

SKRIPSI

PENGARUH MASASE PERINEUM PADA KEHAMILAN TRIMESTER III TERHADAP DERAJAT ROBEKAN PERINEUM IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

DI PUSKESMAS JAGIR SURABAYA

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

NOVIE MARIA ULFA

NIM : 010310382 B

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2007

Surat Pernyataan

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Surabaya, Agustus 2007
Yang menyatakan,

NOVIE MARIA ULFA
NIM. 010210382 B

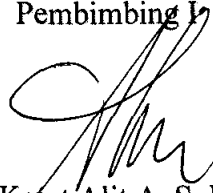
LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 9 Agustus 2007

Oleh:

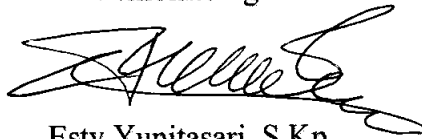
Pembimbing I



Ni Ketut Alit A. S. Kp.

NIP: 132 306 152

Pembimbing II



Esty Yunitasari, S.Kp.

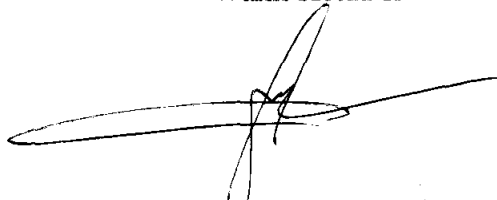
NIP: 132 306 153

Mengetahui,

a.n Ketua Program Study S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran UNAIR

Wakil Ketua II



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

MOTTO

" Keindahan hidup akan lebih terasa manakala kita lebih banyak memberi daripada menerima"

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, karena taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “PENGARUH MASASE PERINEUM PADA KEHAMILAN TRIMESTER III TERHADAP DERAJAT ROBekan PERINEUM IBU INPARTU PRIMIGRAVIDA”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu besar harapan penuh kritik dan saran dari pembaca demi kesempurnaan hasil penelitian.

Dalam menyelesaikan skripsi ini penulis mendapat banyak bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Muhammad Amin, dr.,Sp. P (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangan Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
2. Prof. H. Eddy Soewandjojo, dr.,Sp. PD. KTI, selaku ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Airlangga Surabaya.

3. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Ketua II Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan penanggung jawab skripsi yang juga memberikan bimbingan dan saran kepada peneliti.
4. Tempat penelitian tepatnya di Puskesmas Jagir Surabaya, Kepala Puskesmas, Karu BKIA, dan semua pihak yang sangat membantu penelitian.
5. Ni Ketut Alit A.,S.Kp, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, dukungan moral dan saran-saran dalam penyusunan skripsi ini.
6. Esty Yunitasari,S.Kp, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dukungan moral serta saran dalam penyusunan skripsi ini.
7. Seluruh responden dalam penelitian ini atas partisipasi dan kerjasamanya.
8. Ayah ibuku tercinta, yang tak pernah lelah memberikan dukungan, cinta kasih, semangat hidup, dorongan untuk terus maju dan doa tulus pada ananda. Ananda ucapkan terimakasih atas semua yang telah diberikan.
9. Suamiku tercinta terimakasih atas semua pengorbanan, dukungan, semangat, doa dan hari-hari yang penuh warna dalam hidupku.
10. Staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
11. Buat Inung, Arie, Imroatul terimakasih atas semua motivasi, ilmu yang diajarkan selama ini.

12. Teman-temanku di A3 atas semua dukungan, kebersamaan dan semangat serta hari-hari yang penuh keceriaan maupun kesedihan dalam setiap langkahku.
13. Teman-temanku A2 atas semua kenangan yang sudah kita torehkan bersama-sama.
14. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan semua terima kasih.

Surabaya, Juli 2007

Penulis,

Novie Maria Ulfa

ABSTRACT

**THE EFFECT OF PERINEAL MASSAGE ON THIRD TRIMESTER
PREGNANCY TOWARD THE PERINEAL LACERATION DEGREE IN
PRIMIGRAVIDA MOTHER DURING OF LABOR**

Post Test Only Non Randomized Control Group design

By : Novie Maria Ulfa

The problem in mother during second stage of labor is inadequate perineum, if the perineum is not elastic the laceration will occur. The objective of this study was to analyze the effect of perineal massage toward the perineal laceration degree.

Design used in this study was post test only non randomized control group design. The population were primigravida women on third trimester pregnancy. Total sample was recruited using purposive sampling consisting of 14 respondents and divided into a group of control and experiment. The sample was taken according to inclusion criteria. Data were collected with an observation paper. Data were than analyzed using *Mann Whitney* with significant level $\alpha < 0.05$.

The statistic result showed that there were differences of the decrease of perineal laceration degree in experiment and control group ($p=0.032$). Experiment group showed that most of them had first laceration degree and decrease of the third perineal laceration degree.

The conclusion is that the perineal massage has influence on laceration degree. Further research on perineal massage should be carried out, so that it can be applied as an alternative therapy in nursing care. The research should involve larger sample and better measurement.

Keywords : *labor, perineal massage, perineal laceration degree, third trimester pregnancy.*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat umum	5
1.4.2 Manfaat khusus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Kehamilan	6
2.1.1 Definisi kehamilan	6
2.1.2 Pembuahan	6
2.1.3 Implantasi dan perkembangan plasenta	6
2.1.4 Perkembangan embrio	7
2.1.5 Menentukan usia kehamilan	8
2.1.6 Adaptasi anatomis dan fisiologis wanita hamil	8
2.2 Konsep Dasar Persalinan Fisiologis	
2.2.1 Definisi persalinan fisiologis	15
2.2.2 Faktor yang mempengaruhi persalinan	16
2.2.3 Proses persalinan fisiologis	18
2.2.4 Robekan dan Perbaikan Perineum	
2.2.4.1 Pengertian	23
2.3.4.2 Faktor penyebab robekan perineum	23
2.3.4.3 Klasifikasi robekan perineum.....	24
2.3.4.4 Perbaikan robekan perineum.....	25
2.4 Upaya mengurangi robekan dengan Masase Perineum.....	28
2.4.1 Pengertian	28
2.4.2 Tekhnik dasar masase perineum	28

	2.4.3 Mekanisme masase perineum	31
	2.4.4 Prosedur masase perineum	32
BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
	3.1 Kerangka Konseptual	35
	3.2 Hipotesis	35
BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	
	4.1 Desain Penelitian	37
	4.2 Kerangka Kerja	38
	4.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling.....	39
	4.3.1 Populasi.....	39
	4.3.2 Sampel	39
	4.3.3 Teknik Sampling	39
	4.4 Identifikasi Sampel	40
	4.5 Definisi Operasional	40
	4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	42
	4.6.1 Instrumen penelitian	42
	4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian	42
	4.6.3 Prosedur pengambilan data	42
	4.6.4 Analisa data	43
	4.7 Etik Penelitian	44
	4.7.1 Surat persetujuan (Informed Consent)	44
	4.7.2 Tanpa nama (Anonymity)	44
	4.7.3 Kerahasiaan	44
	4.8 Keterbatasan Penelitian.....	44
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	5.1 Hasil Penelitian.....	46
	5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	46
	5.1.2 Data umum.....	47
	5.1.2.1 Karakteristik responden.....	47
	5.1.3 Variabel yang diukur.....	50
	5.1.4 Pembahasan.....	51
	5.1.4.1 Derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok perlakuan	52
	5.1.4.2 Derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok kontrol.....	53
	5.1.4.3 Analisis pengaruh masase perineum pada kehamilan Trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu Inpartu primigravida pada kelompok perlakuan dan Kontrol.....	53
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Simpulan.....	56
	6.2 Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA	58

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Rancangan penelitian <i>post-test only non randomized control group design</i>	37
Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel	40
Tabel 5.1 Hasil pengamatan derajat robekan perineum antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Puskesmas Jagir Surabaya pada tanggal 18 Juni-19 Juli 2007.....	50

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Ukuran tinggi fundus uteri.....	10
Gambar 2.2 Porsio nullipara dan multipara	12
Gambar 2.3 Gerakan kepala janin saat persalinan.....	22
Gambar 2.4 a: Robekan perineum derajat II. b: Robekan perineum III.....	25
Gambar 2.5 Jarum tupercut, cutting, round-bodied.....	28
Gambar 2.6 Perbaikan robekan perineum derajat dua.....	28
Gambar 2.7 Gerakan teknik perkusi.....	30
Gambar 2.8 Gerakan teknik effleurage	31
Gambar 2.9 Posisi masase perineum.....	34
Gambar 3.0 Mekanisme masase perineum.....	35
Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida.....	32
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Masase Perineum Pada Kehamilan Trimester III Terhadap Derajat Robekan Perineum Ibu Inpartu Primigravida.....	35
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan usia di Puskesmas Jagir Surabaya pada Tanggal 18 Juni-15 Juli 2007.....	47
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Jagir Surabaya pada Tanggal 18 Juni-15 Juli 2007.....	48
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Jagir Surabaya pada Tanggal 18 Juni-15 Juli 2007	49

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat ijin penelitian.....	61
Lampiran 2 Surat bukti melaksanakan penelitian.....	62
Lampiran 3 Lembar permohonan menjadi responden.....	63
Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi responden.....	64
Lampiran 5 Satuan Acara Pembelajaran.....	65
Lampiran 6 Materi Pembelajaran	67
Lampiran 7 Prosedur Pelaksanaan Masase Perineum	70
Lampiran 8 Pengumpulan Data.....	71
Lampiran 9 Lembar Observasi	72
Lampiran 10 Leaflet.....	73
Lampiran 11 Kartu Skor Pudji Roehdjati.....	74
Lampiran 12 Hasil Tabulasi Data.....	75
Lampiran 13 Hasil Uji Statistik.....	76

BAB 1

PENDAHULUAN

32% diantaranya dilakukan tindakan episiotomi. Hasil tersebut menunjukkan angka ibu inpartu primigravida yang mengalami robekan masih sangat tinggi. Beberapa tindakan telah disarankan untuk mencegah robekan perineum. Salah satunya masase lembut pada perineum dengan meningkatkan elastisitas perineum (Danuatmaja, 2004). Masase perineum diketahui dapat meningkatkan elastisitas jaringan kulit perineum sehingga lebih meregang sekaligus melatih ibu untuk aktif mengendurkan perineum ketika merasakan tekanan saat kepala bayi muncul. Namun besar pengaruh masase perineum pada ibu inpartu primigravida terhadap derajat robekan perineum masih belum diketahui.

Pada ibu inpartu yang memasuki kala II akan mengalami nyeri perineal yang hebat. Nyeri perineal diakibatkan meregangnya jaringan vagina, vulva dan perineum. Robekan perineum terjadi jika jaringan kurang mampu menahan regangannya (Bobak, 2005). Berdasarkan data di Puskesmas Jagir, sebanyak 7% ibu inpartu primigravida mengalami robekan perineum derajat I dengan indikasi terjadi robekan tapi tidak dilakukan hecting/ penjahitan. Robekan perineum derajat II sebesar 57% dan 33% dilakukan episotomi, hanya dua dari 30 persalinan ibu inpartu primigravida yang perineumnya masih utuh. Satu ibu inpartu yang mengalami robekan derajat IV dimana robekan mencapai anus. Robekan perineum merupakan penyebab utama kedua perdarahan pascapartum. Perdarahan yang kontinu akibat sebab minor sama berbahanya dengan kehilangan sejumlah besar darah secara tiba-tiba walaupun perdarahan ini seringkali diacuhkan sampai syok terjadi (Bobak, 2004). Heacting direkomendasikan pada setiap trauma perineal yang sangat ekstensif, bila perdarahan tidak berhenti, robekan derajat dua besar, robekan derajat tiga, dan robekan derajat empat. Jika proses perbaikan tidak

tepat akan timbul nyeri dan rasa tidak nyaman yang berkelanjutan selama pasca partum sehingga interaksi antara ibu-anak akan terhambat dan hubungan seksual dengan pasangan juga akan terganggu (Bobak, 2004). Sebuah studi (Saunders et al., 2002) melaporkan pengalaman nyeri ibu saat menjalani heacting perineal menyebutkan 16,5 % ibu melaporkan nyeri yang hebat (Chapman, 2006). Dengan pengenalan dan perbaikan perluasan derajat III, 30-40% wanita dapat mengalami inkontinensia anal jangka panjang (Gjessing dkk, 1998). Pada robekan perineum derajat empat dengan perbaikan menggunakan teknik bedah yang yang tepat dan lengkap, beberapa wanita dapat mengalami inkontinensia alvi akibat cedera pada persyarafan otot-otot dasar panggul (Cunningham, 2005).

Kekakuan perineum menurut Sofian Muhaji dkk (2003) adalah faktor maternal yang bisa menyebabkan robekan perineum. Pada ibu inpartu dengan perineum kaku akan menimbulkan rasa sakit akibat regangan (Danuatmaja, 2004). Hal ini dikarenakan penyediaan darah ke otot tersumbat, sehingga kontraksi otot menyebabkan nyeri atau rasa sakit (Ganong, 1995). Masase adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi dan meningkatkan sirkulasi (Henderson, 2005). Masase perineum yang dilakukan sejak bulan-bulan terakhir kehamilan menyiapkan jaringan kulit perineum lebih elastis sehingga mudah meregang, sekaligus mengurangi rasa sakit akibat peregangan. Selain itu menurut Robin Elise Weiss masase perineum juga melatih ibu untuk aktif mengendurkan perineum, belajar merasakan sensasi melahirkan dan mengontrol otot perineum, sehingga memberikan relaksasi di daerah perineum.

Masase perineum merupakan alternatif tindakan keperawatan yang dapat digunakan untuk mencegah robekan perineum. Masase pada perineum diharapkan dapat meningkatkan elastisitas perineum sehingga robekan perineum derajat III dan IV dapat dicegah.

1.2. Rumusan Masalah

1.2.1 Pertanyaan Masalah

Apakah ada pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan ibu inpartu primigravida di Puskesmas Jagir Surabaya?

1.3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Membuktikan pemberian masase perineum pada kehamilan trimester III berpengaruh terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida di Puskesmas Jagir Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok perlakuan di Puskesmas Jagir Surabaya.
2. Mengidentifikasi derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok kontrol di Puskesmas Jagir Surabaya
3. Menganalisis pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida antara kelompok perlakuan dan kontrol di Puskesmas Jagir Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi ilmu keperawatan maternitas untuk pengembangan penelitian lebih lanjut khususnya dalam hal asuhan keperawatan pranatal.

