

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses alami manusia untuk berketurunan untuk terciptanya kehidupan baru di dalam tubuh perempuan. Kehamilan dapat berjumlah tunggal atau ganda, dua, tiga atau lebih, ini yang disebut kehamilan kembar. Kehamilan biasanya terjadi 40 minggu, terhitung sejak menstruasi terakhir hingga persalinan atau 38 minggu sejak fertilisasi atau pembuahan hingga persalinan.

Kehamilan adalah suatu masa dimana mulai terjadinya pembuahan dalam rahim seorang wanita sampai bayinya dilahirkan. Kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual pada masa ovulasi atau masa subur (keadaan ketika rahim melepaskan sel telur matang), dan sperma (air mani) pria pasangannya akan membuahi sel telur matang wanita. Telur yang dibuahi sperma kemudian akan menempel pada dinding rahim, lalu tumbuh dan berkembang selama kira-kira 40 minggu (280 hari) dalam rahim pada kehamilan normal (Suririnah, 2008).

b. Adaptasi Fisiologi Kehamilan

Adaptasi maternal merupakan akibat kerja hormon kehamilan dan tekanan mekanis akibat membesarnya uterus dan jaringan lain. Adaptasi ini melindungi fungsi fisiologi normal seorang wanita, memenuhi tuntutan metabolik kehamilan tubuh wanita, dan menyediakan kebutuhan untuk perkembangan dan pertumbuhan janin. Kehamilan merupakan fenomena normal, namun dapat timbul masalah. Perawat memerlukan dasar yang adekuat tentang fisiologi maternal normal untuk mencapai hal-hal berikut:

- 1) Mengidentifikasi penyimpangan yang aktual dan potensial terhadap adaptasi normal supaya pengobatan dapat dimulai.
- 2) Membantu ibu memahami perubahan anatomi dan fisiologi selama masa hamil.
- 3) Menghilangkan kecemasan ibu dan keluarga, yang disebabkan pengetahuan yang kurang.
- 4) Memberi penyuluhan kepada ibu dan keluarga tentang tanda dan gejala yang harus dilaporkan pada pemberi perawatan kesehatan.

Perubahan-perubahan ini menunjukkan usaha tubuh untuk melindungi ibu dan janin, pemahaman tentang perubahan-perubahan ini penting untuk setiap orang yang berpartisipasi dalam perawatan ibu dan janin (Bobak, 2005).

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Definisi persalinan menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan dengan spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37–42 minggu lengkap, setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik.

Persalinan adalah merupakan suatu diagnosa klinis yang terdiri dari dua unsur, yaitu kontraksi uterus yang frekuensinya meningkat dan intensitasnya semakin meningkat, serta dilatasi dan pembukaan serviks secara progresif (*Heffner & Schust, 2005*).

Tahap persalinan dibagi menjadi tiga kala (*Heffner & Schust, 2005*).

1) Kala pertama

Adalah dilatasi serviks untuk menyiapkan jalan lahir bagi janin.

Kali ini dibagi menjadi beberapa fase berdasar tingkat dilatasi serviks. Fase laten normal adalah < 20 jam pada nulipara dan < 14 jam pada multipara. Fase aktif serviks harus mengalami dilatasi > 1,2 cm/jam pada nulipara (>1,5 cm/jam pada multipara).

Penundaan dilatasi serviks pada fase aktif selama >2 jam melebihi

dari yang diharapkan, hal ini menunjukkan adanya distonia persalinan dan memerlukan evaluasi lebih lanjut.

2) Kala dua

Adalah dimulai ketika serviks telah terbuka penuh (10 cm) dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Kala dua memanjang didefinisikan sebagai pemanjangan >3 jm dengan analgesia regional atau >2 jam dengan analgesia regional atau >1 jam tanpa analgesia regional pada multipara.

3) Kala tiga

Adalah dilahirkannya plasenta dan selaput janin dan biasanya berlangsung selama ≤ 10 menit, dalam keadaan tidak adanya perdarahan berlebihan, maka kala tiga dapat dibiarkan berjalan dengan sendirinya tanpa intervensi sampai batas waktu 30 menit.

