BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. konsep Dasar Kasus

1. Robekan Perineum

a. Pengertian Perineum

Perineum adalah jaringan yang terletak disebelah distal diafragma *pelvis.* Perinium mengandung sejumlah otot *superficial*, saat persalinan, otot ini sering kali mengalami kerusakan ketika janin lahir.(Rohani dkk,2011)

Perineum merupakan ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak dibawah dasar panggul dan memiliki batas batasnya:

1. Superior : dasar panggul yang terdiri dari *m.levator ani* dan *m.coccygeus*
2. Lateral : tulang dari legamenta yang membentuk pintu bawah panggul (*exitus pelvic*) ; yakni dari depan ke belakang *angulus subpubicius, ramus ischiopubicius, tuber ischiadicum, lig. Sacrotuberosum, os coccygis.*
3. Inferior : kulit dan *fascia*

(oxorn, 2010 : 10)

Saat persalinan, tidak hanya ditentukan oleh organ-organ genitalia interna saja seperti uterus dan vagina, tetapi bagian seperti otot-otot, jaringan-jaringan ikat dan ligamen-ligamen juga mempengaruhi jalan lahir. Otot-otot yang menahan dasar panggul dibagian luar adalah *musculus sphincter ani externus, musculus bulbocavernosus* yang melingkari vagina, dan *musculus perinei transversus superfisialis*. Lebih ke dalam lagi ditemukan otot dalam yang paling kuat, disebut diafragma pelvis, terutama *musculus levator ani* yang berfungsi menahan dasar panggul. Letak *musculus levator ani* ini sedemikian rupa dan membentuk sebuah segitiga di bagian depan, disebut *trigonum urogenitalis*. Di dalam trigonum ini terdapat uretra, vagina dan rektum.

b. Pengertian Robekan Perineum

Robekan perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan terjadi hampir pada semua primipara (Prawirohardjo, 2009). Rupture (robekan) perineum adalah robekan obstetrik yang terjadi pada daerah perineum akibat kitidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvic untuk mengakomodasikan lahirnya fetus. Pada dasarnya, robekan perineum dapat dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui kepala janin terlalu cepat. (Fatimah, prasetya. 2019: hal 153)

Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Luka perineum setelah persalinan ada 2 macam yaitu terdiri dari:

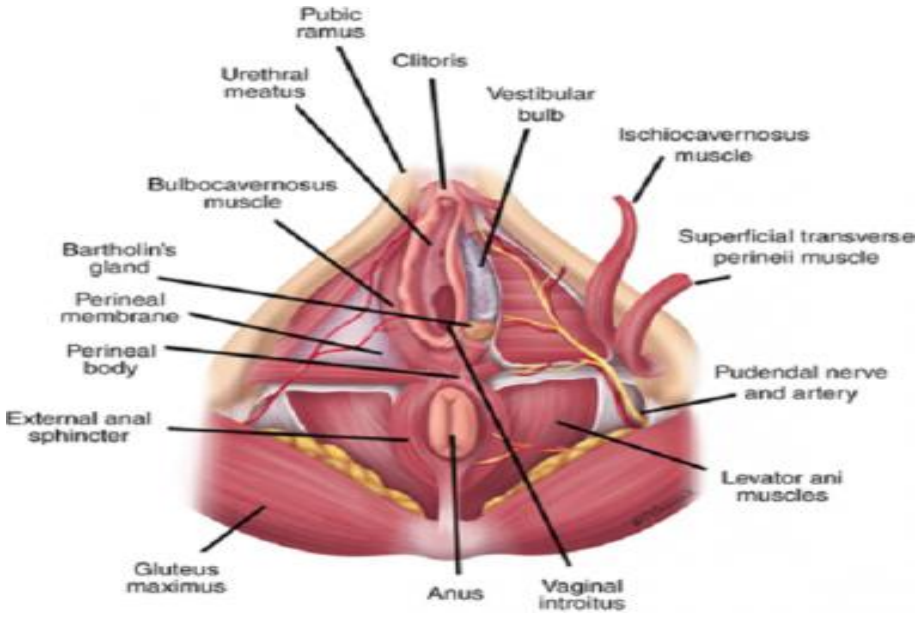
1) Rupture

Rupture adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karna proses desakan kepada janin atau bahu pada sat proses persalinan. Bentuk *rupture* biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. (Rukiyah,2011)

2) Episiotomy

Adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin se;aput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fasia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawiraharjo,2011)

c. Anatomi perineum



Gambar1. Perineum pada Wanita

1. Region anal

a) Canalis analis

Panjang kanalis sekitar 4 cm

b) Spinchter ani

Terdiri dari *spinchter externa* dan interna. *Spinchter ani interna* merupakan lanjutan dari otot polos *sirkular rectum*. *Spinchter ani externa* menyatu dengan *puborectalis* membentuk area penebalan yang disebut *annulus anorectalis*.

c) Fossa ischiorectalis

Terletak dikedua sisi canalis analis. Dinding medial dan lateral Fossa ischiorectalis adalah m.levator ani dan canalis analis serta *obturatorius internus fossa* ini terisi oleh lemak

2. Region Urogenital

Region ini berbentuk segitiga *Membrana perinealis* merupakan lapisan fasia kuat yang melekat ke tepi *trigonum urogenitalis*. Pada wanita, membran ini ditembus oleh uretra dan vagina.

a) Vulva

Merupakan istilah untuk menyebut genitalia eksterna wanita. Mons pubis merupakan tonjolan lemak yang menutupi sympisis pubis dan os pubis. Labia mayora adalah bibir berlemak yang memiliki rambut yang meluas ke posterior dari monspubis. Labia minora terletak di sebelah dalam labia mayora dan diposterior menyatu membentuk fourchett

b) Uretra

Pada wanita, uretra berukuran pendek sekitar 3-4 cm. Faktor ini menyebabkan predisposisi infeksi saluran kemih akibat penyebaran organism. Uretra berjalan dari leher kandung kemih menuju meatus eksterna, meatus ini terletak diantara kltoris dan vagina.

c) Vagina

Vagina adalah saluran berotot yang berjalan kearah atas dan belakang dari orificium vagina. Pasokan darah vagina didapat dari *a.vaginalis* dan cabang *vaginalis a.uterine*

d. Klasifikasi Ruptur Perineum

Menurut (Sulistyawati,2012: 181) derajat laserasi jalan lahir adalah sebagai berikut :

1) Derajat I

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum

tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik..

2) Derajat II

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum

Jahit menggunakan teknik yang sesuai dengan kondisi pasien.