1.4.2 Praktis

Masase perineum dapat menjadi salah satu alternatif non farmakologis yang efektif dalam mencegah robekan perineum yang meluas.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan konsep teori yang terkait, antara lain : konsep dasar kehamilan, persalinan fisiologis, proses masase perineum.

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandung di dalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan (Nadesul, 2007).

2.1.2 Pembuahan

Konsepsi secara formal didefinisikan sebagai persatuan antara sebuah telur dan sebuah sperma, yang menandai awal suatu kehamilan (Bobak, 2004). Pembuahan (*Konsepsi*) adalah merupakan awal dari kehamilan, dimana satu sel telur dibuahi oleh satu sperma (Nadesul, 2007).

2.1.3 Implantasi dan Perkembangan Plasenta

Implantasi adalah penempelan *blastosis* ke dinding rahim, yaitu pada tempatnya tertanam. Antara 7-10 hari setelah konsepsi, trofoblas menyekresi enzim yang membantunya membenamkan diri ke dalam endometrium sampai seluruh bagian blastosis (Bobak, 2004). Blastosis biasanya tertanam di dekat puncak rahim, pada bagian depan maupun dinding belakang. Dinding blastosis memiliki ketebalan 1 lapis sel, kecuali pada daerah tertentu terdiri dari 3-4 sel. Sel-sel di bagian dalam pada dinding blastosis yang tebal akan berkembang

menjadi embrio, sedangkan sel-sel di bagian luar tertanam pada dinding rahim dan membentuk *plasenta* (ari-ari). Plasenta menghasilkan hormon untuk membantu memelihara kehamilan dan memungkinkan perputaran oksigen, zat gizi serta limbah antara ibu dan janin. Implantasi mulai terjadi pada hari ke 5-8 setelah pembuahan dan selesai pada hari ke 9-10. Dinding blastosis merupakan lapisan luar dari selaput yang membungkus embrio (*korion*). Lapisan dalam (*amnion*) mulai dibuat pada hari ke 10-12 dan membentuk *kantung amnion*. Kantung amnion berisi cairan jernih (*cairan amnion*) dan akan mengembang untuk membungkus embrio yang sedang tumbuh, yang mengapung di dalamnya. Tonjolan kecil (*vili*) dari plasenta yang sedang tumbuh, memanjang ke dalam dinding rahim dan membentuk percabangan seperti susunan pohon. Susunan ini menyebabkan penambahan luas daerah kontak antara ibu dan plasenta, sehingga zat gizi dari ibu lebih banyak yang sampai ke janin dan limbah lebih banyak dibuang dari janin ke ibu. Pembentukan plasenta yang sempurna biasanya selesai pada minggu ke 18-20, tetapi plasenta akan terus tumbuh selama kehamilan dan pada saat persalinan beratnya mencapai 500 gram.

2.1.4 Perkembangan Embrio

Tahap embrio berlangsung dari hari ke-15 sampai sekitar 8 minggu setelah konsepsi atau sampai ukuran sekitar 8 minggu setelah konsepsi atau sampai ukuran embrio sekitar 3 cm, dari puncak kepala sampai bokong. Tahap ini merupakan masa yang paling kritis dalam perkembangan system organ dan penampilan luar utama janin. Daerah yang sedang berkembang dan mengalami pembelahan sel yang cepat sangat rentan terhadap malformasi akibat teratogen

lingkungan. Pada akhir minggu ke-8, semua sistem organ dan struktur eksterna terbentuk dan embrio tidak diragukan lagi telah menjadi manusia.

2.1.5 Menentukan Usia Kehamilan

Kehamilan berlangsung rata-rata selama 266 hari (38 minggu) dari masa pembuahan atau 280 hari (40 minggu) dari hari pertama menstruasi. Untuk menentukan tanggal perkiraan persalinan bisa dilakukan perhitungan berikut (Aturan Nagel):

1. Tanggal menstruasi terakhir ditambah 7
2. Bulan menstruasi terakhir dikurangi 3
3. Tahun menstruasi terakhir ditambah 1

Hanya 10% wanita hamil yang melahirkan tepat pada tanggal perkiraan persalinan, 50% melahirkan dalam waktu 1 minggu dan hampir 90% yang melahirkan dalam waktu 2 minggu sebelum atau setelah tanggal perkiraan persalinan. Persalinan dalam waktu 2 minggu sebelum maupun sesudah perkiraan persalinan masih dianggap normal. Kehamilan terbagi menjadi periode 3 bulanan, yang disebut sebagai:

1. Trimester pertama (minggu 1-12)
2. Trimester kedua (minggu 13-24)
3. Trimester ketiga (minggu 25-persalinan).

2.1.6 Adaptasi Anatomis dan Fisiologis pada Wanita Hamil

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya alat genitalia eksterna, interna, dan payudara (*mamma*) (Winkjosastro, 1999). Perubahan itu merupakan adaptasi tubuh yang terjadi sebagai respon terhadap rangsang fisiologis yang ditimbulkan oleh janin. Adaptasi tersebut meliputi

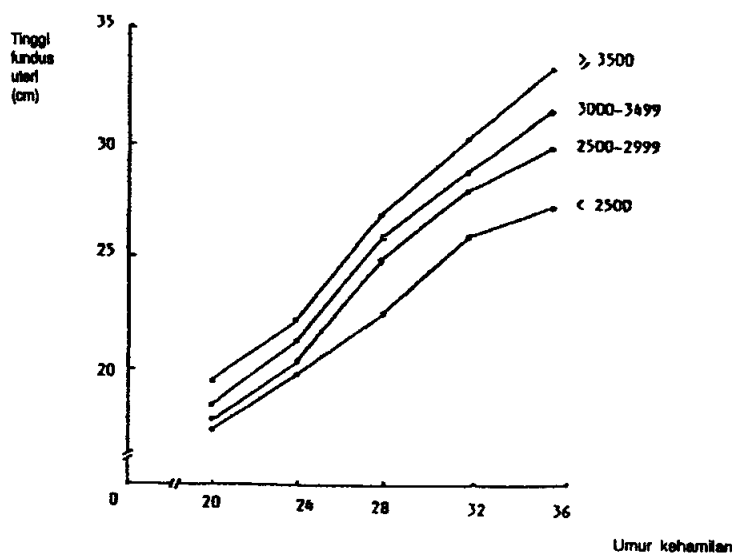
adaptasi fisiologis, anatomis dan biokimiawi (Cunningham, 2005). Sesuai dengan judul penelitian, adaptasi anatomis dan fisiologis pada ibu hamil trimester III adalah fokus pembahasan tinjauan pustaka ini. Adapun perubahan yang terjadi pada ibu hamil trimester III antara lain :

1. Uterus

Pada wanita tidak hamil uterus merupakan struktur yang hampir padat dengan berat kurang lebih 70 gram serta rongga bervolume 10 ml atau kurang. Selama masa kehamilan, uterus berubah bentuk menjadi sebuah organ muskular berdinding relatif tipis dengan kapasitas yang cukup untuk menampung janin, plasenta, dan cairan amnion (Cunningham, 2005). Pertumbuhan uterus yang fenomenal pada trimester pertama berlanjut sebagai respon terhadap stimulus kadar hormon estrogen dan progesteron yang tinggi. Pembesaran terjadi akibat peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru), hipertropi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada) dan perkembangan desidua (Bobak, 2004). Pada akhir trimester pertama, uterus menempati sebagian besar rongga pelvis. Menjelang akhir usia kehamilan cukup bulan uterus mengisi hampir semua rongga abdomen. Berat uterus meningkat dari sekitar 50 gram sampai kurang lebih 1100 gram. Peningkatan ini menyebabkan visera ibu tergeser. Hati, usus, dan lambung bergeser ke arah atas. Pada trimester III kehamilan lambung tergeser ke posisi horisontal dan kemampuan untuk diisi sangat terbatas. Tekanan pada lambung dapat mendorong isi makanan bergerak ke atas dan masuk dalam esofagus sehingga menimbulkan gejala umum seperti nyeri ulu hati. Rongga pelvis juga mengalami tekanan langsung pada organ viseranya, disertai dengan

kompresi ureter dan kandung kemih (Henderson, 2002). Pada minggu pertama ismus uteri mengadakan hipertropi. Hipertropi ismus pada triwulan pertama membuat ismus menjadi panjang dan lebih lunak (*hegar*). Pada kehamilan 16 minggu kavum uteri sama sekali diisi oleh ruang amnion yang berisi janin, dan ismus menjadi bagian korpus uteri. Besar uterus kira-kira sebesar kepala bayi, dari luar fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis. Bila pertumbuhan janin normal maka tinggi fundus uteri pada kehamilan 28 minggu sekurangnya 25 cm, pada 32 minggu 27 cm, pada 36 minggu 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu fundus uteri turun kembali dan terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk ke dalam rongga panggul.

Dibawah ini ukuran tinggi fundus uteri dalam cm dikaitkan dengan umur kehamilan dan berat bayi sewaktu dilahirkan.



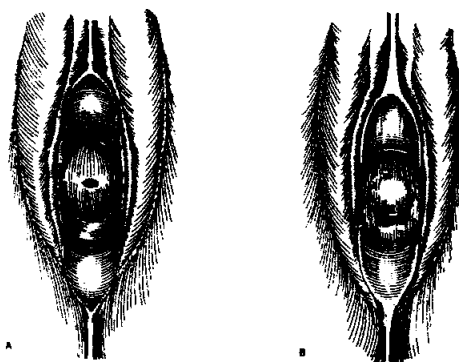
Gambar 2.1 Ukuran tinggi fundus uteri (Winkjosastro, 1999)

Pada triwulan terakhir ismus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri, dan berkembang menjadi segmen bawah uterus. Pada kehamilan tua karena kontraksi

otot-otot bagian atas uterus, segmen bawah uterus menjadi lebih lebar dan tipis; tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologik (Winkjosastro, 1999).

2. Serviks uteri

Selama kehamilan terjadi pelunakan dan sianosis serviks yang nyata, yang seringkali dapat terlihat sedini bulan pertama setelah konsepsi. Perubahan tersebut disebabkan peningkatan vaskularitas dan edema pada seluruh serviks, bersama dengan hipertrofi dan hiperplasia kelenjar serviks. Kelenjar serviks mengalami proliferasi yang sangat besar sehingga pada akhir kehamilan, kelenjar ini dapat menempati kira-kira setengah dari seluruh massa serviks. Selanjutnya septa yang memisahkan ruang-ruang kelenjar menjadi semakin menipis, sehingga mengakibatkan terbentuknya struktur menyerupai sarang lebah yang mata lubangnya terisi dengan mukus kental. Segera setelah konsepsi, segumpal mukus yang sangat kental menyumbat kanalis servikalis. Saat dimulainya persalinan, atau sebelumnya, apa yang disebut sebagai sumbat mukus ini didorong keluar sehingga menimbulkan bloody show (Cunningham, 2005). Pada multipara porsio bundar terjadi cedera berupa lecet dan robekan, sehingga post partum tampak adanya porsio yang terbelah dua dan menganga (Winkjosastro, 1999)



Porsio pada nullipara (A); dan porsio pada multipara (B)

Gambar 2.2 Porsio nullipara dan multipara (Winkjosastro, 1999).

3. Vagina, vulva dan perineum

Selama masa kehamilan, peningkatan vaskularisasi dan hiperemia timbul di kulit dan otot-otot perineum serta vulva dan terdapat pelunakan jaringan ikat (Cunningham, 2005). Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (livide). Tanda ini disebut tanda Chadwick (Winkjosastro, 1999).

4. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatis sampai terbentuknya plasenta pada kehamilan 16 minggu. Fungsi korpus luteum yang mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron perlahan digantikan oleh plasenta (Winkjosastro, 1999)

5. Mamma

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Puting susu dan aerola menjadi lebih berpigmen, dan puting susu menjadi lebih erektile. Hipertrofi kelenjar sebacea (lemak) muncul di aerola primer dan disebut tuberkel montgomery.

Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif, akan tetapi laktasi terhambat sampai kadar estrogen menurun, yakni setelah janin dan plasenta lahir. Namun pada trimester III keluar cairan sebelum menjadi susu, berwarna krem atau putih kekuningan yang disebut kolostrum (Bobak, 2004).

6. Sirkulasi darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar, mamma dan alat lain-lain yang berfungsi berlebihan dalam kehamilan, akibatnya volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidremia. Volume darah bertambah 25 % dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output meninggi sebanyak kira-kira 30 % (Winkjosastro, 1999).

7. Sistem Respirasi

Adaptasi ventilasi dan struktural selama hamil bertujuan menyediakan kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat, selain itu peningkatan vaskularisasi juga terjadi pada traktus pernafasan atas. Kapiler membesar, terbentuklah edema dan hiperemia di hidung, faring, laring, trakea, dan bronku (Bobak, 2004).

8. Traktus digestivus

Nafsu makan berubah selama hamil. Pada trimester I sering terjadi penurunan nafsu makan akibat nausea dan / atau vomitus. Ini adalah akibat perubahan pada saluran cerna dan peningkatan kadar hCG dalam darah. Pada trimester kedua dan selanjutnya nafsu makan meningkat untuk memenuhi kebutuhan untuk pertumbuhan janin (Bobak, 2004). Pada trimester III dapat terjadi konstipasi. Hal ini dikarenakan tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain pengaruh peningkatan hormone progesterone. makanan berserat buahan dan sayuran serta minum air yang banyak, serta olahraga dapat mengurangi terjadinya konstipasi (Suririnah, 2007).

9. Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan ketika kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul timbul keluhan sering kencing akibat tertekannya kandung kencing. Di samping sering kencing terdapat pula poliuria. Poliuria disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan sehingga filtrasi di glomerulus meningkat sampai 69 %. Reabsorpsi di tubulus tidak berubah sehingga lebih banyak dapat dikeluarkan urea, asam urik, glukosa, asam amino, asam folik dalam kehamilan (Winkjosastro, 1999).

10. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi yang disebabkan oleh pengaruh melanophore stimulating hormone (MSH) yang meningkat. Deposit pigmen dapat terjadi pada dahi, pipi, dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum (Winkjosastro, 1999).

11. Metabolisme dalam kehamilan

Pada wanita hamil basal metabolic rate (BMR) meningkat, sistem endokrin juga meningkat dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tiroidea). Pada trimester III terakhir BMR meningkat hingga 15-20 % (Winkjosastro, 1999).