4) Kala empat menurut (Hulliana, 2007)

Merupakan masa satu jam atau dua jam setelah keluarnya plasenta, pada kala ini bayi dan ibu diamati secara intensif, khususnya jika terjadi perdarahan pada ibu setelah melahirkan.

b. Mekanisme Persalinan

Kemampuan janin untuk menyesuaikan diri dengan rongga panggul bergantung pada interaksi tiga variable, yaitu *power*, *passenger*, *psycologi*, dan *passage*. "*power*" meliputi kekuatan yang dihasilkan oleh otot uterus. "*nassanger*" adalah janin, dan "*passage*"

meliputi tulang panggul serta resistensi yang dihasilkan oleh jaringan lunak (Heffner & Schust, 2006).

1) *Power*

Beberapa teknik dapat dilakukan untuk menilai aktivitas uterus. Aktivitas uterus ditandai oleh frekuensi, amplitudo, serta durasi kontraksi. Teknik telah mengalami kemajuan yang pesat, namun definisi mengenai aktivitas uterus yang adekuat masih belum jelas. Teknik secara klasik 3 – 5 kontraksi yang terjadi selama 10 menit telah digunakan untuk mendefinisikan persalinan yang adekuat. Pola kontraksi ini telah diamati pada 95% ibu yang melahirkan spontan pada usia kandungan cukup bulan. Barometer akhir uterus adalah kecepatan dilatasi uterus dan penurunan bagian presentasi janin.

2) *Passanger*

Dua variable utama yang mempengaruhi berlangsungnya persalinan yaitu : sikap (derajat fleksi atau ekstensi kepala) serta ukuran janin, saat kepala janin berada dalam keadaan fleksi optimal, maka diameter kepala terkecil akan masuk ke pintu atas panggul. Letak, presentasi, posisi, dan stase janin dapat ditentukan pada pemeriksaan klinis. Letak menunjukkan sumbu panjang janin relatif terhadap sumbu panjang uterus, dan dapat berupa letak longitudinal, transversal, atau oblik. Presentasi dapat

berupa kepala atau sungsang, mengacu pada kutub janin yang berada dipintu atas panggul. Posisi mengacu pada lokasi janin yang menjadi presentasi terhadap lokasi panggul ibu, dan dapat dinilai paling akurat menggunakan pemeriksaan bimanual. Presentasi kepala lokasinya dioksiput (ubun-ubun kecil). Keadaan sungsang lokasinya adalah sakrum. Stase merupakan ketinggian bagian presentasi terhadap panggul ibu (terutama spinal iskiadika) seperti yang telah dinilai pada pemeriksaan bimanual. Verteks dikatakan telah masuk ketika diameter yang paling lebar telah memasuki bagian dalam panggul. Berat janin dapat diperkirakan secara klinis dengan menggunakan USG. Hal ini dapat dibandingkan dengan berat badan lahir absolut, maka kedua teknik tersebut memiliki tingkat kesalahan 15 – 20 %.

3) *Passage* (jalan lahir)

Tulang panggul terdiri dari sakrum, ilium, iskiur, dan pubis. Bentuk panggul bisa diklasifikasikan menjadi satu atau lebih empat kategori yang luas, yaitu ginekoid, android, antropoid, serta platipeloid. Panggul ginekoid merupakan bentuk klasik panggul wanita. Pelvimetri klinis dapat digunakan untuk memperkirakan bentuk dan kecukupan tulang panggul, tetapi tidak terbukti dapat mengubah tata laksana klinis yang diberikan. Jaringan lunak panggul (otot dasar panggul dan serviks) dapat menghasilkan resistensi pada persalinan. Kala dua, otot panggul dapat berperan

penting dalam memfasilitasi rotasi serta turunnya kepala, resistensi yang berlebihan dapat berperan dalam menghambat proses persalinan.