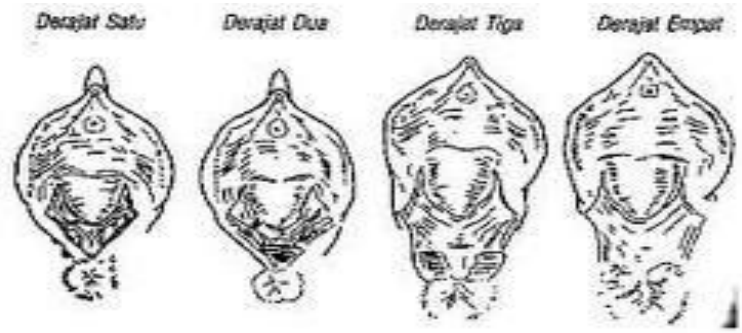
3) Derajat III

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum,otot spingter ani

4) Derajat IV

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum,otot spingter ani, dinding rectum.

Penolong APN tidak dibekali ketrampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan.



Gambar 2 . Ruptur Perineum

Sumber: Jurnal bidan dyah 2012

e. Factor Yang Mempengaruhi Ruptur Perinium

1. Paritas

   Jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gr yang pernah dilahirkan hidup maupun mati bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama (primipara) dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (multipara)

2. Berat Bayi Lahir

   Semakin besar berat bayi dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya rupture perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki berat lebih dari 4000 gr. Hal ini terjadi karena semakin besar bayi berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya rupture perineum karna perineum tidak cukup menahan regangan kepala bayi dengan berat badan. Kelebihan berat badan dapat disbabkan oleh beberapa hal doiantaranya ibu menderita DM, ibu yang meiliki riwayat melahirkan bayi besar, faktor genetik, dan pengaruh kecukupan gizi. Berat bayi lahir normal adalah sekitar 2500-4000 gram.

3. Cara Mengejan

   Kelahiran kepala harus dilakukan cara-cara yang telah direncanakan untuk memungkinkan lahirnya kepala dengan pelan-pelan. Lahirnya kepala dengan pelan-pelan dan sedikit demi sedikit mengurangi terjadinya pengeluaran kepala yang tiba-tiba. Oleh karena itu, akan mengakibatkan laserasi yang hebat dan tidak teratur, bahkan dapat meluas sampai spinchter ani dan rectum. Pimpinan mengejan yang benar sangat penting, dua kekuatan yang bertanggung jawab untuk lahinya bayi adalah kontraksi dan kekuatan mengejan.

4. Elastisitas Perinium

   Perineum yang kaku dan tidak elastis akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin. Juga menyebabkan robekan perineum yang luas sampai tingkat 3. Hal ini sering ditemui pada primigravida berumur diatas 35 .

5. Umur Ibu <20 Tahun dan > 35 Tahun

   Pada umur < 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjaid kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerluka tindakan. Faktor resiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu dibawah 20 tahun dan pada kelompok ibu umur diatas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (20-35 tahun).

f. Etiologi rupture perineum

Robekan pada perineum umumnya terjadi pada persalinan dimana:

1) kepala janin terlalu cepat
2) persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
3) sebelumnya pada perineum dapat banyak jaringan parut
4) pada persalinan dengan distosia bahu
5) presentasi defleksi (dahi,muka)

6) primipara
7) letak sungsang
8) pada *obstetric* dan *embriotomi* : ekstraksi vakum, ekstraksi *forcep* dan *embriotomi*

Robekan *perineum* berkaitan dengan kelahiran primipara, kala dua persalinan yang lama, *arcus* pubis yang sempit, posisi kepala yang kurang fleksi dan oksipital *posterior, presipitasi* persalinan, bayi besar (lebih dari 4000 gr), distosia bahu, kelahiran pervaginam dengan bantuan misalnya *forcep* tetapi lebih sedikit dengan ventiose.

g. Tanda-Tanda Dan Gejala Robekan Perineum

Bila perdarahan masih berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun adanya sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya adalah perdarahan, darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta normal. Gejala yang terjadi antara lain pucat, lemah, pasien dalam keadaan menggigil.

h. Ciri dan Khas Robekan Jalan Lahir

1. Kontraksi uterus kuat, keras, dan mengecil
2. Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan ini terus menerus setelah massage atau pemberian uterotonika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang. Dalam hal apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan karna tak jarang perdarahan terjadi karna robekan dan ini menimbulkan yang fatal seperti terjadi syok (Rukiyah, 2011)

Bila perdarahan berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

i. Pencegahan terjadinya rupture perineum

1. Pijat perineum

Pijat perineum adalah salah satu cara yang paling kuno dan paling pasti untuk meningkatkan kesehatan, aliran darah, elastissitas, dan relaksasi otot-otot dasar panggul. Pijat perineum yaitu (meregangkan jaringan bagian dalam dari bagian bawah vagina) mengajarkan bagaimana memberi respons terhadap tekanan pada vagina dengan merelaksasi dasar panggul (latihan bermanfaat untuk pelahiran). Pijet perineum akan membantu melunakkan jaringan perineum, sehingga jaringan tersebut akan membuka tanpa resisten saat persalinan, untuk mempermudah lewatnya bayi. Saat semua otot-otot itu menjadi elastis, ibu tidak perlu mengejan terlalu keras cukup pelan-pelan saja bahkan bila prosesnya lancar robekan pada perineum tidak terjadi dan vagina tidak perlu dijahit.

a. Waktu pemijatan perineum

Pijat perineum tidak disarankan untuk ibu hamil yang terinfeksi herpes aktif di daerah vagina, infeksi jamur atau infeksi menular yang dapat menyebar dengan kontak langsung dan memperparah penyebaran infeksi. Pemijatan perineum sebaiknya dimulai sekitar 4-6 minggu sebelum waktunya melahirkan atau pada minggu ke 34. Ibu bisa memulai pemijatan didaerah perineum, area diantara vagina, dan anus. Pijatan pada perineum ini dapat meningkatkan kemampuan meregangkan di area ini, sehingga kemungkinan ibu mengalami episiotomy (sayatan pada pintu vagina untuk mempermudah keluarnya bayi) maupun robekan akibat persalinan jadi lebih kecil. Pijat perineum ini memang belum selalu terbukti meningkatkan fleksibilitas otot diarea ini. Berikut tips waktu pemijatan perineum :

1. Lakukanlah pemijatan sebanyak 5-6 kali dalam seminggu secara rutin
2. Dianjurkan untuk melakukan pemijatan ini minimal 5-10 menit setiap hari untuk kehamilan 34 atau 35 minggu kehamilan sampai persalinan.

3. Selama 2 minggu menjelang persalinan, pemijatan dilakukan setiap hari dengan jadwal sebagai berikut:
   a. Minggu pertama dilakukan selama 3 menit
   b. Minggu kedua, lakukan selama 5 menit dan hentikan pemijatan ketika kantung ketuban mulai pecah dan cairan ketuban mulai keluar atau pada saat proses persalinan sudah dimulai.