2.2. Persalinan fisiologis

2.2.1 Definisi persalinan fisiologis

Persalinan merupakan fungsi seorang wanita, dengan fungsi ini produk konsepsi (janin, air ketuban, placenta dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar (Oxorn, 2003). Partus normal/ partus biasa adalah bayi yang lahir melalui vagina dengan letak belakang kepala/ ubun-ubun kecil, tanpa memakai alat/ pertolongan istimewa, serta tidak melukai ibu maupun bayi, berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Mochtar, 1998).

Persalinan adalah proses keluar/lahirnya janin dan plasenta dari dalam rahim (Nadesul, 2003). Persalinan adalah proses dengan adanya kontraksi dari otot uterus yang akan mengeluarkan janin dari rahim ibu (Malloy, 2000).

Persalinan merupakan proses yang menyakitkan, cara ibu menghadapi nyeri dipengaruhi oleh pengetahuan dan budaya ibu (Rudra, 2004). Pada kala I persalinan yang dominan adalah nyeri visceral dengan stimulus nyeri yang timbul oleh karena distensi mekanis dari segmen bawah uterus dan dilatasi serviks (Huffinagle, 1993).

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Keberhasilan mengakhiri kehamilan dan kelahiran bayi melibatkan fungsi gabungan dari lima faktor. Lima faktor penting yang mempengaruhi proses persalinan adalah 5 P yaitu : power (tenaga ibu), passanger (janin dan plasenta), passage way (jalan lahir), position (posisi ibu), psychologi (psikologis ibu) (Winkjosastro, 1999).

1. Power

Ibu mengeluarkan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter, disebut juga dengan kekuatan primer. Kekuatan primer ini menyebabkan servik menipis (effacement) dan berdilatasi sehingga janin turun. Jika serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder (Bobak, 2004). Reflek mengejan adalah tenaga sekunder yang merupakan tambahkekuatan untuk mengeluarkan janin (Winkjosastro, 1999). Mengejan terjadi karena rangsangan terhadap fleksus (kumpulan saraf) *frankenhauser* di sekitar mulut rahim. Bila his tidak dikendalikan oleh ibu maka kekuatan mengejan dapat dikendalikan sehingga hasil kedua kekuatan dapat mempercepat persalinan (Manuaba, 1999).

2. Passanger (janin)

Persalinan merupakan proses pendorongan tengkorak bayi melalui pelvis ibu (Hamilton, 1995). Passanger atau penumpang terdiri dari janin dan plasenta. Janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni : ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

Plasenta dianggap sebagai penumpang karena juga melalui jalan lahir (Bobak, 2004).

3. Passage Way (Jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan, yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak (Manuaba, 1999). Panggul dibentuk oleh 4 (empat) buah tulang (Margono, 1999) :

- 1) os coxae kiri dan kanan, membentuk dinding lateral dan anterior rongga panggul.
- 2) os coccygis dan os sacrum, bagian dari columna vertebralis, membentuk dinding posterior rongga panggul.
- 3) os coxae sendiri masing-masing sebenarnya terdiri dari 3 tulang kecil yang bersatu, yaitu os ilium, os ischium dan os pubis.

4. Psychology (kondisi psikologis ibu)

Menurut Hamilton (1995), ketakutan menyebabkan kegelisahan dan respon endokrin yang menyebabkan retensi natrium, ekskresi kalium dan penurunan glukosa yang dibutuhkan oleh kontraksi uterus. Ketakutan dan kecemasan pada ibu inpartu juga akan menyebabkan respon melawan atau menghindar (*fight or flight*). Keadaan ini memicu melimpahnya kadar katekolamin atau hormon stress seperti ephinefrin (adrenalin), norephinefrin (noradrenalin) dan kortisol. Selama kala I sirkulasi katekolamin yang berlebih menyebabkan beralihnya aliran darah dari rahim dan plasenta serta organ-organ lain yang tidak penting untuk penyelamatan ke organ-organ lain yang penting seperti jantung, paru-paru, otak dan otot rangka. Penurunan aliran darah ke rahim

dan plasenta memperlambat kontraksi rahim dan mengurangi pasokan oksigen ke janin (Simkin & Ruth, 2005)

5. Position (posisi ibu)

Pada kehamilan akhir perubahan produksi hormon menyebabkan relaksasi ligamen dan tulang rawan pada sendi panggul memungkinkan mobilitas yang lebih tinggi pada sendi sakroiliaka dan simfisis pubis. Mobilitas panggul memungkinkan perubahan bentuk dan ukuran panggul yang tidak kentara sehingga dapat memfasilitasi posisi optimal kepala janin pada kala I yaitu gerakan-gerakan utama fleksi, rotasi interna dan penurunan janin pada kala II (Simkin & Ruth, 2005). Ada beberapa posisi yang dapat digunakan ibu selama proses persalinan, diantaranya : posisi jongkok, duduk, setengah duduk, dan kneeling.

2.2.3 Proses persalinan fisiologis

Mendekati akhir kehamilan terlihat perubahan-perubahan tertentu atau tanda-tanda yang memperlihatkan bahwa persalinan tidak lama lagi (Hamilton, 1995). Tanda-tanda dimulainya persalinan normal adalah :

1. Adanya kontraksi progresif uterus yang teratur, effacement dan dilatasi serviks yang progresif (Lowdermilk, 1999)
2. Keluarnya lendir bercampur darah karena adanya robekan pada serviks
3. Ketuban pecah dengan sendirinya
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan terdapat pembukaan (Mochtar, 1998).

Partus dibagi menjadi 4 kala, pada kala I serviks membuka sampai pembukaan terjadi 10 cm kala I dinamakan kala pembukaan. Kala II disebut kala pengeluaran oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengejan janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau kala uri plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 1 jam (Winkjosastro, 2002).

Rincian tentang kala-kala tersebut diuraikan sebagai berikut :

Kala I (Pembukaan)

Kala I berlangsung dari awal gejala sampai serviks berdilatasi sempurna (10 cm) (Hamilton, 1995). Kala I persalinan umumnya dikenal dari awitan kontraksi uterus yang teratur sampai dilatasi serviks lengkap (Henderson, 2005). Durasi rata-rata kala satu persalinan adalah 12-14 jam pada jam primigravida dan sekitar 4-6 jam pada multipara (Nadesul, 2003). Kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran kavum uterus dengan pemendekan serta penebalan segmen atas uterus dan pemanjangan serta penipisan segmen bawah uterus (Winkjosastro, 1999).

Kala I dibagi menjadi 2 tahap :

1) Fase laten

Fase persalinan pada pembukaan 0-3 cm yang dikenal sebagai tahap yang dimulai dari awitan kontraksi uterus yang teratur sampai permulaan fase aktif. Durasi maksimal berlangsung sekitar 8 jam. Fase persalinan ini tidak boleh lebih dari 8 jam karena kontraksi dapat cukup menyakitkan sehingga menimbulkan lambatnya persalinan (Henderson, 2005).

2) Fase aktif

Dibagi menjadi 3 fase, yakni :

1. Fase akselerasi : dalam 2 jam pembukaan 3-4 cm
2. Fase dilatasi maksimal : dalam 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari-9 cm.
3. Fase decelerasi : pembukaan menjadi lambat dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase aktif berlangsung dalam 6 jam. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multi gravida pun terjadi demikian tetapi fase laten dan fase aktifnya menjadi lebih pendek (Winkjosastro, 1999).

Kala II (Pengeluaran janin)

Persalinan kala dua berlangsung dari akhir kala satu, yaitu setelah pembukaan lengkap, sampai lahirnya bayi (Oxorn, 2003). Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Winkjosastro, 1999).

Peristiwa penting pada persalinan kala II :

- 1) Bagian terbawah janin (pada persalinan normal : kepala) turun sampai dasar panggul
- 2) His dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan
- 3) Ibu merasakan tekanan pada rectum dan ingin BAB. Perineum mulai menonjol dan lebar dengan anus membuka

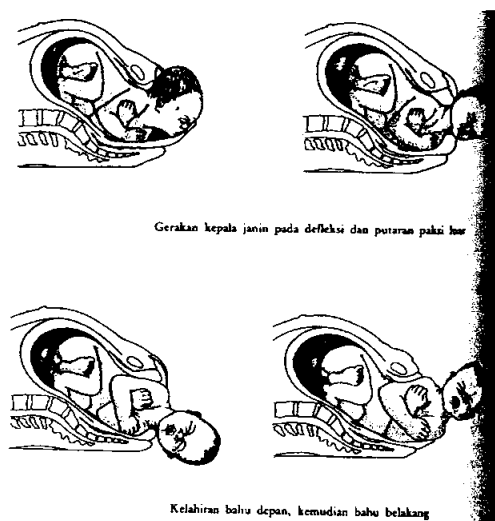
- 4) Labia membuka dan kepala dilahirkan dengan suboksiput di bawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum, selanjutnya dilahirkan badan dan anggota badan.

Gerakan utama pengeluaran janin pada persalinan dengan letak belakang kepala (Margono, 1999)

- 1) Kepala masuk pintu atas panggul : sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitisme) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior)
- 2) Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat tekanan langsung dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.
- 3) Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala)
- 4) Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarium dengan diameter biparietalis.
- 5) Ekstensi : setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut : oksipt, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.
- 6) Rotasi eksterna (putaran paksi luar) : kepala berputar kembali sesuai dengan sumbu rotasi tubuh, bahu masuk pintu atas panggul dengan

posisi anteroposterior sampai di bawah simfisis, kemudian dilahirkan bahu depan dan bahu belakang.

- 7) Ekspulsi : setelah bahu lahir, bagian tubuh lainnya akan dikeluarkan dengan mudah. Selanjutnya lahir badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.



Gambar 2.3 Gerakan kepala janin saat persalinan (Winkjosastro, 1999)

Kala III (kala uri)

Kala III diawali dengan keluarnya bayi dari uterus dan diakhiri dengan keluarnya plasenta (hamilton, 1995). Setelah bayi dilahirkan, ukuran uterus mengalami pengurangan yang cukup besar. Sesudah beberapa saat, uterus akan menyesuaikan dengan keadaan tanpa janin kemudian memulai proses kontraksi dan retraksi. Pelepasan plasenta terjadi karena perlekatan plasenta dari dinding uterus adalah bersifat adhesi, sehingga pada saat kontraksi mudah lepas dan berdarah. Pada keadaan normal kontraksi uterus bertambah keras. Proses ini biasanya berakhir hanya beberapa menit pada multipara maupun primipara (Hamilton, 1995).

Kala IV (Observasi pasca persalinan)

Kala empat persalinan merupakan istilah yang kadang-kadang digunakan untuk periode satu atau dua jam sesudah persalinan. Dalam periode ini tugas fisiologis yang paling penting adalah mempertahankan kontraksi dan retraksi uterus yang kuat (Nadesul, 2003).

2.2.4 Robekan dan penjahitan perineum

2.2.4.1 Pengertian

Perineum adalah bagian terendah badan yang terdiri atas struktur otot fibrus kuat di sebelah depan anus dan pada wanita langsung di belakang vagina (Pearce, 1992). Perineum merupakan alat genetalia eksterna yang terletak antara vulva dan anus, dengan panjang rata-rata 4 cm. Perineum selalu terlibat dalam proses persalinan (Winkjosastro, 1999). Ketika kepala janin sudah masuk di ruang panggul, otot-otot dasar panggul akan tertekan dan perineum mulai meregang (Nadesul, 2003). Dengan kekuatan mengedan maksimal kepala janin lahir melewati perineum (Winkjosastro, 1999). Robekan perineum biasanya terjadi sewaktu kepala janin dilahirkan (Bobak, 2004).

2.2.4.2 Faktor penyebab robekan perineum

Penyebab robekan perineum bisa dari faktor maternal maupun faktor janin itu sendiri. Adapun faktor maternal penyebab robekan perineum adalah :

1. Partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong (sebab paling sering)
2. Pasien tidak mampu berhenti mengejan
3. Kekakuan perineum

4. Partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan
5. Edema dan kerapuhan pada perineum
6. Varikosis vulva yang melemahkan jaringan perineum
7. Arcus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi ke arah posterior
8. Perluasan episiotomi

Faktor-faktor janin meliputi :

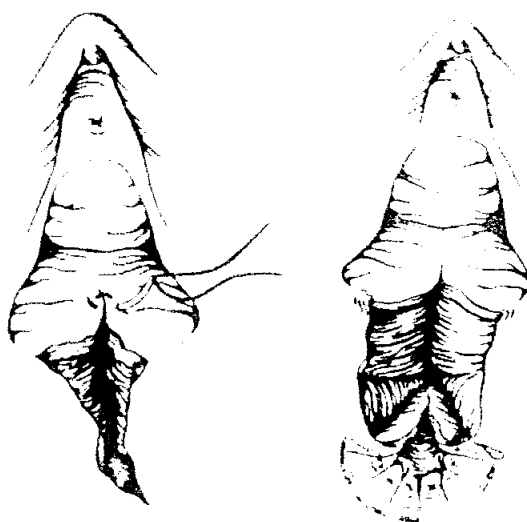
1. Bayi yang besar
2. Posisi kepala yang abnormal misalnya presentasi muka dan occipitoposterior
3. Kelahiran bokong
4. Ekstraksi forcep yang sukar
5. Dystosia bahu
6. Anomali kongenital, seperti hidrocephalus.

2.2.4.3 Klasifikasi robekan perineum

Luas robekan didefinisikan berdasarkan kedalaman robekan (Bobak, 2004)

Klasifikasi robekan perineum terbagi menjadi empat, antara lain :

1. Derajat pertama. Robekan mencapai kulit dan jaringan penunjang superfisial sampai ke otot
2. Derajat dua. Robekan mencapai otot-otot perineum
3. Derajat tiga. Robekan berlanjut ke otot sfincter ani
4. Derajat empat. Robekan sampai mencapai dinding rektum anterior



Robekan perineum derajat II

Robekan perineum III

Gambar 2.4 Derajat robekan perineum (Oxorn, 2004)

Perbaikan segera dengan benang yang dapat diserap sangat diperlukan. Selain itu perawatan lanjut juga harus dilakukan setelah perbaikan perineum seperti aseptis perineum secara umum, mengusahakan buang air besar yang lunak dengan pencahar ringan (Winkjosastro, 1999).