4) *Psycologi respons*

Suatu proses fisiologi yang meningkatkan kemampuan menyelamatkan diri pada ibu hamil yang mengalami bahaya atau ketakutan, dipicu oleh melimpahnya hormon stress, seperti epinefrin (adrenalin), norepinefrin (nonadrenalin), dan kortisol. Hal ini dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan, dan bentuk stress, respon ini berpotensi untuk memperlambat proses persalinan (*Achadiat, 2005*).

c. **Gerakan Utama Pada Persalinan**

Gerakan pertama saat janin melewati jalan lahir selama proses persalinan adalah masuknya bagian presentasi keatas pintu panggul (enhagement), turun (descent), fleksi, rotasi interna (putaran paksi dalam), ekstensi, rotasi eksternal (putaran paksi luar), ekspulsi (*Oxorn & Forte, 2010*).

- 1) Masuknya bagian presentasi adalah mekanisme bagaimana diameter biparietal, garis tengah transversal terpanjang kepala janin pada presentasi oksiput, melewati pintu atas panggul.
- 2) Descent adalah masuknya bagian presentasi terjadi setelah awitan persalinan, dan penurunan lebih lanjut, tapi belum sampai awitan

kala dua. Penurunan ini terjadi karena tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong saat kontraksi, upaya mengejan dengan otot abdomen, dan ekstensi melurusnya tubuh janin.

- 3) Fleksi adalah kepala yang turun menemui tahanan segera setelah, baik dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, biasanya terjadi fleksi kepala.
- 4) Rotasi interna adalah gerakan berputarnya kepala sehingga oksiput secara bertahap bergerak dari posisi semula kearah anterior menuju simfisis pubis atau yang lebih jarang kearah posterior menuju cekungan sakrum.
- 5) Rotasi eksterna adalah kepala yang lahir kemudian mengalami restitusi, jika semula mengarah ke kiri, oksiput berputar kearah tuberositas iskiadika, jika semula mengarah ke kanan, oksiput berputar kekanan. Restitusi kepala keposisi oblik diikuti oleh tuntasnya putaran paksi luar keposisi transversal, yaitu suatu gerakan yang sesuai dengan rotasi tubuh janin, berfungsi membawa garis tengah biakromion menjadi berhubungan dengan garis tengah anteroposterior pintu bawah panggul. Oleh karena itu satu bahu terletak anterior dibelakang simfisis dan bahu lainnya posterior. Gerakan ini disebabkan oleh faktor – faktor panggul yang sama dengan yang menyebabkan rotasi interna kepala.

- 6) Ekspulsi adalah putaran paksi luar segera setelah lahir, bahu anterior muncul dibawah simfisis pubis, dan perineum segera mengalami peregangan oleh bahu posterior, setelah bahu keluar bagian tubuh janin lainnya dengan cepat lahir.

3. Perineum

a. Definisi Perineum

Perineum adalah area kulit antara liang vagina dengan anus (dubur) yang dapat robek ketika melahirkan atau secara sengaja digunting guna melebarkan jalan keluar bayi (episiotomi) (Herdiana, 2007, tips pijat perineum, <http://www.klikdokter.com>, diperoleh tanggal 3 februari 2011).

Perineum adalah ruang berbentuk jajar genjang yang terletak dibawah dasar panggul, batas-batasnya adalah (Oxorn & Forte, 2010):

- 1) Superior : dasar panggul yang terdiri dari musculus levator ani dan musculus coccygeus.
- 2) Lateral : tulang dan ligamenta yang membentuk pintu bawah panggul (exitus pelvis) yakni dari depan ke belakang angulus subpubicus, ramus ischiopubicus, tuber ischiadicum, ligamen sacrotuberosum, os. Occygis.
- 3) Inferior : kulit dan fascia

Perineum adalah area yang terletak dibawah diafragma pelvis. Perineum merupakan area berbentuk belah ketupat bila dilihat dari bawah, dan dapat dibagi menjadi regio urogenital di anterior dan regio anal diposterior oleh garis yang menghubungkan tuberositas iskia secara horizontal (*Heffner & Schust, 2005*).

1) Regio anal

Regio anal terdiri dari kanalis analis dan fosa iskiorektalis.

