatene No. 12 kec. Tawaelata, lufu Makassar

No. Telp : 085 3xxxxxxx

Bersedia dan tidak keberatan menjadi responden dalam penelitian tentang Yang dilakukan oleh Mahasiswa Prodi D III Kebidanan FKIK, Universitas Muhammadiyah Makassar atas

Nama : Jumriani

Nim : 16.023

Judul : " Manajemen Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Dengan Rupture Perineum Tingkat II di Puskesmas Yos - Kasri Tahun 2019

Saya berharap dalam penelitian tidak mempunyai dampak negative serta merugikan bagi saya dan keluarga pasien sehingga pertanyaan yang akan saya jawab benar-benar akan dirahasiakan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dan manapun untuk digunakan sebagaimana mestinya

Makassar, Maret 2019

Responden



LAMPIRAN V

INFORMED CONSENT

SURAT PERSETUJUAN / PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. N

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur/Tgl : 20 Thn

Alamat : Jl. Bara dg nginale no 12

Tip : 08 3xxxxxx

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/ sebagai orang tua/ suami/ istri/ anak/ wali dari :

Nama : Th. A

Jenis Kelamin : laki-laki

Umur/Tgl : 24 Tahun

Alamat : Jl. Bara dg nginale no 12

Tip :

Dengan ini menyatakan SETUJUMENOLAK untuk dilakukan Tindakan medis

Berupa... Penyulutan Rupture Peritum Dnglet U

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit tersebut, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Makassar, 20 Agustus 2019

Bidan/pelaksana,

Yang membuat pernyataan,

Ttd

(Jumpinny)

*coret yang tidak perlu

Ttd

(Ny. N)

LAMPIRAN III

HASIL PENGUMPULAN DATA

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL FISILOGI DENGAN RUPTURE PERINEUM TINGKAT II DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR TAHUN 2019

Tanggal kunjungan : 20/02/2019 pukul : 14.30 wita
Tanggal pengkajian : 20/02/2019 pukul : 14.30 wita
Nama pengkaji : Sumiani

LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

A. Identitas Istri / Suami

Nama : Ny. N. / Tn. R.
Umur : 20 thn / 29 thn
Nikah : 1 x / 1 kali
Suku : Makassar / Makassar
Agama : Islam
Pendidikan : SMA / SMA
Pekerjaan : IRT / Ibu Rumah
Alamat : Jl. Bonto dg. ngirafe NO.12, kec. Tamalate
kota Makassar
No.HP :

B. Data Biologis / Fisiologis

1. Keluhan Utama

Nyeri pada daerah jalan lahir

b. Keluhan

- 1) Keluhan utama : Nyeri pada daerah jalan lahir
- 2) Keluhan yang menyertai : lemah
- 3) Riwayat keluhan :- Pengeluaran lendir dan darah

c. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) G₁ R₀ A₀
- 2) HPHT
- 3) Riwayat Nyeri Perut Hebat : Tidak ada
- 4) Usia kehamilan : 40 minggu 2 hari (Gestasi 40-42 minggu)
- 5) Tafsiran partus : 10-8-2019
- 6) Riwayat ANC : 5 x 1. Mulas dan rasa nyeri
dihentikan

Tablet Fe

Suntikan TT

d. Riwayat kesehatan lalu

e. Riwayat keturunan

f. Riwayat kesehatan dalam keluarga

g. Riwayat reproduksi

- 1) Menarche : 14 tahun
- 2) Siklus haid : 21 - 35 hari
- 3) Lama : 5-7 hari
- 4) Dismenorhe : tidak ada nyeri

h. Riwayat ginekologi

Terdapat riwayat Abundansia, Copiosa, Putih, Putih, dan Merah, BAK, HAP/STK, Ambeien, dan lain-lain sedang dirawat di rumah sakit

i. Riwayat KB

Tidak pernah pernah menggunakan kontrasepsi

j. Pola pemenuhan kebutuhan dasar

1) Pola nutrisi

Sebelum dan selama hamil Inpartu

- (a) Frekuensi makan : ~~2x~~ 3x sehari (Pagi, Siang, Malam)
- (b) Jenis makanan : Nasi, Lau-paku, Sayur, Makanan buah
- (c) Nafsu makan : Baik
- (d) Frekuensi minum : 6-7 liter

