

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Ruptur Perineum

a. Definisi Ruptur Perineum

Menurut Kamus Besar Ilmu Pengetahuan, perineum adalah kulit serta jaringan yang berada di antara lubang dubur dan bagian alat kelamin (kemaluan) sebelah luar (Dagun, 2006). Perineum adalah jaringan yang terletak di sebelah distal diafragma pelvis, di antara vulva dan anus, panjang sekitar 4 cm, mengandung sejumlah otot superfisial, sangat vaskular dan berisi jaringan lemak (Rohani, dkk, 2011; Dewi & Sunarsih, 2011). Perineum dapat dibagi lagi menjadi trigonum urogenital di anterior dan trigonum anal di posterior oleh otot-otot perineum melintang (Llewellyn & Jones, 2002).

Ruptur perineum adalah robeknya perineum pada saat janin lahir, robekan ini sifatnya traumatik karena perineum tidak kuat menahan regangan pada saat janin lewat (Siswosudarmo & Emilia, 2008). Ruptur Perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin terlalu cepat. Robekan

perineum terjadi pada hampir semua primipara (Prawirohardjo, 2009).

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Robekan Perineum

1) Faktor bayi

Berat badan bayi normal sekitar 2500-3500 gram. Jika berat badan bayi lebih dari 3500 gram disebut bayi besar atau makrosomia. Makrosomia disertai dengan meningkatnya risiko trauma persalinan melalui vagina seperti distosia bahu, kerusakan fleksusbrakialis, patah tulang klavikula dan kerusakan jaringan lunak pada ibu seperti laserasi jalan lahir dan robekan pada perineum (Bobak, *et al.*, 2005). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Suprida (2012) di BPS Husniati ZR Palembang dengan menggunakan jumlah sampel sebanyak 85 ibu bersalin mulai dari bulan Januari 2012 – Desember 2012, mengatakan bahwa dari 39 sampel ibu melahirkan berat badan janin berisiko (≥ 3500 kg) yang mengalami kejadian ruptur perineum sebanyak 12 (30,8%) sedangkan dari 46 sampel ibu melahirkan berat badan janin tidak berisiko (< 3500 kg) yang mengalami ruptur perineum sebanyak 2 (4,13%).

2) Paritas

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Landy, *et al* (2011) di United States pada 19 rumah sakit dengan menggunakan sampel penelitian sebanyak 87.267 ibu bersalin, mengatakan bahwa dari 37.262 sampel nulipara yang mengalami kejadian ruptur perineum sebanyak 2.223 (5,8% dari total sampel nulipara) sedangkan pada multipara dengan jumlah sampel 50.005 yang mengalami kejadian ruptur perineum sebanyak 293 (0,6% dari total sampel multipara). Jadi ibu dengan paritas nulipara lebih berisiko mengalami ruptur perineum derajat tiga dan empat dari pada paritas ibu multipara. Hal ini disebabkan karena ibu paritas nulipara memiliki jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum masih kaku dan belum meregang.

3) Persalinan dengan tindakan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Smith, *et al* (2013) di South East England dengan menggunakan sampel penelitian sebanyak 2754 ibu yang melahirkan secara persalinan normal mulai dari bulan Mei dan September 2006, mengatakan bahwa kejadian ruptur perineum lebih tinggi pada persalinan yang dilakukan di Rumah Sakit dengan persentase sebesar 85,5%, sedangkan persalinan yang dilakukan di luar Rumah Sakit memiliki kasus ruptur perineum yang lebih sedikit yaitu

sebesar 4%. Kejadian ruptur perineum yang meningkat di Rumah Sakit disebabkan karena persalinan di Rumah Sakit lebih sering menggunakan tindakan-tindakan persalinan seperti forsep, *Vacuum Extraction* (VE) dan episiotomi.