- a) Kanalis analis: sambungan anorektal menggantung pada puborektalis dari musculus levator ani yang menariknya kedepan. Panjang kanalis sekitar 4 cm dan membentuk sudut postero-inferior.
- b) Sfingter ani: terdiri dari komponen sfingter eksterna dan interna. Sfingter ani interna merupakan lanjutan dari otot polos sirkuler dalam rektum. Sfingter ani eksterna merupakan tabung otot skelet yang ada pada ujung rektal dan menyatu dengan puborektalis membentuk area penebalan yang teraba yang disebut anulus anorektalis.
- c) Fosa iskiorektalis: terletak di kedua sisi kanalia analis. Dinding medial dan lateral fosa iskiorektalis adalah m. Levator ani dan kanalis analis serta obturatorius internus. Fosa terdiri oleh lemak, dan korpus anakoksigeus memisahkan fosa di posterior, namun infeksi pada fosa bisa menyebar keanterior menuju fosa kontralateral membentuk

abses sepatu kuda. Kanalis pudendalis merupakan selubung pada dinding lateral fasoskiorektalis. Kanalis ini membawa pudendus dan pembuluh darah pudenda interna dari insisura minor menuju kavum perineal profunda.

2) Regio urogenital

Regio urogenital memiliki bentuk segitiga. Membrana perinealis merupakan lapisan fasial kuat yang melekat ditepi trigonum urogenitalis.

- a) Vulva: merupakan istilah untuk menyebut genitalia eksterna wanita. Mons pubis merupakan tonjolan lemak yang menutupi simfisis pubis dan tulang pubis. Labia mayora adalah bibir berlemak yang memiliki rambut meluas keposterior dari mons. Labia minora terletak di sebelah dalam labia mayora diposterior menyatu membentuk fourchette. Anterior labia mayora membentuk preputium dan terpisah mengelilingi klitoris. Klitoris pada wanita sebangding dengan penis pada pria. Keduanya memiliki struktur yang sama yaitu terbentuk dari tiga masa jaringan erektil: bulbus (seperti bulbus penis) dan krura kanan serta kiri yang ditutupi oleh otot-otot yang sama namun lebih kecil dibandingkan otot-otot pada pria. Kavum perineal profunda berisi vagina selain bagian uretra dan sfingter uretra serta pembuluh pudenda interna. Vestibulum adalah area yang ditutupi oleh labia

minora dan merupakan tempat orifisium uretra dan vagina. Bagian dalam pada aspek posterior labia mayora terdapat kelenjar bartolini sepasang kelenjar yang mensekresi mukus yang mengalir ke anterior.

- b) Uretra: pendek pada wanita 3-4cm, faktor ini menyebabkan predisposisi infeksi saluran kemih akibat penyebaran asendence dari organisme usus. Uretra berjalan dari leher kandung kemih menuju meatus eksterna. Meatus itu terletak diantara klitoris dan vagina.
- c) Vagina: panjang antara 8-12cm. Vagina adalah saluran yang berotot yang berjalan kearah atas dan belakang dari orovisium vagina. Serviks menonjol keaspek anterior atas vagina dan membentuk forniks anterior, posterior serta lateral. Limfe dari vagina bagian atas mengalir dikelelnjar getah bening iliaka interna dan eksterna. Limfe dari vagina bagian bawah mengalir dikelenjar getah bening inguinalis supervisialis. Pasokan darah vagina didapat dari arteri Vaginalis (cabang dari arteri Iliaka interna) dan cabang vaginalis arteri Ilierina

4. Ruptur Perineum

a. Definisi Ruptur Perineum

Ruptur perineum terjadi pada semua persalinan, dan biasanya robekan terjadi digaris tengah dan dapat meluas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Perineum yang dilewati bayi biasanya merenggang, lebam dan trauma. Rasa sakit di perineum akan sakit bila perineum robek atau disayat pisau bedah. Luka baru atau area laserasi atau luka sayat membutuhkan waktu sembuh yaitu: 7 hingga 10 hari (*Benson & Pernoll, 2009*).