2.2.4.4 Perbaikan robekan perineum

Morbiditas perineal jangka panjang berhubungan dengan aproksimasi luka yang secara anatomis tidak tepat dan trauma sfincter anal yang tidak diketahui yang dapat menyebabkan masalah fisik, psikologis dan sosial yang berat. Jenis bahan jahitan, tehnik perbaikan dan ketrampilan operator adalah tiga faktor pokok yang mempengaruhi hasil akhir perbaikan perineal (RCOG, 2003).

1. Bahan menjahit.

Dalam beberapa studi oleh Kettle & Johanson (2002), benang asam poliglikolik (mis. Dexon atau Vicryl) ternyata menimbulkan lebih sedikit nyeri jangka pendek dan lebih sedikit analgesia dibanding dengan bahan lain. Namun, lebih banyak ibu yang membutuhkan pengangkatan benang postnatal akibat

”terlalu kencang” atau iritasi. Pilihan lain, poliglikolik 910 yang cepat diserap (mis. Vicryl Rapide) hancur lebih cepat, daya tarikannya berkurang 50 % setelah 5 hari, tanpa tarikan yang tertinggal setelah hari ke-14 (Kettle & Johanson, 2002), bila dibandingkan dengan asam poliglikolik baku (mis. Dexon atau Vicryl) maka asam poliglikolik cepat serap adalah bahan jahit pilihan.

2. Teknik dan analgesia menjahit

Penjahitan adalah teknik aseptik yang harus dilakukan dibawah analgesia yang memadai. Praktisi harus lembut, sensitif, dan tidak boleh terburu-buru bila ibu belum cukup mendapat anestesia. Anestesi lokal perlu waktu untuk bekerja dengan baik. Derajat robekan akan melibatkan berbagi lapisan. Hal ini mempengaruhi jenis benang yang dipakai:

1. Lapisan otot: menjahit lapisan otot menggunakan tekhnik kontinu kendor tanpa pengunci bermanfaat menurunkan nyeri jangka pendek dan pengangkatan benang di kemudian hari.
2. Lapisan kulit: penggunaan jahitan kontinu subkutikuler ternyata lebih baik dari jahitan terputus untuk kulit perineal (Kettle et al., 2002).

Pemilihan jenis jarum jahit sesuai kondisi robekan juga sangat dibutuhkan. Jarum tersedia dalam berbagai ukuran, ketebalan, bentuk dan jenis serta cenderung dipilih berdasarkan kesukaan pengguna (Ethicon, 1998).

Jarum *tapercut*

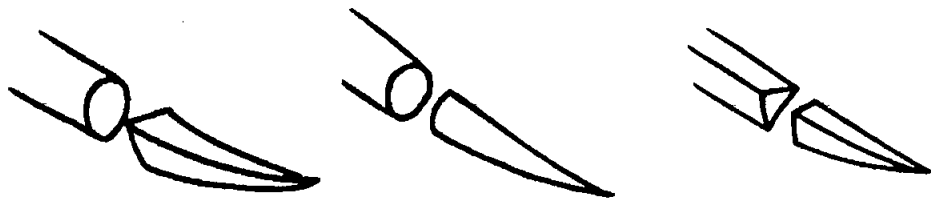
Memberi kelebihan ujung cutting, diikuti badan bulat halus, maka mengombinasikan kemudahan menusuk dan penembusan dengan trauma minimal badan yang bulat.

Jarum *cutting*

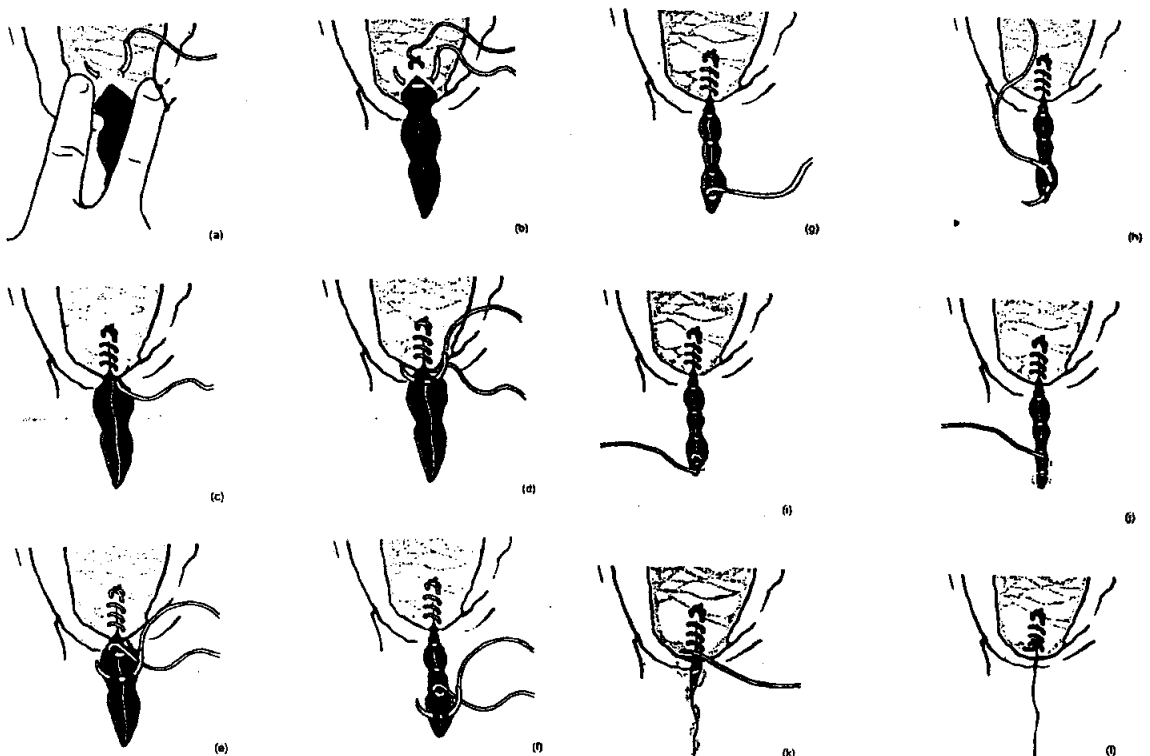
Digunakan untuk jaringan yang sulit ditembus, karenanya sering dipilih untuk daerah kulit yang keras.

Jarum *round-bodied*

Dirancang untuk memisahkan jaringan dan meskipun bisa digunakan untuk memperbaiki perineum, sulit menembus kulit.



Gambar 2.5 Jarum tupercut, cutting, dan round-bodied (Chapman, 2006)

Perbaikan robekan perineum

Gambar 2.6 Perbaikan robekan perineum derajat dua (Chapman 2006)

2.4 Upaya mengurangi robekan perineum dengan masase perineum

2.4.1. Pengertian

Masase adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi (Henderson, 2005). Masase adalah salah satu bentuk terapi sederhana yang paling tua dan terdiri dari gerakan mendorong ke depan dan belakang, gerakan melingkar, menepuk-nepuk dan cupping (Hagan, 2002).

Masase perineum adalah masase yang dilakukan dengan lambat, berirama dan lembut dengan mengusap jari tangan ke bawah dan ke atas dari arah vagina ke anus dan arah kiri-kanan di area perineum (Danuatmaja, 2004). Masase perineum merupakan gerakan mengusap lembut pada jaringan otot di sekitar daerah perineum (umich.edu/~umperl/massage)

2.4.2. Teknik dasar masase

Masase dibagi menjadi beberapa bentuk dasar diantaranya ; perkusi/*tapotement* (juga dikenal sebagai *drumming*); friksi (tekanan); *effleurage* (urut) dan *petrissage* (remasan). Metode-metode ini dapat dipraktekkan sendiri atau dikombinasikan untuk memberi manfaat maksimal bagi pasien (Geddes & Grossot, 2000).

1. Perkusi (memukul drum atau tapotement)

Perkusi atau tapotement berasal dari kata tapoter sebuah kata dari bahasa Prancis yang berarti "memukul drum" karena jari-jari memukul permukaan tubuh pasien. Pada umumnya perkusi dilakukan menggunakan pinggir tangan dengan

gerakan mencincang secara cepat dan lembut (Geddest & Grossot, 2000). Metode *tapotement* yang paling populer adalah gerakan *cupping*, *hacking*, dan *pincing*.

Cupping

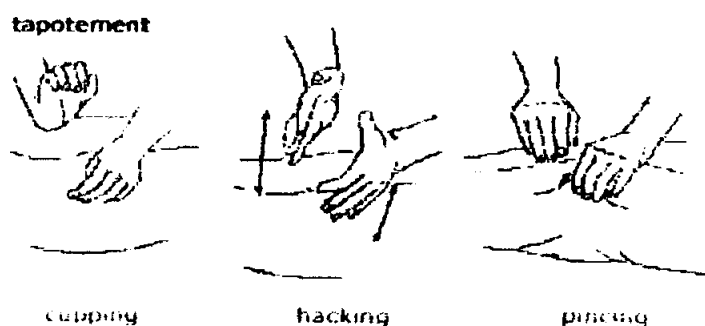
Teknik *cupping* memberikan sensasi stimulasi pada kulit. Teknik *cupping* merupakan gerakan perkusi dengan tempo konstan yang dilakukan dengan cepat. Satu tangan membentuk seperti mangkuk, yang lain memfleksikan pergerakan tangan dan siku sedang lengan atas tegak/stabil.

Hacking

Teknik *hacking* dapat dikerjakan secara bersama-sama dengan teknik *cupping* untuk memberikan variasi stimulasi pada saraf sensoris. Gerakannya mirip dengan *cupping* hanya saja bentuk tangan yang digunakan berbeda. Pada *hacking* kedua tangan diputar keluar, ulnar dan jari digunakan untuk memukul permukaan tubuh.

Pincing

Walaupun *pincing* bukan gerakan perkusi, namun *pincing* terdaftar di bawah *tapotement* karena kekuatan yang diberikan seperti perkusi. Kedua tangan silih berganti mengangkat sejumlah jaringan otot menggunakan jari dan ibu jari secara cepat dan lembut (<http://www.time-to-run.com/>).



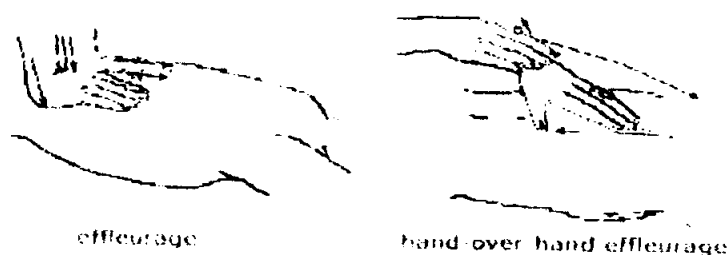
Gambar 2.7 Gerakan tehnik perkusi

2. Friksi (tekanan)

Teknik friksi menggunakan tekanan kuat yang digunakan untuk menembus jaringan otot dalam. Alasan penggunaan teknik ini adalah karena dapat merangsang aliran darah. Teknik friksi ini dapat dilakukan dengan pangkal tangan, beberapa jari atau bagian atas ibu jari (Geddes & Grosset, 2002)

3. *Effleurage* (urut)/pengusapan

Effleurage dilakukan secara pelan, berirama dan terkendali dengan menggunakan kekuatan bersama-sama dengan sebuah ruang kecil diantara ibu jari. *Effleurage* memakai telapak tangan dengan penekanan halus dan lembut (Geddes & Grosset, 2000). *Effleurage* dibagi menjadi dua tekanan yaitu tekanan ringan dan tekanan kuat. Tekanan ringan menggunakan telapak tangan dan ujung jari dengan pengurutan-pengurutan kecil. Tekanan ringan memiliki efek relaksasi dan digunakan pada area yang sensitif dengan sentuhan. Tekanan yang lebih kuat menimbulkan efek yang lebih besar pada sirkulasi darah dan susunan saraf (Vanderlaan, 2004).



Gambar 2.8 Gerakan teknik *effleurage*

4. *Petrissage* (meremas)

Kneading nama lain *petrissage* menggunakan kedua tangan yang bekerja bersama-sama dalam rangkaian berirama yang secara bergantian memungut dan meremas otot secara lembut. Tindakan memeras ini dapat merangsang aliran

darah dan memungkinkan otot-otot yang tegang relaks (Geddest & Grossot, 2000).

2.4.3. Mekanisme masase perineum

Masase perineum adalah pemijatan pada area perineum untuk mempersiapkan kelahiran. Sejak tahun 1980 ibu hamil tertarik melakukan masase perineum untuk mencegah terjadinya robekan perineum. Beberapa ibu merasakan bahwa masase perineum membantu dirinya untuk lebih mengenal sensasi melahirkan (<http://health.ninemsn.com.au/article.aspx?id=77139>). Masase perineum dapat mengurangi robekan perineum pada ibu primigravida (Brown, 2000). Stimulasi cutaneus secara kontinyu menyebabkan pemanasan/perubahan suhu pada daerah kulit setempat sehingga menyebabkan refleksi dilatasi melalui rangsangan syaraf otonom parasimpatis yang membantu melancarkan aliran darah ke otot perineum sehingga otot menjadi rileks. Otot yang rileks mempunyai lebih banyak oksigen dan energi sehingga tidak akan cepat lelah dan kontraksi otot akan lebih baik (Guyton, 1997). Nyeri paling hebat dirasakan pada fase akhir persalinan ketika pembukaan mulut rahim dan kekuatan kontraksi rahim mencapai maksimal. Nyeri perineal terdapat pada kala II persalinan dan saat melahirkan, sebagai akibat meregangnya jaringan vagina, vulva dan perineum. Rasa nyeri akibat regangan dan robekan perineum ini dihantarkan oleh saraf somatis, jika robekan perineum mencapai otot perineum yang memiliki lebih sedikit reseptor nyeri maka lokalisasi nyeri sering tidak jelas. Nyeri akan terasa menghebat saat otot-otot berkontraksi dalam keadaan iskemia (Price, 2005). Masase perineum melancarkan aliran darah sehingga otot berkontraksi dengan baik dan elastisitas perineum akan meningkat, sehingga saat terjadi peregangan rasa nyeri dapat berkurang.

Stimulasi sentuhan pada masase memberikan perasaan positif dalam bentuk perhatian dan berbagai sentuhan empati yang dilakukan melalui masase akan meningkatkan kenyamanan (Henderson, 2005). Sensasi nyaman yang ditimbulkan memberikan sinyal kognitif yang berjalan ke otak menuju korteks serebri. Selanjutnya diproyeksikan ke hipokampus untuk disimpan sebagai memori dan menuju ke amigdale untuk diproyeksikan ke hipotalamus (Guyton, 1997). Sebuah penelitian menyebutkan, ibu yang dipijat 20 menit setiap jam selama tahapan persalinan akan lebih bebas dari rasa sakit. Hal ini terjadi karena pijat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami. Endorphin juga dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak (Danuatmaja, 2004).