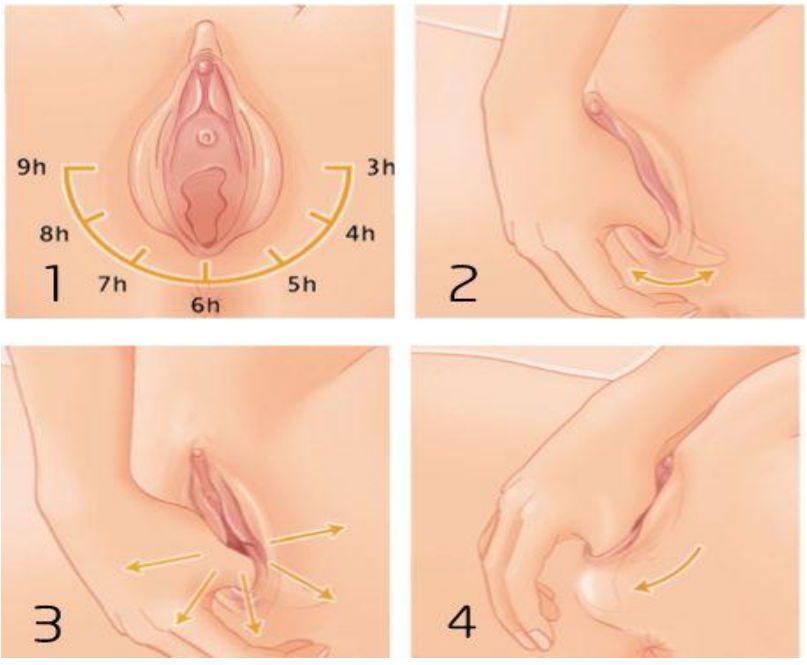
pada teknik pemijatan perineum yaitu:

1. Cucilah tangan ibu terlebih dahulu dan pastikan kuku ibu tidak panjang. Pijat sendiri dengan menggunakan cermin atau oleh pasangan (suami)
2. Berbaringlah pada posisi yang nyaman. Ibu dapat menggunakan cermin untuk mengetahui daerah perineum.
3. Gunakan minyak kelapa lakukan pemijatan sebelum mandi pagi dan sore.
4. Tarik nafas dan rileks. Lalu dengan hati-hati dan tetap yakin mulailah memijat daerah tersebut.
5. Letakkan satu atau dua ibu jari (atau jari yang lain bila tidak sampai) sekitar 2-3 cm maksimal 7 cm didalam vagina dengan posisi ditekuk, sementara jari lainnya berada diluar perineum. Tekan kebawah dan kemudian menyamping pada saat bersamaan. Perlahan-lahan coba regangkan daerah tersebut sampai ibu merasakan sensasi seperti terbakar, perih atau tersengat.
6. Tahan ibu jari dalam posisi seperti diatas, selama 2 menit sampai daerah tersebut menjadi tidak terlalu berasa dan ibu tidak terlalu merasakan perih lagi. Pijatan tidak boleh terlalu keras karena dapat mengakibatkan pembekakan pada jaringan perineum
7. Tetap tekan daerah tersebut dengan ibu jari. Perlahan-lahan pijat kedepan dan kebelakang melewati separuh terbawah vagina.

Lakukan ini selama 3-5 menit. Hindari pembukaan saluran kemih karena dapat mengakibatkan iritasi, kemudian ibu dapat memulai melakukan pemijatan ringan dan semakin ditingkatkan tekanannya seiring dengan sesitivitas yang berkurang.

8. Lakukan pemijatan kearah luar perineum dengan gerakan seperti proses kepala bayi pada saat akan lahir.
9. Ketika sedang memijat, tarik perlahan bagian terbawah dari vagina dengan ibu jari tetap berada didalam. Hal ini akan membantu meregangkan kulit pada saat kepala bayi lahirbdan yang akan meregangkan adalah perineum itu sendiri.
10. Setelah ibu selesai melakukan pemijatan, kompres hangat jaringan perineum selama 10 menit. Lakukan secara perlahan dan hati-hati. Kompres hangat ini akan sangat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga otot di daeraah perineum kendur (tidak berkontraksi atau tegang)

(Fatimah, prasetya. 2019: hal 60-67)



Gambar 3. Teknik pemijatan perineum

Sumber: http://www.bidankita.com

b. Senam hamil

Bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (manuaba,2010). Salah satu cara untuk mengendalikan tingkat robekan perineum dengan melakukan senam hamil.

j. Komplikasi Robekan Jalan Lahir

1. Perdarahan

   Seorang wanita dapat meninggal karna perdarahan pasca persalinan dalam waktu 1 jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala 1 dan kala 4 persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menilai tonus otot.

2. Fistula

   Fistula dapat terjadi tanda diketahui penyebabnya karna perlukaan pada vagina menembus kandung kencing atau rectum. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui vagina. Fistula dapat menekan kandung kemih atau rectum yang lama antara janin dan panggul sehingga terjadi iskemia (kekurangan suplai darah ke jaringan).

3. Hematoma

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

4. Infeksi

   Infeksi masa nifas adalah peradangan disekitar alat genetalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi.

   (Fatimah, prasetya. 2019: hal 171-173)

k. Mempersiapkan penjahitan

1. Bantu ibu mengambil posisi litotomi sehingga bokongnya berada ditepi tempat tidur meja.
2. Tempatkan handuk atau kain bersih dibawah bokong ibu.
3. Jika mungkin, tempatkan lampu sedemikian rupa sehingga perineum dapat dilihat jelas.
4. Gunakan teknik septik pada saat memeriksa robekan atau episiotomi, memberikan anestesi local dan menjahit luka.
5. Cuci tangan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir
6. Pakai sarung tangan desifeksi tingkat tinggi atau yang steril
7. Duduk dengan posisi santai dan nyaman sehingga luka bisa dengan mudah dilihat dan penjahitan bisa dilakukan tanpa kesulitan
8. Gunakan kain/kasa disinfektan tingkat tinggi atau bersih untuk menyeka vulva, vagina, dan perineum ibu
9. Periksa vagina, serviks, dan perineum secara lengkap.Pastikan bahwa laserasi/sayatan perineum hanya merupakan derajat 1 atau 2.
10. Ganti sarung tangan dengan sarung DTT yang baru setelah melakukan pemeriksaan rectum
11. Siapkan jarum dan benang
12. Berikan anastesi local
    a) Jelaskan pada ibu apa yang akan dilakukan dan anjurkan ibu untuk rileks
    b) Isi tabung suntik dengan 10 ml lidokain 1%
    c) Tempelkan jarum ukuran 22 sepanjang 4 cm ke tabung suntik tersebut
    d) Tusukkan seluruh jarum dari tepi luka pada perbatasan antara mukosa dan kulit perineum kearah perineum.Lakukan aspirasi untuk memeriksa adanya darah dari pembuluh darah yang tertusuk
    e) Ulangi seluruh langkah 3 pada sisi lain luka.Masing-masing sisi luka akan memerlukan kira-kira 5 ml lidokain 1%

f) Tunggu selama 2 menit dan biarkan anastesia tersebut bekerja dan kemudian uji daerah yang di anastesia dengan cara dicubit dengan forceps atau disentuh dengan jarum yang tajam.