b. Penyebab Ruptur Perineum

Menurut (*Oxorn & Forte, 2010*) Sebab robekanya perineum bisa disebabkan dari pihak ibu dan janin :

- 1) Ruptur perineum sebab dari ibu
 - a) Partus presipitasi yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong
 - b) Pasien tidak mampu berhenti mengejan
 - c) Partus di selesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan
 - d) Edema dan kerapuhan pada perineum
 - e) Vasokositas vulva yang melemahkan jaringan perineum
 - f) Arcus pubis sempit dengan pintu baawah panggul yang sempit sehingga menekan kepala bayi mengarah posterior
 - g) Peluasan episiotomi

2) Ruptur perineum sebab dari bayi

- a) Bayi yang besar
- b) Posisi kepala yang abnormal
- c) Kelahiran bokong
- d) Ekstraksi forceps yang sulit
- e) Dystonia bahu
- f) Anomali kongenital

c. **Derajat Ruptur Perineum**, menurut (Leveno et al. 2009), yaitu:

1) Laserasi derajat pertama mengenai fourchette, kulit perineum, dan membran mukosa vagina, tapi tidak mencapai fasia atau otot dibawahnya.

Gambar 1. Ruptur derajat I

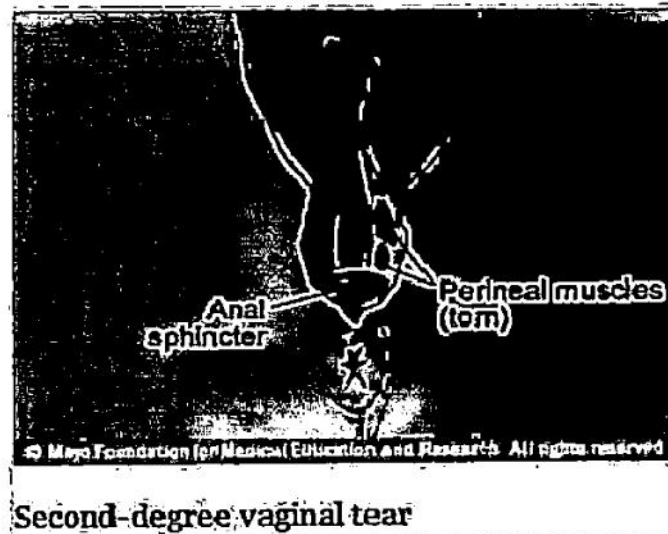


First-degree vaginal tear

Sumber: (Oxorn, 2003).

- 2) Laserasi derajat kedua mengenai fascia dan otot perineum, selain kulit dan membran mukosa, tetapi tidak mencapai sfingter anus.

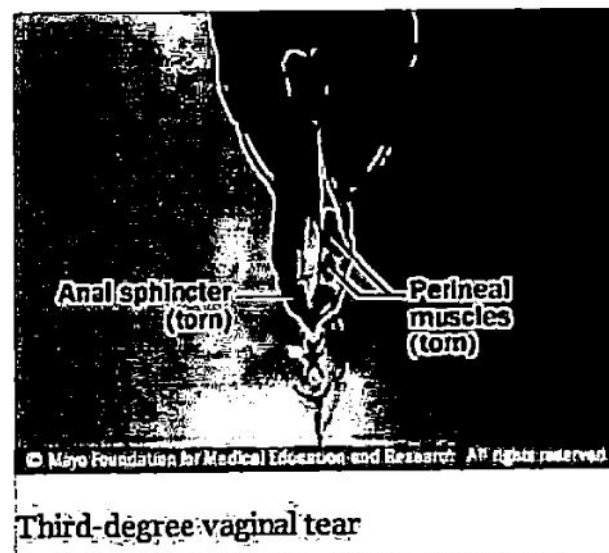
Gambar 2. Ruptur derajat II



Sumber : (Oxorn, 2003).

- 3) Laserasi derajat ketiga meluas melalui kulit, membran mukosa, dan korpus perineum, dan mengenai sfingter anus.

Gambar 3. Derajat ruptur III



Sumber : (Oxorn, 2003).