2.4.4 Prosedur massage perineum

Peralatan yang dibutuhkan:

- 1) Minyak pijat nabati alami, misalnya minyak kelapa.
- 2) Jam untuk menunjukkan waktu pemijatan
- 3) Beberapa bantal
- 4) Cermin

Posisi ibu

Masase sendiri/ pasangan : Tempatkan diri pada posisi setengah berbaring, dengan menyangga punggung, leher, kepala, dan kedua kaki di bantal. Kaki diregangkan dan meletakkan bantal dibawah setiap kaki. Untuk pertamakali ibu bisa menggunakan cermin untuk memudahkan mengenali daerah perineumnya.

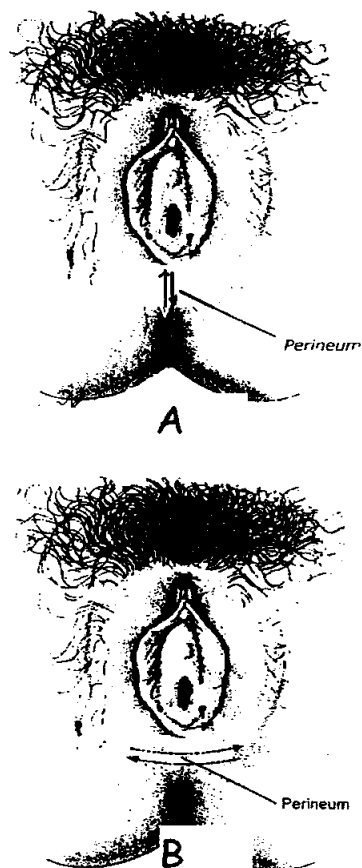


SITTING POSITION

Gambar 2.9 Posisi masase perineum

Tekhnik masase

- 1) Basahi kedua jari (jari tengah dan telunjuk) dengan minyak.
- 2) Perlahan dan lembut, letakkan jari di daerah perineum (antara vagina dan vulva).
- 3) Tarik napas dalam dan dengan rileks masase daerah perineum dengan tekanan $\pm 3-4$ cm secara lembut, lambat, dan berirama.
- 4) Usap jari ke bawah dan ke atas dari arah vagina menuju anus. Selanjutnya, gerakkan dari arah "pukul 3 ke 9" dengan hitungan 2x8 yaitu 8 hitungan arah atas-bawah dan 8 hitungan arah pukul 3 ke 9. Istirahat beberapa detik dengan menghirup udara dan menghembuskan pelan-pelan (relaks) kemudian dilanjutkan lagi.
- 5) Masase dilakukan setiap hari pada dua minggu terakhir menjelang persalinan selama 5 menit.
- 6) Masase dilakukan saat ibu merasa siap dan dalam kondisi santai.



A. Usapkan jari ke bawah dan ke atas dari arah vagina menuju anus

B. Gerakkan jari dari arah " pukul 3 ke 9 " dan sebaliknya

Gambar 2.10 Mekanisme masase perineum (Danuatmaja, 2004)

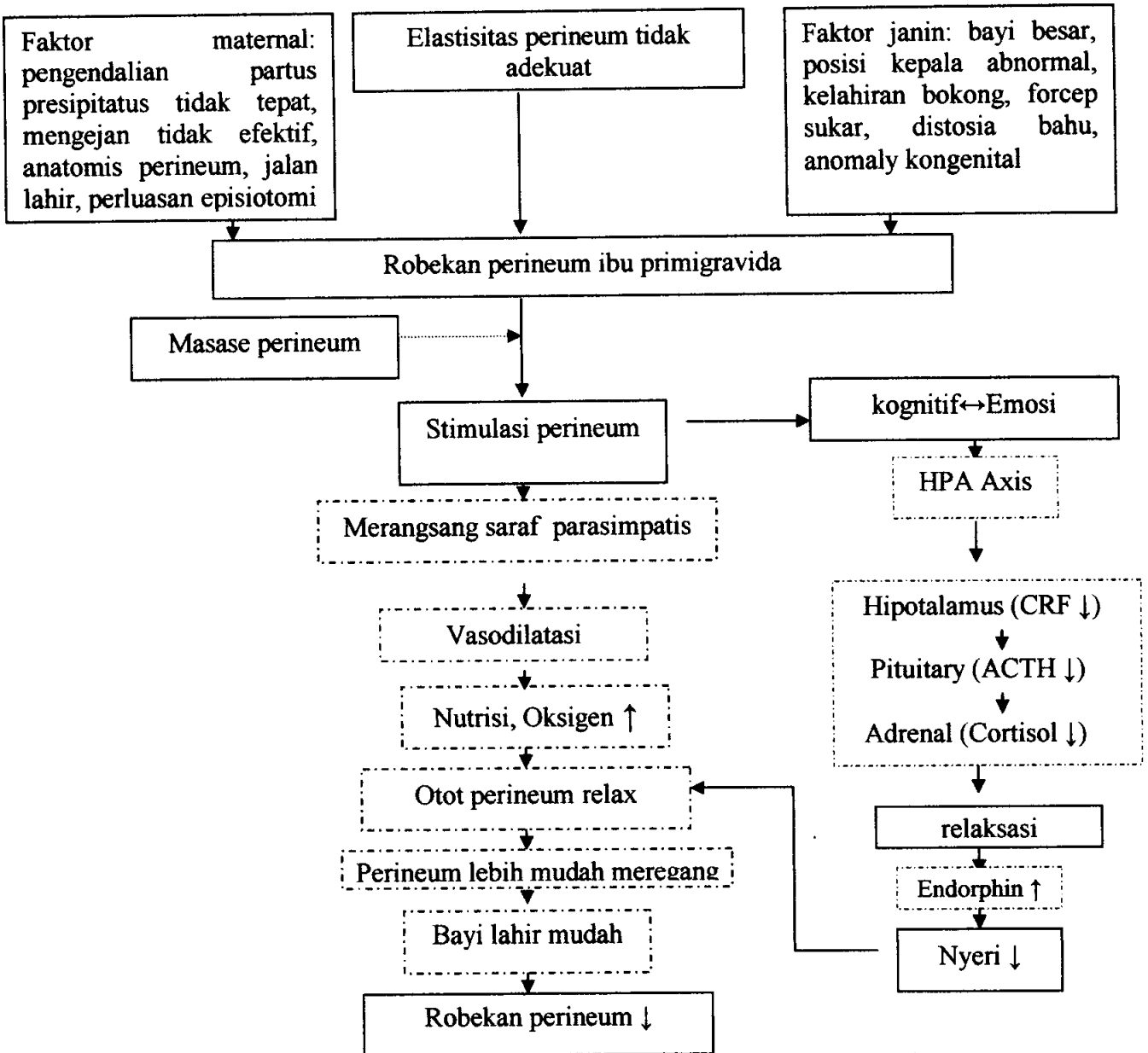
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konseptual



Keterangan: _____ Diukur. - - - - - Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida.

Pada ibu inpartu primigravida kala II sering ditemui robekan perineum yang disebabkan oleh beberapa faktor baik faktor maternal maupun janin itu sendiri. Adapun penyebab maternal meliputi: partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong, pasien tidak berhenti mengejan, edema dan kerapuhan pada perineum, perluasan episiotomi. Faktor janin yang menyebabkan robekan perineum adalah bayi dengan ukuran besar, posisi kepala yang abnormal, kelahiran bokong, dll (Oxorn, 2003). Menurut Sofian Muhaji, dkk (2003) ketidakadekuatan elastisitas perineum juga dapat menyebabkan robekan perineum. Masase perineum merupakan salah satu tindakan non farmakologis yang dapat dilakukan untuk meningkatkan elastisitas perineum. Stimulasi sentuhan (cutaneus) menyebabkan reflek dilatasi melalui rangsangan saraf otonom parasimpatis yang membantu melancarkan aliran darah ke otot perineum, sehingga otot menjadi rileks dan saat kepala janin dilahirkan dengan mudah melewati perineum sehingga robekan perineum dapat berkurang. Stimulasi cutaneus juga memberikan pengetahuan kepada ibu tentang sensasi melahirkan dan mengontrol otot perineum. Hal ini membentuk persepsi positif dan merangsang hipotalamus melalui jalur HPA Axis untuk meningkatkan pelepasan endorfin yang merupakan hormon untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan.

3.2. Hipotesis Penelitian

H 1 : Ada pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu di Puskesmas Jagir Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan jenis dan desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel, besar sampel, dan teknik *sampling*, identifikasi variabel, pengolahan data, masalah etika dan keterbatasan.

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian merupakan atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai acuan kegiatan yang akan dilaksanakan (Arikunto, 2002).

Penelitian ini menggunakan *post-test only non randomed control group design* yaitu kelompok subyek perlakuan di observasi derajat robekan perineum pada ibu inpartu setelah dilakukan intervensi masase perineum, sedangkan kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi diobservasi derajat robekan perineumnya.

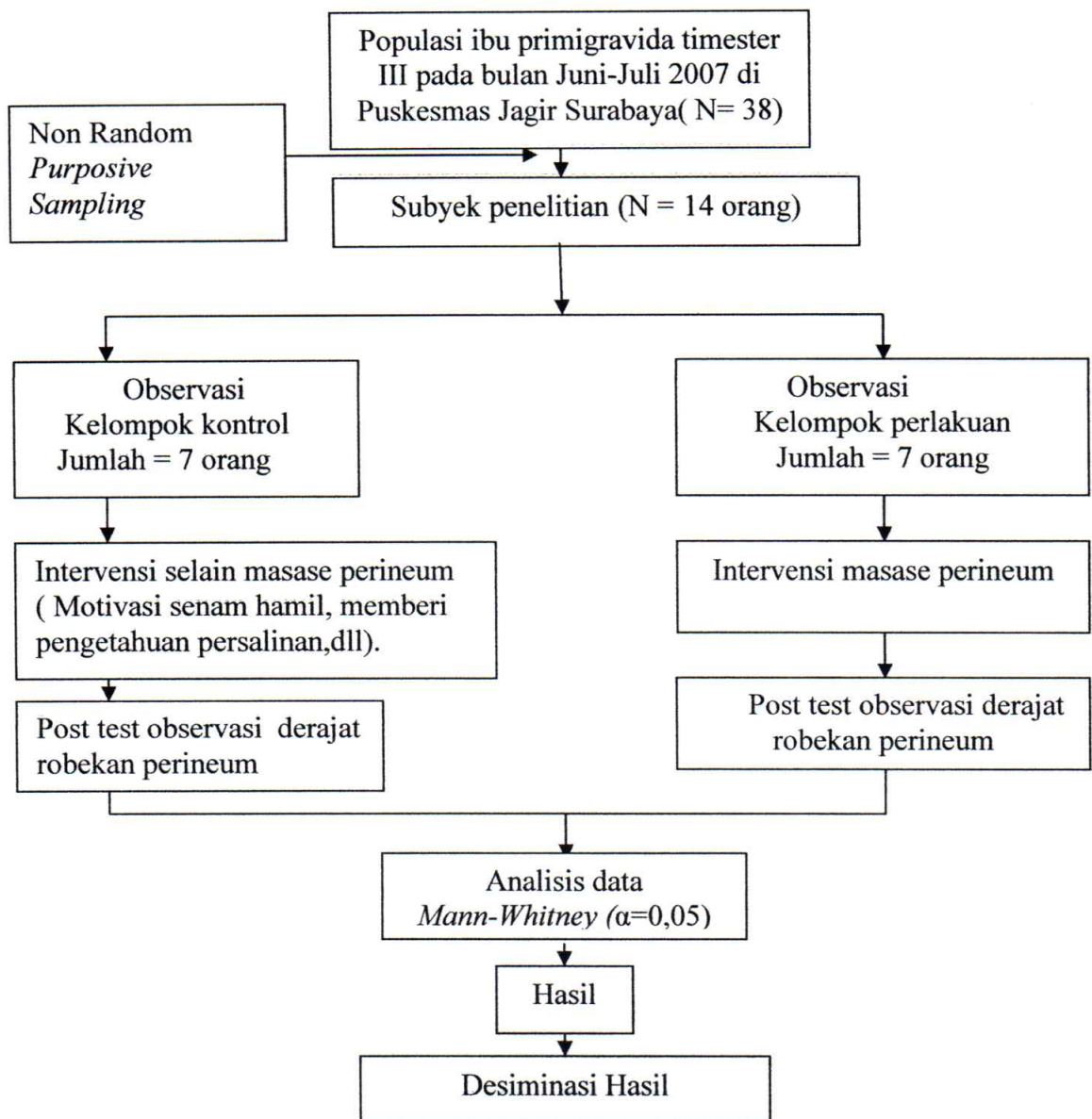
Tabel 4.1. Rancangan penelitian *post-test only non randomed control group design*.

<i>design.</i>	Subyek	Pra	Perlakuan	Post test
	K-A	-	I	O-A
	K-B	-	-	O-B

Keterangan :

- K-A : Subyek perlakuan (primigravida trimester III)
- K-B : Subyek Kontrol
- : Tidak dilakukan intervensi (masase perineum)
- I : Intervensi (masase perineum)
- O (A+B) : Observasi

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Masase Perineum Pada Kehamilan Trimester III Terhadap Penurunan Derajat Robekan Perineum Ibu Inpartu Primigravida.

4.3. Populasi, sampel, dan teknik sampling

4.3.1 Populasi

Dalam penelitian ini populasinya adalah semua ibu hamil primigravida trimester III yang berkunjung di puskesmas Jagir. Pada bulan Juni-Juli 2007 ibu hamil primigravida yang berkunjung di puskesmas Jagir sebanyak 38 orang.

4.3.2 Sampel

Dari populasi yang sudah ada peneliti memilih sesuai kriteria 7 responden masing-masing untuk kelompok kontrol dan kelompok perlakuan yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik sampel yang bisa dimasukkan atau layak diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Klien dengan kehamilan primigravida trimester III minggu ke- 32 sampai minggu ke-36
- 2) Usia 20-35 tahun.
- 3) Tidak ada kelainan pada kehamilan (Kehamilan resiko rendah)
- 4) Tidak ada komplikasi (infeksi genetalia)
- 5) Klien tidak dilakukan episiotomi saat persalinan

4.3.3. Teknik Sampling

Pembagian kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan dengan teknik *matching* yaitu semua sampel yang telah dikriteria inklusikan pada kelompok perlakuan, diusahakan terdapat juga pada kelompok kontrol sehingga sampel kedua kelompok sesuai atau paling tidak sama.