l. Langkah-Langkah Menangani Rupture Perineum

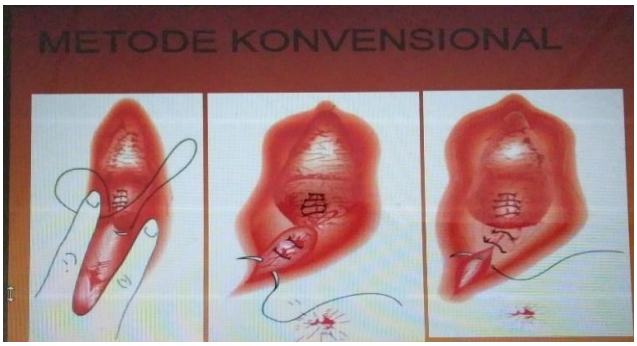
Siapkan jarum, benang cat gut, dan gunting

1. Robekan perineum derajat 1, pada umumnya dapat sembuh sendiri dan tidak perlu dijahit, tetapi harus dilihat juga apakah meluas dan terus berdarah. Jika perdarahannya banyak dapat digunakan jahitan angka 8 karena jahitan ini kurang menimbulkan tegangan dan lebih menyenangkan bagi pasiennya
2. Robekan perineum derajat 2
   a) Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm diatas ujung laserasi di mukosa vagina. Setelah itu buat ikatan dan potong pendek benang dari yang lebih pendek.sisakan benang kira-kira 1cm
   b) Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit kebawah kearah cincin hymen
   c) Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum kedalam mukosa vagina lalu kebelakang cincin hymen sampai jarum ada dibawah laserasi kemudian ditarik keluar pada luka perineum
   d) Gunakan teknik jelujur saat menjahit lapisan otot.Lihat kedalam luka untuk mengetahui letak ototnya
   e) Setelah dijahit sampai ujung luka putarlah jarum dan mulailah menjahit kearah vagina dengan menggunakan jahitan subkutikuler
   f) Pindahkan jahitan dari bagian luka perineum ke vagina di belakang cincin hymen untuk diikat dengan simpul dan dipotong benangnya.
   g) Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kasa atau peralatan yang tertinggal didalam vagina
   h) Dengan lembut masukkan jari yang paling kecil kedalam anus. Raba apakah ada jahitan rectum. Jika ada jahitan yang teraba, ulangi pemeriksaan rectum enam minggu pascapersalinan. Jika

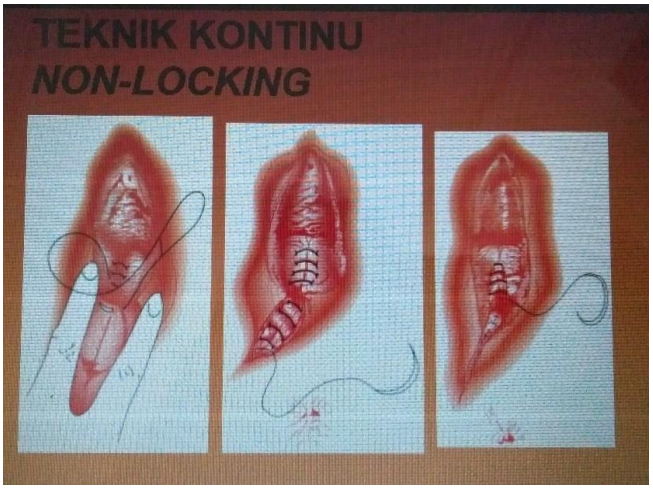
penyembuhan belum sempurna (misalkan ada fistula rektovaginal atau pasien mengalami inkontinensia feses), segera rujuk pasien ke fasilitas rujukan

i) Cuci daerah genetal dengan lembut dengan air DTT dan sabun, kemudian keringkan. (sulistyawati,2012 : 188-189)

Terdapat 2 teknik dalam penjahitan laserasi perineum derajat 2



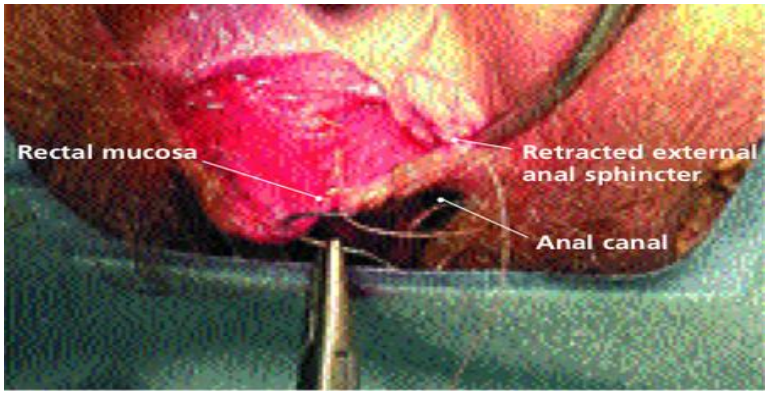
Gambar 4. Metode Konvensional



Gambar 5. Teknik non-locking

3. Robekan perineum derajat III dan IV, dilakukan penjahitan dengan teliti. Mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit,kemudian fasea praketal ditutup, dan muskulu spingter ani yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat II.

a) Apex dari mukosa rectum dan sfingter anus diidentifikasi, kemudian dijahit dengan menggunakan benang vicryl 4-0 secara terputus, hati-hati agar jahitannya tidak terlalu dalam sehingga tidak menembus saluran anal untuk mencegah fistula. Anus bagian internal berwarna putih yang mengkilap, dengan struktur fibrosa antara mukosa rektal dan sfingter anus eksternal,



Gambar 6. Mukosa rektal dan Spincter anus eksternal

b) Sfingter ditarik secara lateral, tempatkan allys klem pada ujung otot agar mudah diperbaiki.
c) Sfingter anus diakhiri dengan jahitan kontinyu dengan menggunakan benang vicryl 2-0.
d) Sfingter ani eksternal terlihat seperti berkas otot skeletal dengan kapsul fibrous. Allis klem ditempatkan pada setiap ujung spincter anus, kemudian jahitan dilakukan pada pukul 12,3,6 dan 9 dengan menggunakan benang polydiaxanone 2-0 (absorbi yang agak lambat) untuk memungkinkan kedua ujung sfingter membentuk *scar* secara bersamaan.
e) Teknik lain adalah sambungan secara tumpang tindih pada sfingter anal eksternal. Teknik ini menjadikan lebih banyak lipatan pada perineal dan fungsi spincter yang lebih baik. Para ahli lebih banyak yang memilih teknik ini,
f) Pastikan anus tidak terjahit juga, dengan cara memasukkan jari kelingking kedalam anus

g) Periksa kembali vagina dengan lembut untuk memastikan tidak ada kassa yang tertinggal tidak ada kassa yang tertinggal didalam
h) Cuci area genital dan kompres menggunakan betadine

m. Pengobatan robekan jalan lahir

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah dengan memberikan uterotonika setelah lahirnya plasenta, obat ini tidak boleh diberikan sebelum bayi lahir. Manfaat dari pemberian obat ini adalah untuk mengurangi terjadinya perdarahan pada kala III dan mepercepat lahirnya plasenta. Perawatan luka perineum pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan vulva.