- 4) Laserasi derajat keempat meluas melalui mukosa rektum sehingga lumen rektum terpajan.

Gambar 4. Derajat ruptur IV



Sumber : (Oxorn, 2003).

5. Masase Perineum

a. Definisi Masase Perineum

Masase perineum adalah teknik memijat perineum dikala hamil atau beberapa minggu sebelum melahirkan untuk meningkatkan aliran darah kedaerah perineum dan meningkatkan elastisitas perineum. Peningkatan elastisitas perineum akan mencegah kejadian robekan perineum maupun episiotomi (Herdiana, 2007, *tips pijat perineum*, <http://www.klikdokter.com>, diperoleh tanggal 3 februari 2011).

b. Waktu Masase Perineum

Masase perineum yang dilakukan sejak bulan-bulan terakhir dimulai sejak 6 minggu sebelum tanggal persalinan. Lakukan 3-4 kali seminggu, kemudian lakukan setiap hari pada 2 minggu terakhir menjelang hari persalinan dengan durasi minggu pertama 5 menit, sisa minggu menjelang persalinan 5-10 menit, kemudian berhenti saat ketuban pecah atau saat akan persalinan. Ibu bisa memijat sendiri dibantu cermin atau oleh pasangan. Pemijatan bisa menggunakan essensial oil dalam pemijatan persalinan harus mengandung aroma dan konsentrasi bahan-bahan yang tepat sehingga aman digunakan (*Kuswandi, 2010*).

c. Manfaat Masase Perineum

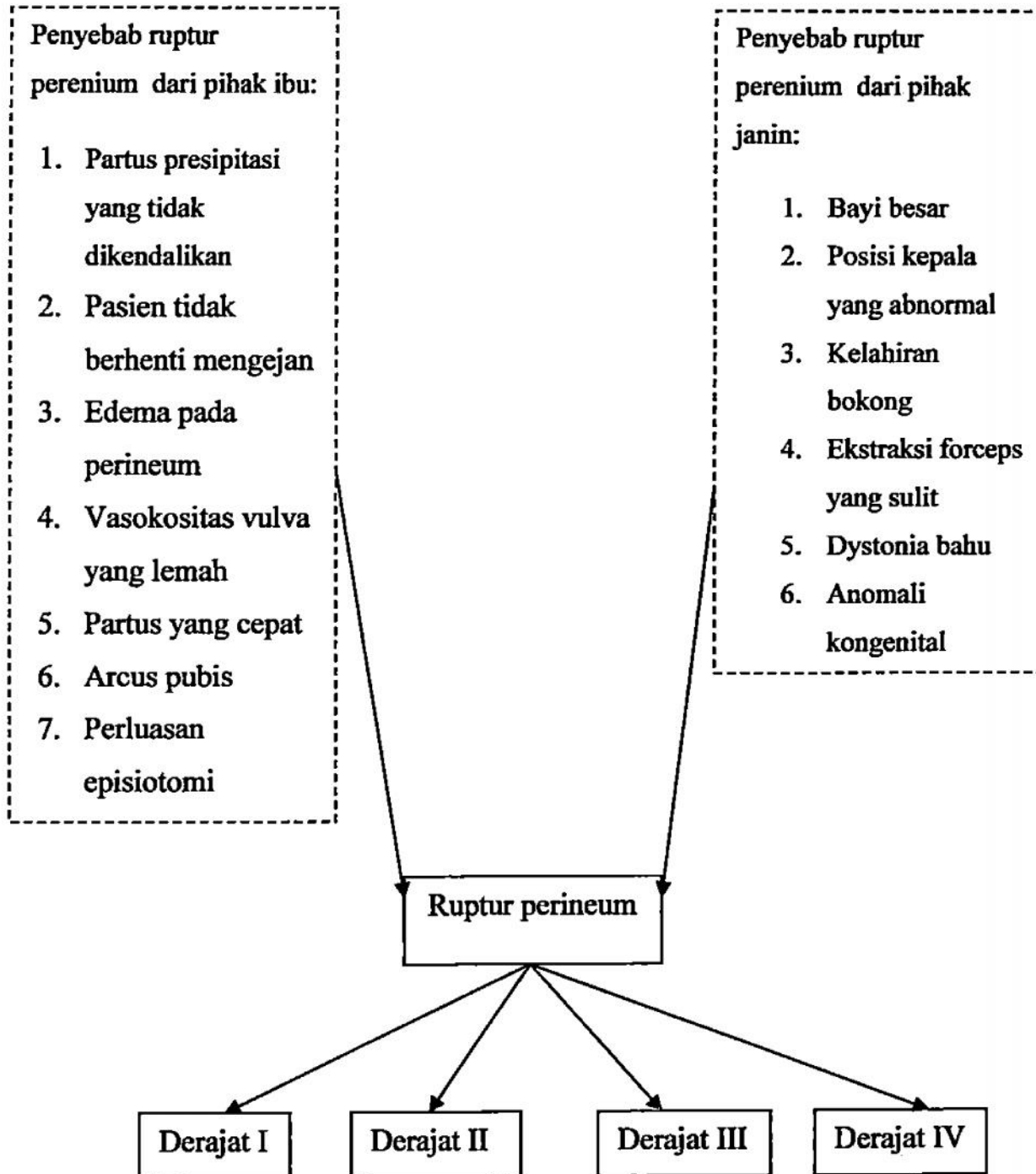
Masase perineum ini memiliki keuntungan untuk menyiapkan jaringan kulit perineum lebih elastis sehingga mudah merengang, serta melatih ibu untuk mengendurkan perineum ketika ibu merasa tekanan saat kepala bayi muncul. Hal ini dapat mengurangi rasa sakit saat perengangan. Penelitian juga menunjukkan, pemijatan perineum dapat mengurangi robekan perineum, mengurangi pemakaian episiotomi, dan mengurangi alat bantu persalinan. Banyak ibu merasakan perubahan daya regang perineumnya setelah satu hingga dua minggu pemijatan (*Danuatmaja & Meilasari, 2008*). Semakin sering masase perineum dilakukan maka hasilnya akan semakin baik (*Kumalasari, 2010*).