2) Pola eliminasi

Sebelum dan selama hamil Inpartu

- (a) BAB/BAK : ~~1-2x / Hari~~ Bab (
- (b) Frekuensi : BAB (1x / Hari) BAK (4-5x / Hari)
- (c) Warna/bau : Bab (kuning/basah) (Bibir: kemerahan, karies, gigi berlubang)
- (d) Konsistensi : Bab (

3) Pola istirahat

Sebelum dan selama hamil Inpartu

- (a) Tidur siang : 2-3 jam
- (b) Tidur malam : 6-8 jam

4) Personal Hygiene

Sebelum dan selama hamil Inpartu

- (a) Mandi : 2x sehari
- (b) Sikat gigi : 2-3x / Hari
- (c) Keramas : 2x / Minggu
- (d) Ganti pakaian : Setelah habis mandi

5) Pola aktivitas

k. Riwayat social ekonomi

l. Pengukuran sebelum dan selama hamil *inpartu*.

1) BB : 59 kg

2) TB : 148 cm

3) LILA :

m. Pemeriksaan TTV

1) Tekanan darah : 110/80 mmHg

2) Nadi : 88 x/m

3) Suhu : 36.7 °C

4) Pernafasan : 25 x/menit

n. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan umum : Baik

(b) Kesadaran : Komposmentis

2) Pemeriksaan fisik:

(a) Kepala

Inspeksi : Kulit kepala bersih, rambut hitam dan tidak rontok.

Palpasi : Tidak ada benjolan atau nyeri kepala.

(b) Wajah

Inspeksi : Kulit wajah tampak normal, mata ada air mata, tidak ada
tanda-tanda anemia, sariawan, dll.

Palpasi : tidak ada nodula.

(c) Mata

Inspeksi : Selera puasa, kempungnya uterus muda

(d) Hidung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada secret dan polip

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

(e) Mulut dan Gigi

Inspeksi : Bibir tampak merah muda dan lembab, gigi bersih dan tidak ada caries

(f) Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan nyeri tekan

(g) Payudara

Inspeksi : Simetris, tidak ada kemerahan, tidak ada perubahan pada areola mammae, ada pembesaran kelenjar tiroid

Palpasi : Tidak ada nyeri, tidak ada massa dan tidak ada luka, tidak ada perubahan sindrom mammae di perid

(h) Abdomen

Inspeksi : Perut tampak normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada perubahan pada organ dalam

Palpasi : Kontraksi uterus teraba bulat, bundar keras

seperti papan

(1) Leopold I : TFU 34 cm, Kuba Uterus 22 cm, TP 145 cm, (T) = 31.3 cm

(2) Leopold II : Pu-HI

(3) Leopold III : Keping

(4) Leopold IV : BOP, Dipertegar 2/5

(i) Pengukuran panggul : Distansia simetris

Distansia asimetris

(j) Genetalia

Inspeksi dan palpasi

MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN & ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI KEBIDANAN

Alamat: Jl. A.P. Pettarani II No. 31 Makassar, Sulawesi Selatan

Nomor : 27/05/C.4/III/VII/40/2019
Tempiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth :
Bapak Gubernur Prov. Sulawesi Selatan

Makassar

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang melimpahkan rahmat serta hidayahNya kepada kita semua sehingga dapat melaksanakan tugas yang menjadi tanggung jawab kita. Amin.

Kami menyampaikan bahwa mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Universitas Muhammadiyah Makassar yang tersebut dibawah ini :

Nama : Jumriani
M : 16.023
Prodi : D.III Kebidanan
Fakultas : Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan

Bermaksud melakukan penelitian dalam rangka penulisan Laporan Tugas Akhir dengan judul : Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Dengan Ruptur Perineum Tk II Di PKM Kassi Kassi Tahun 2019.

TIM Pembimbing Laporan Tugas Akhir :

a. Endri Nisa, SKM, M.Kes
b. Hj. St. Hadijah, S.Kep., M.Kes

Waktu penelitian : April s/d Juli 2019

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kebijaksanaan Bapak/Ibu kiranya berkenan memberikan izin kepada yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 20 Dzul Qa'idah 1440 H

23 Juli 2019 M

Ketua Program Studi,


Daswati, S.SiT., M.Keb

NBM : 969 216



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
S PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

: 20416/S.01/PTSP/2019

Kepada Yth.
Walikota Makassar

: Izin Penelitian

d'
Tempat

Merupakan surat Ketua Prodi Kebidanan Fak. Kedokteran & Ilmu Kesehatan UNISMUH Makassar Nomor 24-VIII/VIII/140/2019 tanggal 23 Juli 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa peneliti dibawah ini:

- : **JUMRIANI**
- : 18023
- : Kebidanan
- : Mahasiswa(D3)
- : JL. AP. Pattanani II No. 31, Makassar

untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah,
Judul :

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL DENGAN RUPTUR DENGAN PERHEMUK TK II DI
PKM KASSI KASSI TAHUN 2019 ***

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 25 Juli s/d 25 Agustus 2019

Agan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan
n yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Surat Keterangan ini diberikan agar dipromosikan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 25 Juli 2019

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Np. 19610513 199002 1 002

PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111

Telp +62411 - 3615867 Fax +62411 -- 3615867

Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>

Makassar, 29 Juli 2019

Kepada

: 070/3012 -II/B'KBP/VII/2019

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

: Izin Penelitian

Di -

MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 20416/S.01/PTSP/2019 Tanggal 25 Juli 2019, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama	JUMRIANI
NIM / Jurusan	16023 / Kebidanan
Pekerjaan	Mahasiswa (D3) / UNISMUH
Alamat	Jl. AP. Pettarani, II No. 31, Makassar
Judul	"MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN, INTRANATAL DENGAN RUPTUR DENGAN PERINEUM TK II DI PKM KASSI KASSI TAHUN 2019"

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Karya Tulis Ilmiah* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 29 Juli s/d 25 Agustus 2019.

Sahubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat menyetujui dengan memberikan surat rekomendasi izin penelitian ini.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n. WALIKOTA MAKASSAR
KEPALA BADAN



I. H. JAMANG, M.Sc

Rangkap : 2 (dua) eksemplar

NIP : 19601231 198003 1 064

**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN**

Jl. Teduh Bersinar No. 1 Tlp. (0411) 881549, Fax (0411) 887710

MAKASSAR



440/7 /DKK/VIII/2019

Kepada Yth,

Kepala Puskesmas Kassi Kassi

Penelitian

Di-

Tempat

Sehubungan Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Kesatuan Politik No. 070/2207-II-
/2019, Tanggal 30 Juli 2019 perihal tersebut diatas, maka bersama ini disampaikan
saudara bahwa :

Nama : Jumriani
NIM : 16023
Jurusan : D3 Kebidanan
Institusi : UNISMUH Makassar

Judul : Manajemen Asuhan kebidanan intranatal dengan ruptur dengan
perineum TK II di puskesmas Kassi Kassi tahun 2019

akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara yang akan dilaksanakan pada
29 Juli 2019 s/d 25 Agustus 2019.

Demikianlah disampaikan, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih

Makassar, 5 Agustus 2019

Kepala Dinas kesehatan
Kota Makassar



Dr. Hj. A Naisyah T Azikin, M. Kes
NIP : 19601014 198902 001



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KASSI KASSI

Jalan : Tamalate I No. 43 Makassar Kode Pos. 90222
Telp. (0411) 863356; E-mail : puskemas.kassi.kassi@gmail.com



SURAT KETERANGAN

No. 304 /PKM/RSP.VI-KK/X/2019

Berdasarkan surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar nomor : 440/37/PSDK/VIII/2019 tanggal 03 Agustus 2019 perihal Izin Penelitian, pejabat yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : WAHYUDI SE M.Si
NIP : 19641231 198603 1 237
Pangkat/Gol. : Pembina/IV.a
Jabatan : Kasubag. Tata Usaha Puskesmas/RSP.VI Kassi Kassi

Menerangkan bahwa :

Nama : JUMRIANI
NIM/Jurusan : 16.023 / D3 Kebidanan
Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Makassar

Benar telah melakukan *Penelitian* di Puskesmas Kassi Kassi Kota Makassar pada tanggal 29 Juli s/d 25 Agustus 2019 dalam rangka *Laporan Tugas Akhir* dengan judul "*Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Ibu Bersalin Fisiologi Pada Ny "N" Dengan Rupture Perineum Tingkat II di Puskesmas Kassi Kassi Makassar Tanggal 20 Agustus 2019*"

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 07 Oktober 2019
an. Kepala Puskesmas/RSP.VI Kassi Kassi
Kasubag. Tata Usaha,

WAHYUDI SE, M.Si

Pangkat : Pembina

NIP : 19641231 198603 1 237