Waktu perawatan perineum, yaitu:

1. Saat mandi

   Saat mandi, ibu postpartum pasti melepas pembalut, setelah terbuka maka ada kemungkinan terjadi kontaminasi bakteri pada cairan yang tertampung pada pembalut, untuk itu maka perlu dilakukan penggantian pembalut, demikian pula pada perineum ibu , untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

2. Setelah buang air kecil

   Pada saat buang air kecil kemugkinan besar terjadi kontainasi air seni pada rectum akibatnya akan memicu pertumbuhan bakteri pada perineum untuk itu diperlukan pembersihan perineum.

3. Setelah buang air besar

   Pada saat buang air besar diperlukan pembersihan sisa sisa kotoran disekitar anus, untuk mencegah terjadinya kontaminasi bakteri dari anus ke perineum yang letaknya bersebelahan maka diperlukan proses pembersihan anus dan perineum secara keseluruhan.

Penatalaksaan perawatan perineum adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

a. Ibu postpartum

Perawatan perineum sebaiknya dilakukan dikamar mandi dengan posisi ibu jongkok jika ibu telah mampu atau berdiridengan posisi kaki terbuka.

b. Alat dan bahan

Alat yang digunakan adalah botol, baskom dan gayungdan handuk bersih. Sedangkan bahan yang digunakan adalah air hangat, pembalut nifas baru.

2. Penatalaksanaan

Perawatan khusus perineal bagi wanita setelah melahirkan anak mengurangi rasa ketidaknyamanan, kebersihan, mencegah infeksi, dan meningkatkan penyembuhan dengan prosedur pelaksanaan sebagai berikut :

a. Mencuci tangannya
b. Mengisi botol plastic yang dimiliki dengan air hangat
c. Ruang pembalut yan telah penuh dengan gerakan ke bawah mengarah ke rectum dan letakkan pembalut tersebut kedalam kantung plastik.
d. Berkemih dan BAB ke toilet
e. Siramkan keseluruh perineum dengan air
f. Keringkan perineum dengan menggunakan tissue atau handuk kering dari depan ke belakang
g. Pasang pembalut dari depan kebelakang
h. Cuci kembali tangan
i. Nasehati ibu untuk Menjaga perineumnya untuk selalu tetap bersih dan kering
j. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum
k. Cuci perineumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali perhari kemudian keringkan
l. Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya. Pasien harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau

mengeluarkan cairan yang berbau busuk dari daerah luka atau jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri.

m. Beritahu ibu luka jahitan memang akan terasa sedikit nyeri tetapi patikan ibu jangan cemas karena rasa nyeri ini akibat terpustusnya jaringan syaraf dan jaringan otot, namun semakin sering digerakkan maka nyeri akan berkurang. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini. Bila ibu hanya berbaring terus menerus dan takut bergerak karena nyeri akan menghambat proses penyembuhan.sirkulasi darah pada luka menjadi tidak lancar. (sulistyawati, 2012: 189)

n. Melakukan latihan kegel

Latihan aktif yang melibatkan otot pubokoksigus (latihan kegel) dapat mempercepat pemulihan relaksasi dasar panggul dan inkontinensia akibat *unary stress*, bahkan jika terdapat anataomis yang bermakna (missal sistokel). Kontraksi berulang otot pubokoksigus (dengan gerakan-gerakan seperti berusaha menghentikan miksi atau defekasi) selama 5-10 menit 3-4 kali sehari dapat memulihkan tonus dan fungsi otot (Benson, Martin, 2009: hal 279)

Berdasarkan dari hasil penelitian Rena Afri Ningsih, Siska Helina, dan Ani Laila, 2017 yang berjudul "Hubungan mobilisasi dini dengan kombinasi senam kegel terhadap penyembuhan luka perineum pada ibu postpartum di bidan praktik mandiri (BPM) dince safrina Pekanbaru" sebesar 93.3% responden yang melakukan mobilisasi dini dengan kombinasi senam kegel mengalami penyembuhan luka perineum yang sangat baik. Angka ini lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak melakukan mobilisasi dini dengan kombinasi senam kegel yang mengalami penyembuhan luka perineum sangat baik sebesar 53.3%.

Latihan kegel dapat membantu penyembuhan luka *perineum* serta pemulihan tonus otot dareah vagina, perineum, dan panggul dengan meningkatkan sirkulasi dan aktivitas otot-otot isometrik.

Latihan kegel terdiri atas kontraksi otot-otot *perineum* dengan kekuatan yang cukup untuk menghentikan aliran urin. Kontraksi dilakukan dilakukan selama beberapa detik kemudian dilepaskan. Latihan ini diulang 50 sampai 100 kali dan dapat dilakukan beberapa kali dalam sehari. Ibu postpartum yang melakukan latihan kegel secara teratur menunjukan pemulihan yang lebih cepat. latihan kegel pada masa postpartum memiliki dampak yang signifikan terhadap penurunan nyeri perineum dan mempercepat penyembuhan luka perineum. Rata-rata waktu penyembuhan luka perineum pada kelompok ibu postpartum normal yang melakukan senam kegel adalah 6 hari, sedangkan pada kelompok ibu postpartum normal yang tidak melakukan senam kegel waktu penyembuhan luka yaitu selama 7 hari. (jurnal proteksi kesehatan, 2017)

cara melakukan latihan kegel yaitu:

1. Kencangkan otot panggul bawah selama kira-kira 3 detik.
2. Selama mengencangkan otot ini, jangan menahan napas atau mengencangkan otot perut, paha, dan pantat.
3. Lemaskan kembali otot panggul bawah selama 3 detik.
4. Ulangi latihan otot ini hingga 10 kali.
5. Untuk hasil yang maksimal, lakukan latihan ini sebanyak 3 kali sehari.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir.Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin tanpa komplikasi (Hidayat, 2009: 1).

b. Bentuk Persalinan

1) Persalinan spontan, bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2) Persalinan buatan, bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
3) Persalinan anjuran (Manuaba, 2010:164).

c. Tanda-tanda persalinan

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada *primigravida*, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul.

Penyebab dari proses ini adalah :

a) Kontraksi *Braxton Hicks*
b) Ketegangan dinding perut
c) Ketegangan *ligamentum rotundum*
d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

a) Terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang
b) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
c) Kesulitan saat berjalan
d) Sering berkemih

2) Terjadinya His

Pada saat hamil sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks* yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang di timbulkan. Biasanya

pasien mengeluh adanya rasa sakit pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan hormon *estrogen* dan *progesteron* yang menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsi dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan (his palsu)

Karakter dari His persalinan :

a) Pinggang merasa sakit menjalar sampai ke depan
b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
c) Terjadi perubahan pada serviks
d) Jika pasien menambah aktivitasnya (berjalan) maka kekuatannya akan bertambah.