d. **Teknik Masase Perineum**, menurut (*kuswandi, 2010*).

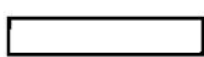
- 1) Mencuci tangan dengan menggunakan sabun.
- 2) Potong kuku bila panjang.
- 3) Identifikasi daerah perineum (bisa dibantu dengan cermin).
- 4) Duduk ditempat yang nyaman dengan merengangkan kaki (seperti orang melahirkan) atau dengan mengangkat satu kaki.
- 5) Oleskan gel lubrikan pada daerah perineum.
- 6) Tarik nafas dalam dan rileks dengan hati-hati dengan tetap yakin mulai memijat daerah perienum.
- 7) Masukkan ibu jari kedalam perineum dengan posisi ditekuk, dan jari lainnya diluar perineum.
- 8) Pertahankan tekanan yang mantap, tekan daerah perineum kearah bawah (rectum) dan kesamping secara terus menerus.
- 9) Rasakan sampai timbul rasa hangat (slight burning).
- 10) Pijat setiap dinding vagina secara perlahan, pijat bagian kanalis vaginalis kearah depan dan belakang.
- 11) Lakukan pemijatan kearah luar perineum seperti proses bayi akan lahir.
- 12) Terakhir pasien harus melakukan pemijatan pada seluruh jaringan perineum ini selama satu menit.
- 13) Hindarkan pemijatan kearah uretra karena akan mengakibatkan


- 14) Setelah pemijatan selesai lakukan kompres hangat pada jaringan perineum selama lebih kurang 10 menit dengan hati-hati.
- 15) Kompres hangat akan meningkatkan sirkulasi sehingga meningkatkan relaksasi otot dan terbukti bersifat melindungi

B. Kerangka Konsep



Keterangan :

 : yang diteliti

 : yang tidak diteliti

C. Hipotesis

1. Ada pengaruh masase perineum pada masa kehamilan terhadap derajat runtur perineum pada primigravida bagi kelompok yang dilakukan masase