4.4. Identifikasi sampel

Menurut Sugiyono (2004) variabel merupakan gejala yang menjadi fokus peneliti untuk diamati. Variabel itu sebagai atribut dari sekelompok orang atau obyek yang mempunyai variasi antara satu dengan yang lainnya dalam kelompok itu. Semua variabel yang diteliti harus diidentifikasi, mana yang termasuk variabel bebas (*Independent variable*), variabel tergantung (*Dependent variable*), variabel pengontrol, perancu, dan random. Pada penelitian ini, variabel dibedakan menjadi

1. Variabel Independen

Adalah variabel yang menentukan variabel lain . Variabel independent dalam penelitian ini adalah masase perineum.

2. Variabel Dependen

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependent dalam penelitian ini adalah derajat robekan perineum.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Masase Perineum Pada Kehamilan Trimester III Terhadap Penurunan Derajat Robekan Perineum Ibu Inpartu Primigravida

Variabel	D.O	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independent: masase perineum	Suatu bentuk dan tekhnik dari stimulasi cutaneus, berupa sentuhan lembut, berirama menggunakan jari pada daerah antara vulva dan vagina untuk meningkatkan elastisitas perineum.	1) Lama 4-5 menit 2) Masase perineum dilakukan selama 4 minggu. 3-4 kali seminggu, dan setiap hari pada 2 minggu terakhir. 3) Masase menggunakan minyak nabati alami, minyak kelapa. 4) Masase	Lembar observasi		

<p>Variabel Dependen : Derajat robekan perineum</p>	<p>Klasifikasi robekan yang terjadi daerah sekitar vagina dan vulva (perineum) pada saat kepala janin dilahirkan (<i>crowning</i>)</p>	<p>menggunakan dua jari 5) Masase dilakukan melalui usapan lembut dan pelan pada perineum 6) Masase dilakukan saat ibu merasa siap dan santai.</p> <p>1) Terdapat jahitan 2) Derajat robekan I : hanya mengenai kulit 3) Derajat II : mengenai kulit dan otot, bisa kecil atau ekstensif 4) Derajat III : mengenai kulit, otot, sfincter ani</p>	<p>Lembar Observasi</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Derajat I Derajat II Derajat III</p>
---	--	--	-----------------------------	----------------	---

4.6. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan lembar satuan acara kegiatan menurut Danuatmaja (2004) dan lembar observasi menurut Bobak (2004) untuk mengetahui prosedur kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang diteliti.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian di Puskesmas Jagir Surabaya dan dilaksanakan mulai tanggal 18 Juni 2007 sampai 19 Juli 2007.

4.6.3 Prosedur Pengambilan Data

Prosedur pengambilan data dilaksanakan oleh peneliti dengan terlebih dahulu melakukan pendekatan pada subyek penelitian sesuai kriteria inklusi dan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Jika ibu primigravida setuju untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian, peneliti memastikan legalitas persetujuan dengan penandatanganan surat persetujuan (Informed consent). Ibu hamil primigravida trimester III yang bersedia menjadi responden dikumpulkan dalam ruang pertemuan atau ruang senam hamil untuk dilakukan penyuluhan dan demonstrasi pelaksanaan masase perineum. Jumlah peserta yang mengikuti senam hamil setiap minggunya berkisar 15 orang, 10 orang diantaranya ibu primigravida. Umur kehamilan ibu primigravida yang berkunjung ke Puskesmas Jagir bervariasi, maka pelaksanaan masase juga bervariasi antara minggu ke-32 sampai minggu ke-36. Implementasi langsung teknik masase perineum dilakukan di rumah masing-masing dengan bantuan peneliti, kemudian untuk selanjutnya ibu melakukan sendiri di rumah dan peneliti mengobservasi dan mengevaluasi

pelaksanaan masase perineum ini. Masase perineum dilakukan selama 4-5 menit sampai persalinan setiap hari secara rutin, kemudian diobservasi robekan perineum saat persalinan kala II. Sedangkan kelompok kontrol yang memenuhi kriteria inklusi tidak dilakukan masase perineum tapi tetap di follow-up untuk mengikuti senam hamil, memberi informasi seputar persalinan, serta diobservasi robekan perineum saat persalinan kala II.

4.6.4 Analisa Data

Dalam penelitian ini analisis data dilakukan melalui tabulasi data. Data yang dikumpulkan dianalisis dengan uji statistik *Mann-Whitney* (uji komparasi 2 sampel bebas/ independen) dengan derajat kemaknaan $\alpha < 0,05$ yang memiliki rumus :

$$U1 = n1.n2 + \frac{n1(n1+1)}{2} - R1$$

$$U2 = n1.n2 + \frac{n2(n2+1)}{2} - R2$$

Keterangan : U1 = peringkat n2 = jumlah sample 2
 U2 = peringkat 2 R1= jumlah rangking pada sampel n1
 n1 = jumlah sample 1 R2= jumlah rangking pada sampel n2
 (Sugiyono, 2005)

Uji ini untuk mengetahui perbedaan derajat robekan perineum antara kelompok perlakuan masase perineum dan kelompok kontrol. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $\alpha < 0,05$

4.7 Etika Penelitian

Setelah mendapatkan rekomendasi, peneliti melaksanakan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada masalah etika yang meliputi :

4.7.1 Surat Persetujuan (Informed Consent)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti untuk bersedia menjadi responden dalam hal ini adalah ibu primigravida trimester III. Namun sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilaksanakan terlebih dahulu. Jika responden setuju dan bersedia diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

4.7.2 Tanpa Nama (Anonimity)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti sengaja tidak mencantumkan namanya pada lembar pulva. Peneliti cukup memberikan nomer kode pada masing-masing lembar tersebut.

4.7.3 Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian.

Keterbatasan dalam penelitian adalah :

1. Jumlah sampel hanya 7 responden sehingga tidak bisa digeneralisasikan dan hasil kurang representatif.
2. Tidak memungkinkan dilakukan observasi ketat saat pelaksanaan masase membuat peneliti kesulitan mengetahui masase perineum sudah dilakukan secara tepat dan benar.

3. Tidak ada pra eksperimen untuk menentukan ketebalan perineum sehingga banyak responden yang telah dilakukan masase perineum harus di drop out karena episiotomi
4. Peneliti tidak melibatkan suami dalam pelaksanaan masase perineum sehingga motivasi untuk secara rutin melakukan masase tidak dapat terkontrol dengan baik.

BAB 5

**HASIL DAN PEMBAHASAN
PENELITIAN**

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data dan lembar observasi derajat robekan perineum tentang "Pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida".

Hasil Penelitian dikelompokkan menjadi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan dan pekerjaan. Data khusus meliputi rerata derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Data dianalisis menggunakan uji statistik *Mann Whitney* dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0.05$.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Tempat pengambilan data untuk penelitian ini adalah di Puskesmas Jagir Surabaya dimana memiliki 9 bidan dan 6 orang pembantu bidan, serta seorang dokter spesialis kandungan sebagai konsultan.

Jumlah ruangan di Puskesmas Jagir ini adalah 1 ruang pendaftaran, 2 ruang persalinan yaitu persalinan patologi dan normal yang masing-masing terdiri dari 3 tempat tidur, 1 ruang neonatus, 1 ruang pemulihan yang terdiri dari 6 tempat tidur yang digunakan setelah dua jam ibu pasca melahirkan, 1 ruangan tempat

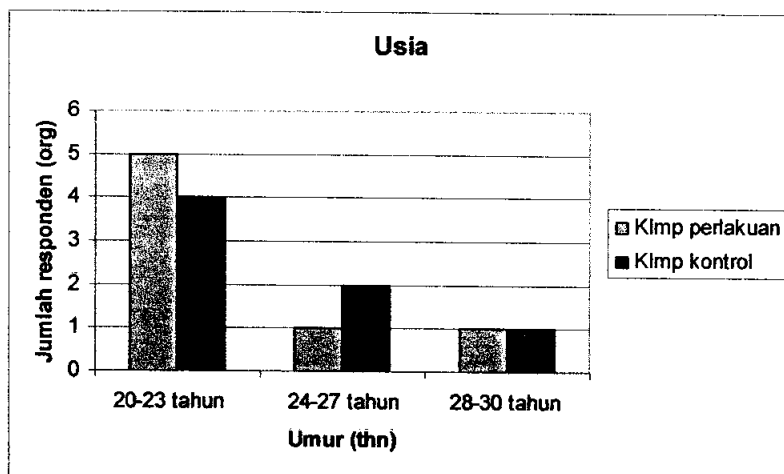
pemeriksaan yang melayani antenatal care (ANC), KB, pemeriksaan kehamilan dan imunisasi, 1 ruang laboratorium, 1 ruang gizi untuk konsultasi gizi, 1 ruang untuk senam hamil, 1 ruang balai pemeriksaan umum (BP), 1 ruang (BP Gigi) dan 1 ruang pengambilan obat. Populasi pasien di Puskesmas Jagir Surabaya selama bulan Juni-Juli 2007 sebanyak 80 orang; 38 primigravida dan 42 multigravida.

5.1.2 Data Umum

5.1.2.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden yang diperoleh pada saat pengumpulan data meliputi: 1) Usia, 2) Pendidikan terakhir, 3) agama dan 4) pekerjaan

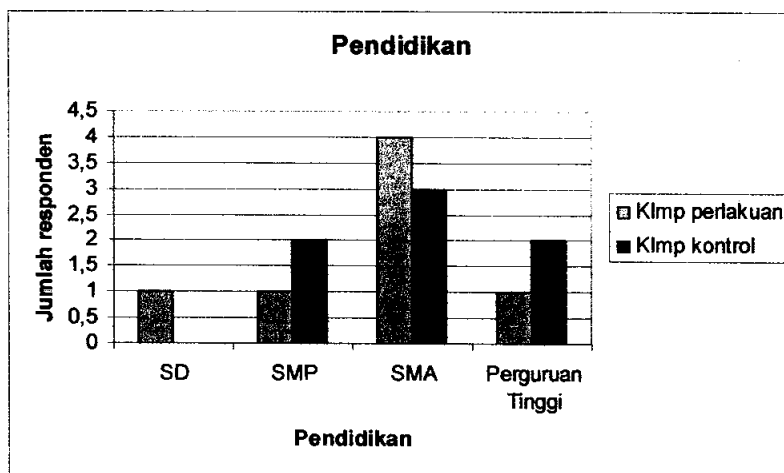
1. Usia



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan usia di Puskesmas Jagir Surabaya pada Tanggal 18 Juni-15 Juli 2007

Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa responden baik pada kelompok kontrol maupun perlakuan mayoritas berusia 20-23 tahun.

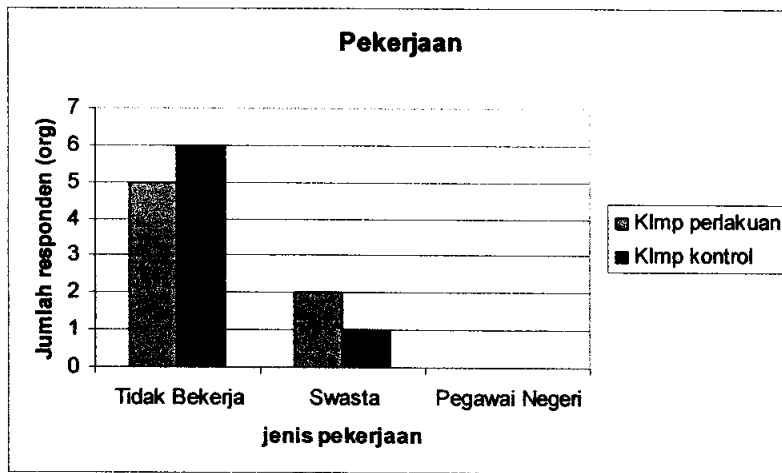
2. Tingkat Pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Jagir Surabaya pada Tanggal 18 Juni-15 Juli 2007

Berdasarkan diagram diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA. Pada Kelompok perlakuan berjumlah 4 orang dan kelompok kontrol berjumlah 3 orang.

3. Pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Jagir Surabaya pada Tanggal 18 Juni-15 Juli 2007

Berdasarkan diagram diatas sebagian besar responden pada kelompok kontrol dan perlakuan tidak bekerja. Pada kelompok perlakuan responden yang tidak bekerja sebesar 5 responden dan pada kelompok kontrol sebesar 6 responden.

5.1.1 Variabel yang diukur

Pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Variabel yang dianalisis disini mengenai tingkat derajat robekan perineum pada kelompok perlakuan dan kontrol. Setelah observasi didapatkan hasil :

Tabel 5.1 Hasil pengamatan derajat robekan perineum antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Puskesmas Jagir Surabaya pada tanggal 18 Juni-19 Juli 2007.

No	Usia (thn)	Pelak sanaan masase (mgs)	Senam hamil	Kelompok perlakuan				N	Usia	Senam hamil	Kelompok kontrol				Heating
				1	2	3	4				1	2	3	4	
1	21	34	Senam	✓				1	21	Senam					Jelujur
2	21	34	Senam	✓				2	21	Tidak		✓			Jelujur
3	22	32	Senam	✓				3	22	Tidak		✓			Jelujur
4	23	34	Senam		✓			4	22	Senam	✓				Jelujur
5	23	36	Tidak		✓			5	24	Senam		✓			Jelujur
6	25	32	Senam	✓				6	25	senam			✓		Jelujur
7	28	34	Senam	✓				7	29	tidak	✓				Jelujur
				5	2					2	4	1			
				(71,43 %)	(28,6 %)					(28,57 %)	(57,1 %)	(14,29 %)			
<i>Mann Whitney</i>				<i>p=0,032</i>											

Dari tabel diatas menunjukkan sebagian besar responden yang melakukan masase perineum mengalami robekan perineum derajat I dengan dilakukan hecting jelujur yaitu sebanyak 6 orang (71,43%), 2 responden mengalami robekan perineum derajat II sebesar (28,57%). Pada kelompok perlakuan ini tidak terdapat responden yang mengalami derajat robekan III dan IV. Pada sebagian besar responden kelompok kontrol mengalami robekan perineum derajat II sebanyak 4 responden (57,14%), 2 responden mengalami robekan derajat III dan 1 responden mengalami robekan derajat II. Dengan hasil uji *Mann Whitney* didapatkan tingkat signifikasi $p=0,036$ berarti ada pengaruh masase perineum terhadap derajat robekan perineum.