3) Pengeluaran Lendir dan Darah

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan

a) Pendataran dan pembukaan
b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

4) Pengeluaran Cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya *ekstraksi vakum* atau *sectio caecaria.* (Sulistyawati,2012 :6-7)

d. Sebab-sebab mulainya persalinan

Hal yang menjadi penyebabnya mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori teori yang berkompleks, perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil. (sulistyawati, 2012 : 4-5).

1. *Estrogen*

   Berfungsi untuk meningkatkan *sensitive* otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan *oksitosin, prostaglandin* dan mekanis.

2. *Progesteron*

   Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan *oksitosin, prostaglandin* dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

   Teori Penyebab Persalinan

   1) Teori Keregangan
   2) Teori Penurunan *Progesterone*
   3) Teori Oksitosin Internal
   4) Teori Prostaglandin
   5) Teori hipotalamus dan glandula suprarenalis

   (Manuaba,2010: halm 168)

e. Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. *Passage* (Jalan Lahir)

   Panggul. pintu atas panggul (PAP). kavum pelvik (berada diantara PAP dan PBP). pintu bawah panggul (PBP). dasar panggul.

2. *Power* (kekuatan)

   His (kontraksi otot-otot rahim pada persalinan). Tenaga meneran.

3. *Passenger* (Janin dan *plasenta*)

   Janin (ukuran kepala janin). *Moulage* (Molase) kepala janin. *Plasenta* dan talipusar. Air ketuban. (Rohani,reni dan marisah, 2010.halm 21-36)

f. Asuhan Sayang Ibu Dalam Proses Persalinan

1. Panggil ibu sesuai namanya,hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya

4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir
5. Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kehawatiran ibu
6. Beri dukungan,besarkan hati nya dan tentramkan perasaan ibu dan anggota keluarganya
7. Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
8. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
9. Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
10. Hargai privasi ibu
11. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
12. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
13. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
14. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayinya
15. Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
16. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi (Hidayat, 2009: 8-9)

g. Tahapan Persalinan

1. Kala I

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2x dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu: fase laten (8 jam) dimana seviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana seviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif.

Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga *partusient* (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala 1 untuk *primigravida* berlangsung 12 jam sedangkan pada *multigravida* 2 cm per jam. Sehingga waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. (Sulistyawati, 2012 : 07)

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lengkap bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada *primigravida* dan satu jam pada *multigravida*. Diagnosis persalinan kala II di tegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak divulva dengan diameter 5-6 cm. Lama nya kala II untuk *primigravida* 50 menit dan *multi gravida* 30 menit. (Sulistyawati, 2012:07)

c. Kala III

Waktu untuk pelepasan dan pengluaran *plasenta*. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahir nya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabuch. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

a) Uterus menjadi berbentuk bundar.
b) Uterus terdorong ke atas, karea plasenta di lepas ke segmen bawah rahim.
c) Tali pusar bertambah panjang.
d) Terjadinya perdarahan.

Naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam segmen bawah rahim atau bagian atas vagina dan dengan demikian mengangkat uterus yang berkontraksi dengan sendirinya dengan lepasnya plasenta bagian tali pusat yang lahir menjadi lebih panjang. Lamanya kala uri lebih kurang 8,5 menit, dan pelepasan *plasenta* hanya memakan waktu 2-3 menit. Perdarahan yang terjadi lebih kurang 250 cc, dianggap patologis jika > 500 cc. (Sulistyawati, 2012:08)

d. Kala IV

Dimulai dari lepasnya *plasenta* hingga 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

a) Tingkat kesadaran pasien.
b) Pemeriksaan tanda-tanda vital.
c) Kontraksi uterus.
d) Jumlah perdarahan (jahit robekan perineum, awasi perdarahan).

Pada kala IV perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc. (Manuaba, 2010:174)

Tabel.1 Lama Persalinan Pada Primigravida Dan Multigravida

Kala persalinan	Primigravida	Multigravida
Kala I	10-12 jam	6-8 jam
Kala II	1-1,5 jam	0,5-1 jam
Kala III	10 menit	10 menit
Kala IV	2 jam	2 jam
Jumlah	10-12 jam	8-10 jam

(Sumber: Manuaba, 2010:175)

h. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

1) Penurunan kepala

   Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

2) Penguncian (*engagement)*

   Tahap penurunan pada waktu *diameter biparietral* dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

3) Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin kedalam panggul, *fleksi* menjadi hal yang sangat penting karena dengan *fleksi* diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul.

4) Putaran paksi dalam

Putaran *internal* dari kepala janin akan membuat diameter *anteroposterior* (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter *anteroposterior* dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring kearah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring kekiri,dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat.

5) Lahirnya kepala dengan cara *ekstensi*

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi *oksiput posterior*. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva.

6) Resitusi

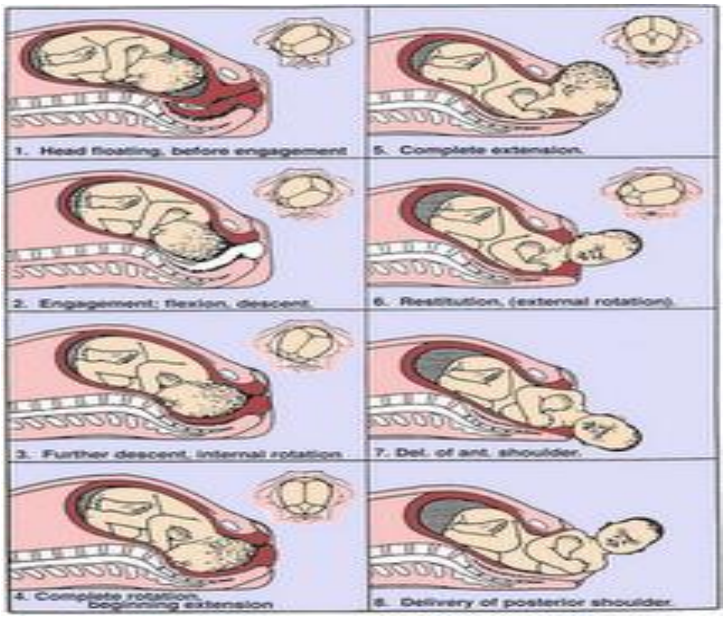
Resitusi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik kekanan ataupun kekiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi *oksiput anterior*

7) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran *internal* dari bahu.

8) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu *posterior* akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara *fleksi lateral*. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu *carus.* (Sulistyawati, 2012:110-111)



Gambar 7. Mekanisme persalinan

B. Kewenangan Bidan

Bidan berperan penting dalam penurunan AKI/AKB, namun Permenkes No. 1464 tahun 2010 mengurangi kewenangan praktik bidan mandiri. Ada pembatasan kewenangan praktik bidan yang cukup banyak pada permenkes No 1464 tahun 2010 dibandingkan dengan kepmenkes No 90 Tahun 2002 dan pada pada praktik bidan masih banyak yang menjalankan permenkes tersebut.

Permenkes No. 1464 Tahun 2010 pasal 10 ayat (2) menyebutkan bahwa kewenangan bidan dalam upaya pelayanan kesehatan ibu antara lain : pelayanan ibu nifas normal, artinya kewenangan bidan pada kehamilan, persalinan dan nifas abnormal tidak diatur. Akibat pembatasan kewenangan praktik bidan mandiri menimbulkan kitdak sinkronan permenkes No 1464 Tahun 2010 dengan kepmenkes No 369 Tahun 2007 yang memuat 9 kompetensi dan menimbulkan hak melakukan bagi bidan. Dan permenkes No. 1464 tahun 2010 pasaal 3 butir (c) menyebutkan bidan berwenang memberikan pelayanan "penanganan kegawat-druratan, dilanjutkan perujukan".

Permenkes No. 1464 tahun 2010 tidak mengatur bidan dalam melakukan episiotomy yang luas/diperluas. Hanya episiotomy dengan penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan Tingkat II. Namun bila bidan menghadapi kasus penyulit persalinan seperti distosia bahu yang merupakan kegawatdaruratan kebidanan. Kewenangan tersebut bisa diberikan dengan tujuan penyelamatan nyawa ibu dan janin seperti pada pasal 10 ayat 3 butir (c) dan sebagaimana disebutkan dalam undang-undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 32.

Luka jalan lahir akibat dilakukan tindakan episiotomi yang luas atau diperluas bisa terjadi pada Tingkat III dan IV. Tingkat III: robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan Tingkat IV: robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum. Memperbaiki luka jalan lahir Tingkat III dan IV tidak diberikan kepada bidan dan bidan harus segera mencari bantuan dengan sistem rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dokter spesialisnya dengan alasan kompetensi bidan dalam penjahitan otot sfingter ani dan otot rektum.
(Hendiwijaya,agnes widanti dan agus H.Rahim.2016)

Standar Pelayanan Kebidanan. (Ada 4 standar)
Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I.
Pernyataan standar: Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinanberlangsung.

Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman.
Pernyataan standar : Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga.
Pernyataan standar : Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.

Pernyataan standar : Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

C. Hasil Penelitian Terkait

Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan mereferensi dari penelitian-penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada laporan tugas akhir ini. Berikut ini penelitian terdahulu yang berhubungan dengan proposal laporan tugas akhir ini antara lain:

Penelitian yang terkait yang dilakukan oleh Siti Muliawati,2014. "Hubungan Posisi Bersalin Dengan Ruptur Perineum di Bidan Praktek Mandiri (Bpm) Kasiyati Sukoharjo"

Hasil dan pembahasan

Berdasarkan hasil uji didapat maka Ho ditolak dan Ha diterima, jadi ada hubungan antara posisi bersalin dengan *ruptur perineum*. apabila pasien merasa nyaman dan penolong persalinan lebih mudah mengamati atau menyangga perineum, maka kemungkinan terjadinya ruptur perineum bisa dikurangi. Posisi setengah duduk Berdasarkan kenyataan yang terjadi bahwa pasien yang menggunakan posisi setengah duduk tidak mengalami ruptur perineum maka hal ini sesuai dengan teori Simkin mengatakan bahwa posisi setengah duduk penolong persalinan lebih mudah menyangga dan mengamati perineum pada saat persalinan kala II sehingga bisa mengurangi ruptur perineum.

Posisi Litotomi Berlebihan menurut banyak faktor yang diketahui mempunyai hubungan dengan trauma perineum dalam persalinan diantaranya posisi bersalin episiotomi dan cara mengejan. Dalam penelitian ini diketahui bahwa penggunaan posisi bersalin litotomi berlebih banyak mengalami ruptur perineum dibandingkan dengan posisi setengah duduk yang lebih sedikit mengalami ruptur. pada posisi litotomi berlebih ruptur perineum lebih banyak terjadi. Posisi litotomi berlebih juga disebut disebut posisi anti gravitasi

sehingga kemungkinan besar ruptur perineum dapat terjadi. Sebaiknya posisi litotomi berlebihan digunakan ketika posisi gaya gravitasi dan posisi untuk memperluas diameter panggul telah dicoba, tetapi janin masih terperangkap di panggul.

Sedangkan menurut (Prawiroharjo, 2002 h:165), ruptur perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya Robekan perineum terjadi apabila kepala janin lahir telalu cepat, sudut arkuskubis lebih kecil dari pada normalnya dan kepala janin lahir dengan ukuran yang lebih besar dari pada sirkumfernsia suboksipito bregmatika mengalami kesulitan seperti melahirkan dengan distosia bahu, melahirkan bayi dengan berat lebih dari 3500 gram pada primi grafida dan multigrafida, pasien dengan kala II lama.

Penelitian yang dilakukan fritria dwi anggraini, 2016. “Hubungan Berat Bayi Dengan Robekan Perineum Pada Persalinan Fisiologis Di Rb Lilik Sidoharjo”
Hasil dan pembahasan

Hubungan berat bayi lahir dengan robekan perineum Setelah dilakukan tabulasi silang antara kedua variabel yaitu berat badan bayi lahir dengan robekan perineum dan dari penghitungan uji statistik mann- *Whitney* menunjukkan $\rho = 0{,}004$ dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0{,}05$ berarti $\rho < \alpha$ maka H0 ditolak berarti ada hubungan antara berat badan bayi lahir dengan ruptur perineum pada persalinan fisiologis, tetapi berat bayi lahir bukan faktor satu-satunya penyebab terjadinya ruptur perineum karena ada faktor lain yang mempengaruhinya yaitu faktor usia dan paritas. Dari hasil penelitian diketahui bahwa robekan perineum sesuai dengan berat badan bayi yang dilahirkan. Hal ini sesuai dengan teori dari yang menyatakan bahwa pada saat persalinan berat badan bayi lahir berpengaruh pada peregangan perineum. Berdasarkan tabel 7 dijelaskan dari 25 ibu persalinan normal, ada 18 (72%) responden yang melahirkan bayi dengan berat badan bayi lahir normal, sebagian besar mengalami ruptur perineum. Pada bayi lahir dengan berat badan

Penelitian yang dilakukan stella pasiowan, anita lontan, maria ranting ‘Jurnal Bidan Diah, Volume 3-No 1, 2015 “ Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Robekan Jalan Lahir Kepada Ibu Bersalin”

Hasil penelitian

Hubungan Faktor Umur ibu dengan Robekan Jalan Lahir

Hubungan antara umur ibu dengan robekan jalan lahir menunjukan persentase terbesar adalah umur 20-35 tahun dengan robekan jalan lahir. Serta didapatkan nilai $p > 0,05$, artinya tidak ada hubungan antara umur ibu dengan robekan jalan lahir atau dengan kata lain Ha ditolak H0 diterima. Umur adalah jumlah hari, bulan dan tahun yang telah di lalui sejak lahir sampai dengan waktu tertentu.