5.1.4 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis data dan melihat hasilnya maka ada beberapa hal yang akan dibahas yaitu analisis derajat robekan perineum pada kelompok perlakuan, kontrol, dan menganalisa pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum antara kelompok perlakuan dan kontrol

1. **Derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok perlakuan.**

Pelaksanaan masase perineum pada masing-masing responden bervariasi mulai dari minggu ke-32 sampai minggu ke-36. Sebagian besar responden yang melakukan masase perineum mulai minggu ke-32 mengalami robekan derajat I dan 2 responden juga mengalami robekan perineum derajat II, sedangkan 1 responden yang melakukan masase perineum mulai minggu ke-36 atau 2 minggu menjelang persalinan mengalami robekan derajat II. Dapat disimpulkan bahwa

lama pemberian masase bisa berpengaruh terhadap hasil robekan perineum. Ibu hamil yang memasuki trimester III, juga melakukan senam hamil untuk mempertahankan kebugaran dalam mempersiapkan tubuh memasuki persalinan. Pada kelompok perlakuan dari 7 responden, 6 diantaranya mengikuti kelas senam hamil. Ibu mendapat informasi tentang persalinan dan bisa aktif berkonsultasi seputar kehamilan dan persalinan dengan tenaga kesehatan sehingga bermanfaat secara psikologis saat persalinan. Ibu yang mengikuti kelas senam hamil dan mendapat pengetahuan, dapat menjaga stamina selama kala I sehingga saat memasuki kala II tenaga ibu bisa maksimal dan dapat mengedan efektif. Hal ini terbukti dengan 1 responden yang tidak pernah mengikuti senam hamil terjadi robekan perineum derajat II yang tak beraturan, meskipun terdapat 1 responden yang mengikuti senam hamil rutin tapi masih mengalami robekan derajat II. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor kecemasan atau ketegangan ibu dan ketebalan perineum. Usia responden pada kelompok perlakuan bervariasi dan terbanyak pada usia 20-25 tahun, dimana derajat robekan tiap usia bervariasi antara derajat I dan II. Terdapat 1 responden yang berusia 28 tahun dan mengalami derajat robekan I., karena sampel yang berusia 28-30 tahun sedikit belum dapat disimpulkan pengaruh usia terhadap derajat robekan perineum.

2. Derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok Kontrol

Dari hasil observasi, sebagian besar responden mengalami robekan perineum derajat II dengan nilai prosentase 57,14%. Pada kelompok kontrol selain melakukan masase perineum juga melakukan senam hamil secara rutin, sebanyak

5 responden mengikuti senam hamil dan mendapat informasi seputar persalinan sama halnya dengan kelompok perlakuan. Didapatkan hasil 3 responden mengalami robekan derajat II, 1 responden derajat I dan 1 responden lain mengalami robekan derajat III, selain itu banyak responden yang drop out dari penelitian karena dilakukan episiotomi meskipun telah melakukan senam hamil secara rutin. Untuk mengantisipasi hal tersebut seharusnya dilakukan pra-eksperimen untuk mengukur ketebalan perineum salah satunya dengan melihat panjang-pendeknya perineum, hal ini berlaku juga pada kelompok perlakuan.

3. Analisis pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Dari hasil analisis uji *Mann Whitney* dengan $p \leq 0.05$ berarti ada pengaruh masase perineum terhadap derajat robekan perineum. Sebagian besar responden yang melakukan masase perineum mulai minggu ke-32 atau 1 bulan sebelum persalinan mengalami robekan derajat I meskipun 2 responden juga mengalami robekan perineum derajat II, sedangkan 1 responden yang melakukan masase perineum mulai minggu ke-36 atau 2 minggu menjelang persalinan mengalami robekan derajat II. Ketebalan perineum juga berpengaruh terhadap derajat robekan perineum, jika perineum ibu kaku dan pendek kemungkinan besar akan terjadi robekan yang luas meskipun sudah dilakukan masase perineum. Ketidakadekuatan elastisitas perineum merupakan faktor maternal yang sangat berpengaruh terhadap tindakan episiotomi. Selain melakukan masase perineum, kelompok perlakuan dan kontrol juga melakukan senam hamil. Pengetahuan yang didapat di kelas hamil bermanfaat dalam mengurangi kecemasan menanti persalinan. Akan tetapi, belum

dapat disimpulkan senam hamil bermanfaat mengurangi derajat robekan perineum, karena pada kelompok kontrol tanpa dilakukan masase perineum banyak yang mengalami robekan derajat II dan peningkatan tindakan episiotomi. Sedangkan pada kelompok perlakuan yang mengikuti senam hamil efektif menurunkan derajat robekan perineum dan tindakan episiotomi. Dapat disimpulkan bahwa masase perineum akan lebih efektif jika dikombinasikan dengan senam hamil.

Nyeri paling hebat dirasakan pada fase akhir persalinan ketika pembukaan mulut rahim dan kekuatan kontraksi rahim mencapai maksimal. Nyeri perineal terdapat pada kala II persalinan dan saat melahirkan, sebagai akibat meregangnya jaringan vagina, vulva dan perineum. Robekan perineum terjadi jika jaringan kurang mampu menahan regangannya (Bobak, 2005). Rasa nyeri akibat regangan dan robekan perineum ini dihantarkan oleh saraf somatis, jika robekan perineum mencapai otot perineum yang memiliki lebih sedikit reseptor nyeri maka lokalisasi nyeri sering tidak jelas. Nyeri akan terasa menghebat saat otot-otot berkontraksi dalam keadaan iskemia. Masase perineum merupakan tindakan pencegahan untuk mengurangi robekan perineum dengan meningkatkan elastisitas perineum (Danuatmaja, 2004). Masase perineum yang dilakukan sejak bulan-bulan terakhir kehamilan menyiapkan jaringan kulit perineum lebih elastis sehingga mudah meregang, sekaligus mengurangi rasa sakit akibat peregangan (Ellise, 2002). Stimulasi sentuhan (cutaneus) menyebabkan reflek dilatasi melalui rangsangan saraf otonom parasimpatis yang membantu melancarkan aliran darah ke otot perineum, sehingga otot menjadi rileks dan saat kepala janin dilahirkan dengan mudah melewati perineum sehingga robekan perineum dapat berkurang.

Masase menyebabkan tubuh mengeluarkan endorfin dan neurotransmitter lain yang menghambat nyeri, melemaskan ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi lokal. Pijat memiliki efek relaksasi yang kuat dan apabila dilakukan oleh individu yang penuh perhatian, menghasilkan efek emosional yang positif (Price, 2005).

Penerapan tindakan non-farmakologis seperti masase perineum diperlukan karena dapat berperan dalam membantu proses persalinan dan lebih dari itu juga meningkatkan kenyamanan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan simpulan dan saran hasil penelitian tentang pengaruh masase perineum pada ibu hamil trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida.

6.1. Simpulan

1. Masase perineum pada kelompok perlakuan bermanfaat untuk mencegah derajat robekan perineum II, III, dan IV di Puskesmas Jagir Surabaya
2. Pada kelompok Kontrol tanpa dilakukan masase perineum akan meningkatkan kejadian robekan perineum derajat II dan III di Puskesmas Jagir Surabaya.
3. Masase perineum dapat menurunkan derajat robekan perineum pada kelompok perlakuan dibandingkan pada kelompok kontrol di Puskesmas Jagir Surabaya.

6.2. Saran

Berdasarkan simpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

1. Bagi pemberi pelayanan kesehatan seperti; bidan, perawat hendaknya menyarankan ibu hamil untuk melakukan masase perineum sebagai salah satu alternatif terapi non-farmakologis untuk mengurangi derajat robekan perineum dan tindakan episiotomi.

2. Untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan penilaian pra eksperimental untuk mengukur ketebalan perineum sehingga kemungkinan sampel yang sudah diintervensi tidak dilakukan episiotomi.
3. Posisi saat melakukan masase perineum sebaiknya disesuaikan dengan kenyamanan ibu, tidak harus dengan posisi setengah duduk tapi bisa mencoba posisi jongkok, miring, dan berdiri dengan satu kaki diletakkan di kursi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi (2002). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Jakarta : PT Cipta, hal : 136.
- Brockopp, Dorothy Y & Marie T.H (2000). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : EGC, hal : 153, 125.
- Bobak (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi IV. Jakarta: EGC.
- Chapman, Vicky (2006). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC, hal: 443-458.
- Chopra, Deepak (2006). *Magical Beginnings: Panduan Holistik Kehamilan dan Kelahiran*. Bandung: Kaifa, hal : 79
- Cunningham, Mac Donald (1995). *Obstetri William*. Alih Bahasa : dr. Joko Suyono, dr. Andry A. Jakarta : EGC, hal : 262, 268, 275.
- Danuatmaja, Bonny & Mila Meiliasari (2004). *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Puspaswara.
- Denoon, Daniel (2006). *Massage Cuts Need for Episiotomies Fewer Episiotomies Needed With Pre-birth Perineal Massage*. <http://www.webmd.com/baby/news/20060124/massage-cuts-need-for-episiotomies>. Tanggal 10 April 2006, jam 10.00.
- Ellise, Robin (2002). *Perineal Massage*. <http://www.pregnancy.about.com/cs/episiotomy/a/perimassage.htm>. Tanggal 8 April 2007, jam 13.00.
- Ganong, William F (2000). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 17. Jakarta : EGC.
- Goddest & Grosset (2000). *Terapi-terapi Alternatif*. Yogyakarta : Lotus, hal : 55.
- Guyton & Hall (1997). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta : EGC.
- Guyton, Arthur C. (1990). *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Hagan, Kevin (2002). *How Does Massage Therapy Help? Some Things To Keep In Mind Before You receive Massage*. <http://www.10lifestyle.com/html>. Tanggal 10 April 2007, jam 10.00.
- Henderson, Christine & Kathleen Jones (2005). *Konsep Kebidanan (Essential Midwifery)*. Jakarta: EGC.

- Iskandar, Sugi S (2002). Kontraksi dan Persalinan. [http : //www.kompas.com/](http://www.kompas.com/). Tanggal 8 April 2007. Jam 13.30.
- Labrecque M, Eason E, Marcoux S (2000). Randomize Trial of Perineal Massage During Pregnancy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstr>. Tanggal 10 April 2007, jam 10.00
- Lowdermilk et al (1999). *Maternity Nursing*. 5 th Edition. Missouri : Mosby Year Book.
- Manuaba, Ida Bagus (1999). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta : Arcan.
- Margono, A (1999). Persalinan Normal. <http://www.geocities.com/yoseml>. Tanggal 15 April 2007 jam 16.00.
- Mochtar, Rustam (1998). *Sinopsis Obstetri*. Jilid I. Jakarta : EGC.
- Nursalam (2003). *Konsep dan Teori Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis & Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi Pertama. Jakarta : Salemba Medika.
- Nadesul, Hendrawan (2003). *Kontraksi dan Persalinan*. www.medicastore.com. Tanggal 15 April 2007 jam 16.00
- Olds, Marcia & Patricia (1992). *Maternal Newborn Nuesing*. 4 th. Ed. Publishing Company, page 583-597.
- Pearce, C evelin (1992). *Anatomi & fisiologi untuk paramedis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Powell, Suzanne (2005). How can I avoid an episiotomy?. <http://www.babycenter.com/expert/1955.html>. Tanggal 10 April 2007, jam 10.00
- Pritchard, Mac Donald, Gant (1994). *Obstetri William*. Edisi 17. Surabaya : Airlangga University Press.
- Sastroasmoro, S (2002). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 2. Jakarta : Sagung Seto.
- Simkin, Penny & Ruth A (2005). *Buku Saku Persalinan*. Jakarta : EGC.
- Stamp, Georgina (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. <http://www.pregnancy.org/article.php?sid=1530>. Tanggal 10 April 2006, jam 10.00

Vanderbilt, Shirley (2003). Easing into delivery with perineal massage. http://www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/539. Tanggal 10 April 2007, jam 10.00

Vanderlaan, Jennifer (2001). Perineal Massage: you want me to massage my what?. <http://www.epinions.com/kifm-review-78D1-BA26B5B-38E660F1-prod2>. Tanggal 10 April 2007, jam 10.00

William and Martha Sears (2001). Perineal Massage. <http://www.childbirth.org/articles/massage.html>. Tanggal 10 April 2007, jam 10.00

Winkjosastro (2000). *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.

.

.

LAMPIRAN

PEMERINTAH KOTA SURABAYA

DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197 Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8473728
S U R A B A Y A (60243)



SURAT IJIN

SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072/4962/436.5.5/2007

Memperhatikan surat

Dari : Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas
Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Tanggal : 23 April 2007

Perihal : Pengambilan Data

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : Novie Maria Ulfa

NIM : 010210382 B

Pekerjaan : Mahasiswa

Tujuan Penelitian : Penyusunan proposal

Tema Penelitian : Pengaruh Masase Perineum pada Kehamilan Trimester
III terhadap Derajat Robekan Perineum Ibu Inpartu
Primigravida

Lamanya Penelitian : Bulan Juni sampai dengan Bulan Juli Tahun 2007

Daerah / Tempat : Puskesmas Jagir

Penelitian

Pengikut : -

Dengan syarat-syarat / ketentuan sebagai berikut :

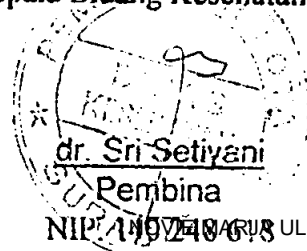
1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan / peraturan-peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey / penelitian
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey / penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti tersebut diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan Kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.

Demikian atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih.