Hubungan Berat Badan Bayi Dengan Robekan Jalan Lahir

Berat badan bayi dapat mengakibatkan terjadinya robekan jalan lahir yaitu pada berat badan bayi diatas 3500 gram, karena risiko *trauma partus* melalui vagina seperti *distosia* bahu dan kerusakan jaringan lunak pada ibu. faktor risiko terjadi robekan jalan lahir perkiraan berat badan janin tergantung pada pemeriksaan klinik atau *ultrasonografi* dokter atau bidan. Dalam kaitannya dengan terjadinya robekan jalan lahir, maka berat badan bayi >3500 gram. Pada persalinan normal pada bayi besar >3500 gram dikarenakan semakin besar berat badan janin semakin besar kemungkinan terjadinya robekan pada jalan lahir.

Hubungan paritas dengan robekan jalan lahir

persentase yang terbesar adalah ibu yang melahirkan anak ke-1 dengan robekan jalan lahir derajat dua sebesar 24 (35,3 %) ibu dengan nilai $p = 0,006$ artinya ada hubungan paritas dengan robekan jalan lahir atau dengan kata lain Ho ditolak Ha diterima. Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seseorang ibu baik hidup maupun mati. Paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian *ruptur perineum*. Pada ibu dengan *paritas* satu atau ibu primi para memiliki risiko lebih besar untuk mengalami robekan *perineum* Daripada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan

jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum belum meregang.

Penelitiaan yang dilakukan oleh Yunida haryanti, eka frelestanty, rizki amartami, 2019. "Karakteristik Kejadian Rupture Perineum Pada Persalinan Normal"

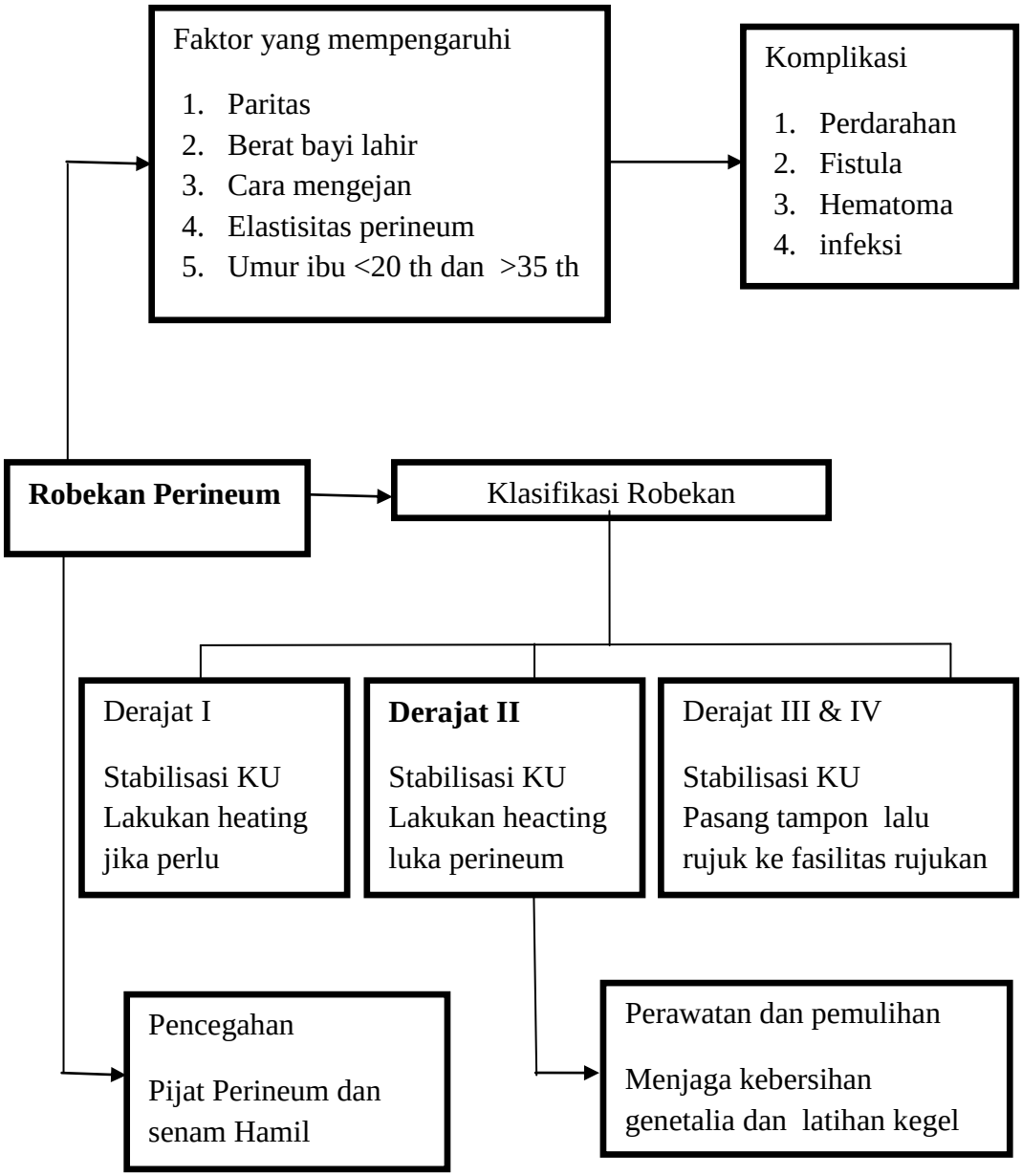
Hasil dan pembahasan

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa 91,61% ibu bersalin dengan berat badan lahir >3500 gram. Hal ini menunjukkan bahwa berat bayi lahir besar berpeluang lebih besar terjadi *Rupture perineum* pada persalinan normal, dimana kepala dan berat janin merupakan bagian terpenting dalam persalinan karena keduanya dapat menyebabkan *Rupture perineum* (Manuaba, 2014).

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar (67,9%) responden berumur muda atau berusia antara 15-34 tahun. Hasil penelitian ini tentunya sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa ibu hamil dengan usia muda merupakan risiko tinggi yang dapat mengancam keselamatan ibu oleh karena fungsi organ reproduksi yang belum sempurna (Destiati & Prabandari, 2010). Usia <20 tahun dan >35 tahun dapat menimbulkan komplikasi dalam kehamilan dan kesulitan saat persalinan (Manuaba, 2014).

Menurut Mochtar, meskipun umur ibu normal apabila tidak berolahraga dan rajin bersenggama dapat mengalami *Rupture perineum*. Kelenturan jalan lahir dapat berkurang apabila calon ibu kurang berolahraga atau genetalianya sering terkena infeksi (Siti Dwi Endriani, Ali Rosidi 2012) Infeksi akan mempengaruhi jaringan ikat dan otot dibagian bawah dan membuat kelenturannya hilang (karena infeksi dapat membuat jalan lahir menjadi kaku). Hal ini juga dipengaruhi oleh *perineum* yang sempit dan elastisitas *perineum* sehingga akan mudah terjadinya robekan jalan

D. Kerangka Teori



Sumber: Fatimah, prasetya, 2019