Surabaya , 27 April 2007

KEPALA DINAS KESEHATAN
a.n Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat





PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS JAGIR KEC. WONOKROMO
 Jl. Bendul Merisi No. 1 Tl.(031) 8416926
SURABAYA

SURAT KETERANGAN

NO. 812.1 / 330 / 436.5.5.39 / 2007

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. SRI PENI TJAHJATI
 NIP. : 140 163 488
 Pangkat / Gol. : PEMBINA TINGKAT I / IVB
 Jabatan : KEPALA PUSKESMAS JAGIR

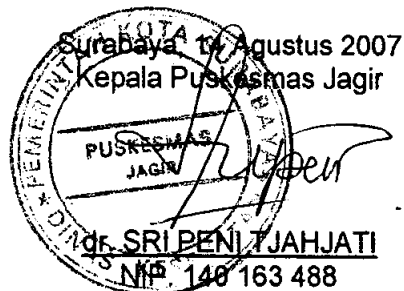
Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : NOVIE MARIA ULVA
 NIM. : 010210382B
 Program Studi : S1 ILMU KEPERAWATAN UNAIR

Mahasiswa tersebut telah menyelesaikan penelitian di Puskesmas Jagir dengan judul :

“ Pengaruh Masase Perineum pada Kehamilan Trimester III Terhadap Derajat Robekan Perineum Ibu Inpartu Primigravida di Puskesmas Jagir Surabaya”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan dipergunakan sebagai mana mestinya.

Surabaya, 14 Agustus 2007
 Kepala Puskesmas Jagir

dr. SRI PENI TJAHJATI
 NIP. 140 163 488

lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama: Novie Maria Ulfa

NIM : 010210382 B

Adalah mahasiswa Program Sudi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

” Pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida”.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui apakah ada pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum pada ibu inpartu primigravida. Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat membantu kelancaran persalinan.

Untuk itu kami mengharap kesediaan ibu berkenan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini untuk menjadi responden penelitian kami dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah kami sediakan. Kesediaan ibu adalah sukarela, data yang diambil dan disajikan akan bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Ibu.

Atas perhatian dan partisipasi Ibu sekalian kami ucapkan terimakasih.

Surabaya, 2007

Hormat saya,

Novie Maria Ulfa

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED
CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Novie Maria Ulfa mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

” Pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya sudah dapat berpartisipasi dan memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda Tangan:

Tanggal:

Nomor responden:

Lampiran 5

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**Masase Perineum**

Tempat : Di Puskesmas Jagir
 Sasaran : Ibu Primigravida Trimester III
 Waktu : 30 menit

1. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 30 menit, Ibu memahami intervensi masase perineum.

2. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mendapat pembelajaran Ibu mampu:

- 1) Menyebutkan definisi masase perineum
- 2) Menyebutkan manfaat masase perineum
- 3) Menyebutkan prosedur dan tujuan penelitian
- 4) Melakukan masase dengan benar sesuai dengan pembelajaran

3. KEGIATAN PEMBELAJARAN

No	Tahap/Waktu	Kegiatan Pembelajaran	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan 5 menit	1)Memberi salam dan memperkenalkan diri 2)Menjelaskan maksud pertemuan dan tujuan pembelajaran	1)Menjawab salam 2)Mendengarkan
2	Pengembangan 20 menit	3)Menjelaskan definisi masase perineum 4)Menjelaskan prosedur dan tujuan penelitian masase perineum pada primigravida trimester III 5)Menjelaskan manfaat masase perineum pada primigravida trimester III 6)Melakukan demonstrasi cara melakukan masase perineum (posisi ibu) 7)Memberikan kesempatan bertanya	Memperhatikan, mendengarkan, mempraktekan dan bertanya.

3	Penutupan 5 menit	8)Menanyakan apakah ada pertanyaan 9)Evaluasi (memberi pertanyaan kepada peserta) 10)Penutup dan salam	1)Bertanya 2)Menjawab pertanyaan 3)Menjawab salam
---	-------------------	--	---

4. METODE

- 1) Ceramah
- 2) Demonstrasi

5. EVALUASI

- 3) Struktur pelaksanaan diharapkan sesuai
- 4) Proses intervensi masase perineum
- 5) Hasilnya diharapkan sesuai tujuan

6. SUMBER

Danuatmaja, Bonny (2004). *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Puspa Swara.

Ellise, Robin (2002). *Timing Contractions*.

[http : //pregnancy.about.com/cs/episiotomy/a/perimassage.htm](http://pregnancy.about.com/cs/episiotomy/a/perimassage.htm)

Tanggal 8 April 2007 jam 13.00.

Chopra, Deepak (2006). *Magical Beginnings: Panduan Holistic Kehamilan dan Kelahiran*. Bandung: Kaifa.

Lampiran 6

MATERI PEMBELAJARAN**Masase Perineum**

1. Pengertian masase perineum

Masase Perineum adalah Masase perineum adalah masase yang dilakukan dengan lambat, berirama dan lembut dengan mengusap jari tangan ke bawah dan ke atas dari arah vagina ke anus dan arah kiri-kanan di area perineum (Danuatmaja, 2004).

2. Manfaat Masase Perineum

- 1) Masase perineum yang dilakukan sejak bulan-bulan terakhir kehamilan dapat menyiapkan jaringan kulit perineum lebih elastis sehingga lebih mudah meregang.
- 2) Masase perineum dapat mengurangi robekan perineum
- 3) Masase perineum dapat mengurangi nyeri akibat peregangan perineum saat kepala bayi lahir (*crowning*)

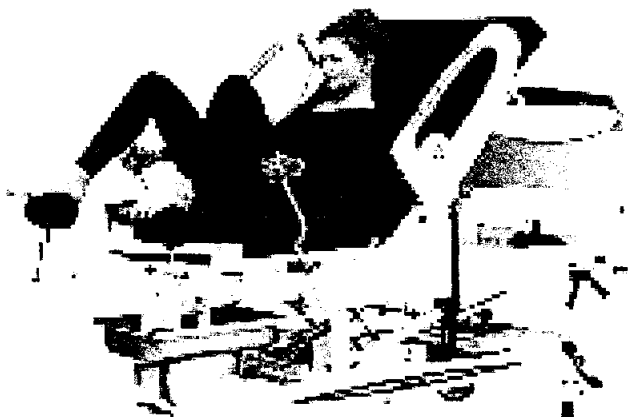
3. Prosedur dan Tujuan Masase Perineum

Peralatan yang dibutuhkan:

- 1) Minyak pijat dari bahan nabati alami, minyak kelapa.
- 2) Jam untuk menunjukkan waktu pemijatan
- 3) Beberapa bantal
- 4) Cermin

Posisi ibu:

Masase sendiri/ pasangan : Tempatkan diri pada posisi setengah berbaring, dengan menyangga punggung, leher, kepala, dan kedua kaki di bantal. Kaki diregangkan dan meletakkan bantal dibawah setiap kaki. Untuk pertamakali ibu bisa menggunakan cermin untuk memudahkan mengenali daerah perineum.



SITTING POSITION

Posisi masase perineum

Tekhnik masase

- 1) Basahi kedua jari (jari tengah dan telunjuk) dengan minyak.
- 2) Perlahan dan lembut, letakkan jari di daerah perineum (antara vagina dan vulva).
- 3) Tarik napas dalam dan dengan rileks masase daerah perineum dengan tekanan \pm 3-4 cm secara lembut, lambat, dan berirama.

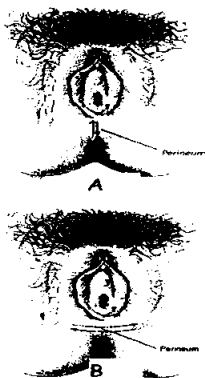
- 4) Usap jari ke bawah dan ke atas dari arah vagina menuju anus. Selanjutnya, gerakkan dari arah "pukul 3 ke 9" dan sebaliknya secara berulang-ulang. Dengan hitungan 8x2, 8 hitungan ke atas bawah dan 8 hitungan ke kanan-kiri.
- 5) Masase dilakukan setiap hari pada dua minggu terakhir menjelang persalinan selama 5 menit.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mempelajari pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida.

Lampiran 7

PROSEDUR PELAKSANAAN MASASE PERINEUM

1. Klien diberi penjelasan tentang definisi, tujuan, manfaat dan tehnik masase perineum
2. Klien diberi contoh pelaksanaan masase perineum dengan demonstrasi.
3. Klien melakukan sendiri masase perineum dan peneliti mengobservasi pelaksanaan.
4. Klien melakukan masase perineum dengan menempatkan dua jari yaitu jari telunjuk dan tengah yang sudah diberi minyak kelapa di daerah antara vagina dan vulva secara lembut, berirama dengan tekanan sebesar 3-4 cm.
4. Usap jari ke bawah dan ke atas dari arah vagina menuju anus. Selanjutnya, gerakkan dari arah "pukul 3 ke 9" dan sebaliknya secara berulang-ulang. Dengan hitungan 8x2, 8 hitungan ke atas bawah dan 8 hitungan ke kanan-kiri. Ibu istirahat sebentar sambil mengambil nafas dalam dan rileks melakukan masase ulang.
5. Masase dilakukan 4 minggu sebelum persalinan, 3-4 kali seminggu selama 2 minggu dan setiap hari menjelang 2 minggu sebelum persalinan.



Arah masase perineum



SITTING POSITION

Posisi masase perineum

Lampiran 8

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

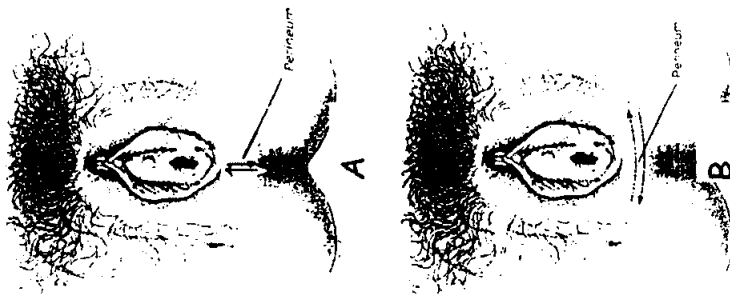
No. Responden:.....

Berilah tanda silang (x) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban

Anda!

1. Usia
 - 20-23 tahun
 - 24-27 tahun
 - 28-30 tahun
2. Pendidikan
 - Tidak Sekolah
 - SD
 - SMP
 - SMA
 - Perguruan tinggi
3. Pekerjaan
 - Tidak Bekerja
 - Swasta
 - Pegawai negeri

**MENGURANGI
ROBEKAN
JALAN LAHIR
DENGAN PIJAT
PERINEUM**



A. Usapkan jari ke bawah dan ke atas dari arah vagina menuju anus

B. Gerakkan jari dari arah "pukul 3 ke 9" dan sebaliknya

Pijat perineum ini bisa dilakukan ibu sendiri atau pasangan



Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moetopo 47 Surabaya

Phone: 031-5012496



Olrh:
Novie Maria Ulfa

Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya

Kartu Skor Poedji Rochjati (dikutip dari Depkes, 2006; Rochjati, 2003)

I Kel F.R	II No	III Keadaan ibu hamil	Skor	IV Tribulan			
				I	II	III	IV
		Skor awal ibu hamil	2				
I	1.	Terlalu muda hamil <16 th	4				
	2.	a. Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 th	4				
		b. Terlalu tua hamil I >36 th	4				
	3.	Terlalu cepat hamil lagi (<2 th)	4				
	4.	Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 th)	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4				
	6.	Terlalu tua umur \geq 36 th	4				
	7.	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
		9.	Pernah melahirkan dengan:				
a. Tarikan tang/ vakum			4				
b. Uri dirogoh	4						
	c. Diberi infus/transfusi	4					
	10.	Pernah operasi cesar	8				
II	11.	Penyakit pada ibu hamil:					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. payah jantung	4				
		e. Kancing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
		12.	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4			
	13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14.	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15.	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16.	Kehamilan lebih bulan	4				
17.	Letak sungsang	8					
18.	Letak lintang	8					
III	19.	Perdarahan antepartum	8				
	20.	Preeklampsia berat/eklampsia	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN-RENCANA RUJUKAN

Jml skor	Kel risiko	Kehamilan		Persalinan dengan risiko				
		Perawatan	Rujukan	Tempat	Penolong	RDB	RDR	RTW
2	KRR	Bidan	Tidak dirujuk	Bidan	Bidan			
6-10	KRT	Bidan	Bidan	POLINDES	Bidan			
		Dokter	PKM	PKM/RS	Dokter			
\geq 12	KRST	Dokter	Rumah sakit	Rumah sakit	Dokter			

Lampiran 12

TABULASI DATA

Pengaruh masase perineum pada kehamilan trimester III terhadap derajat robekan perineum ibu inpartu primigravida di Puskesmas Jagir Surabaya

Tabulasi data kelompok perlakuan

No	U	P	PK	A	MGG	SNM	Drjt Rbkn
1	2	1	1	2	1	2	1
2	1	3	1	1	3	1	2
3	1	3	1	1	2	2	1
4	3	2	1	1	2	2	1
5	1	4	1	1	1	2	1
6	1	3	2	1	2	2	1
7	1	3	2	1	2	2	2

Tabulasi data kelompok kontrol

No	U	P	PK	A	SNM	Drjt Rbkn
1	2	3	2	1	2	2
2	1	3	1	1	1	2
3	2	3	1	1	2	3
4	1	2	1	1	1	2
5	1	4	1	1	2	1
6	1	4	1	1	2	2
7	3	2	1	1	1	2

Keterangan :**Usia (U)**

20-23 tahun = 1

24-27 tahun = 2

28-30 tahun = 3

Agama (A)

Islam = 1

Kristen = 2

MGG (mulai masase)

32-33 = 1

34-35 = 2

36-37 = 3

SNM (senam hamil)

Tidak senam = 1

Senam hamil = 2

Pendidikan (P)

SD = 1

SMP = 2

SMA = 3

Perguruan Tinggi = 4

Pekerjaan (PK)

Tidak bekerja = 1

Pegawai Swasta = 2

Pegawai Negeri = 3

lampiran 12

Mann-Whitney Test

Ranks

derajat robekan	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	perlakuan	7	5,36	37,50
	kontrol	7	9,64	67,50
	Total	14		

Test Statistics^b

	derajat robekan
Mann-Whitney U	9,500
Wilcoxon W	37,500
Z	-2,143
Asymp. Sig. (2-tailed)	,032
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,053 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Descriptives Kelompok Perlakuan

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Derajat robekan	7	1	2	1,29	,488
Valid N (listwise)	7				

Frequencies

Statistics

Derajat robekan

N	Valid	Missing
	7	0

Derajat robekan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mencapai kulit	5	71,4	71,4	71,4
kulit,otot,	2	28,6	28,6	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Descriptives Kelompok Kontrol**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Derajat robekan	7	1	3	1,86	,690
Valid N (listwise)	7				

Frequencies**Statistics**

Derajat robekan

N	Valid	7
	Missing	0

Derajat robekan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mencapai kulit	2	28,6	28,6	28,6
kulit,otot,	4	57,1	57,1	85,7
kulit, otot, sfincter ani	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	