4) Jarak kehamilan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rosdiana (2013) di Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) Darul Imarah Aceh Besar dengan menggunakan sampel penelitian sebesar 56 ibu bersalin yang mengalami ruptur perineum mulai dari bulan Januari 2012 – Januari 2013, mengatakan bahwa ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian ruptur perineum. Ibu yang berada pada kategori jarak kehamilan beresiko lebih besar persentasenya mengalami ruptur perineum berat (52,0%) dibanding dengan ibu yang mempunyai jarak kehamilan tidak beresiko mengalami ruptur perineum berat (16,1%). Ibu yang mempunyai jarak kehamilan kurang dari 2 tahun rata-rata mengalami robekan jalan lahir berat. Robekan jalan lahir ini disebabkan karena ibu melahirkan terlalu cepat sehingga proses pemulihan jalan lahir belum sempurna dan robekan perineum dapat terjadi lagi pada saat ibu melahirkan.

c. Klasifikasi Ruptur Perineum

1) Ruptur Perineum Spontan

a) Definisi ruptur perineum spontan

Ruptur perineum spontan yaitu luka pada perineum yang terjadi karena sebab-sebab tertentu tanpa dilakukan tindakan perobekan atau disengaja. Luka ini terjadi pada saat persalinan dan biasanya tidak teratur (Siswosudarmo & Emilia, 2008).

b) Derajat ruptur perineum spontan

Menurut Bobak, *et al* (2005) derajat ruptur perineum spontan dapat dibagi 4 yaitu:

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 sfingter ani.

4. Derajat Empat

Robekan sampai mencapai dinding rektum anterior.

c) Penanganan ruptur perineum spontan

Menurut Sofian (2012) penanganan ruptur perineum spontan yaitu:

1. Untuk mencegah luka yang jelek dan tepi luka yang tidak rata serta kurang bersih, pada beberapa keadaan dilakukan episiotomi, pada keadaan lain cukup dengan pimpinan persalinan yang baik.
2. Apabila dijumpai robekan perineum, dilakukan penjahitan luka lapis demi lapis agar tidak terjadi ruang kosong yang terbuka ke arah vagina (*dead space*). Ruang tersebut dapat dimasuki bekuan-bekuan darah yang akan menyebabkan tidak baiknya penyembuhan luka.
3. Berikan antibiotik yang cukup.
4. Pada luka perineum lama (*old perineal tear*), lakukan perineoplasti dengan membuat luka baru dan menjahitnya kembali sebaik-baiknya.

2) Ruptur Perineum Disengaja (Episiotomi)

a) Definisi ruptur perineum disengaja (episiotomi)

Ruptur perineum disengaja (episiotomi) yaitu luka pada perineum yang terjadi karena dilakukan pengguntingan atau perobekan pada perineum. Tindakan ini bertujuan untuk memperlebar outlet dengan maksud agar kelahiran lebih mudah (Siswosudarmo & Emilia, 2008).

b) Tujuan dilakukan episiotomi

Menurut Siswosudarmo & Emilia (2008) tujuan dilakukan episiotomi yaitu:

1. Memperlebar rimapudendi sehingga memperpendek kala II.
2. Memperoleh luka yang lurus dan bersih sehingga lebih mudah dijahit dan penyembuhan lebih baik.
3. Membuat irisan sebelum otot dan fascia dasar panggul mengalami regangan yang berlebihan, sehingga mengurangi insiden prolaps, sistokel dan rektokel.
4. Menghindari robekan sampai rektum.

c) Indikasi dilakukan episiotomi

Menurut Siswosudarmo & Emilia (2008) indikasi dilakukan episiotomi yaitu:

1. Perineum yang merupakan tahanan, misalnya perineum yang tebal dan kaku, terdapat bekas luka (jaringan parut), primigravida.
2. Perineum yang pendek, dengan maksud menghindari perluasan ke rektum.
3. Indikasi janin seperti prematuritas, bayi yang besar, posisi abnormal (oksipitoposterior, presentasi muka, bayi yang besar, presentasi bokong) dan gawat janin.

d) Manfaat episiotomi

Manfaat dilakukan episiotomi menurut Bobak, *et al* (2005) adalah sebagai berikut:

1. Mencegah robekan perineum. Insisi yang bersih dan dilakukan pada posisi yang benar akan lebih cepat sembuh daripada robekan yang tidak teratur. Ada beberapa keadaan yang dapat menjadi predisposisi seorang mengalami robekan, dengan indikasi episiotomi adalah bayi besar, persalinan cepat, dimana tidak tersedia cukup waktu untuk peregangan perineum, lengkung subpubis sempit dengan pintu keluar yang sempit, dan malpresentasi janin (misalnya letak muka).
2. Kemungkinan mengurangi regangan otot penyangga kandung kemih atau rektum yang terlalu kuat dan berkepanjangan, yang dikemudian hari menyebabkan inkontinensia urin atau prolaps vagina.
3. Mengurangi lama tahap kedua yang mungkin penting mengingat keadaan ibu (misalnya keadaan hipertensi) atau keadaan janin (misalnya bradikardia yang menetap).
4. Memperbesar vagina jika diperlukan manipulasi untuk melahirkan bayi, contohnya, pada presentase bokong atau pada penggunaan forsep.

e) Jenis-jenis episiotomi

Jenis-jenis episiotomi ditentukan berdasarkan tempat dan arah insisi ada 4 yaitu:

1. Episiotomi garis median

Pengguntingan yang dimulai pada garis tengah komisura posterior lurus ke bawah, tetapi tidak sampai mengenai serabut sfingter ani. Episiotomi median ini merupakan insisi pada garis tengah perineum ke arah rektum, yaitu ke arah titik tendensius perineum, memisahkan dua sisi otot perineum bulbokavernosus. Otot transversus perinea profunda juga dapat dipisahkan, tergantung pada kedalaman insisi (Rohani, dkk, 2011).

Episiotomi median ini lebih efektif, mudah diperbaiki, dan biasanya nyeri yang timbul lebih ringan. Kadang-kadang dapat terjadi perluasan melalui sfingter rektum (laserasi derajat ketiga) bahkan ke kanal ani (laserasi derajat keempat). Untungnya penyembuhan primer dan perbaikan (jahitan) yang baik akan memulihkan tonus sfingter (Bobak, *et al.*, 2005).

2. Episiotomi mediolateral

Episiotomi mediolateral paling sering digunakan karena relatif lebih aman untuk mencegah perluasan

ruptur perineum ke arah derajat tiga dan empat. Pada episiotomi ini kehilangan darah akan lebih banyak dan perbaikan lebih sulit, serta lebih nyeri dibandingkan episiotomi median (Rohani, dkk, 2011).

3. Episiotomi lateralis

Sayatan pada jenis episiotomi ini dilakukan ke arah lateral mulai kira-kira jam tiga atau sembilan menurut arah jarum jam. Episiotomi lateral sekarang tidak dilakukan lagi karena banyak menimbulkan komplikasi. Luka sayatan dapat melebar ke arah di mana terdapat pembuluh darah pudendal interna sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak. Selain itu, parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu penderita (Rohani, dkk, 2011).

4. Insisi schuchardt

Insisi schuchardt merupakan variasi dari episiotomi mediolateralis, tetapi penggantungannya melengkung ke arah bawah lateral, melingkari rektum, dan sayatannya lebih lebar (Rohani, dkk, 2011).

2. Paritas

a. Definisi Paritas

Menurut Kamus Kebidanan, paritas adalah klasifikasi wanita berdasarkan banyaknya mereka melahirkan bayi yang usia

gestasinya lebih dari 24 minggu (Wulandari, 2013). Paritas adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari/ sama dengan 500 gram yang pernah dilahirkan, hidup maupun mati. Bila berat badan tak diketahui maka dipakai umur kehamilan, yaitu 24 minggu (Siswosudarmo & Emilia, 2008). Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang hidup atau mati setelah viabilitas dicapai, tidak mempengaruhi paritas (Bobak, *et al.*, 2005; Sofian, 2012).

b. Klasifikasi Paritas

1) Nulipara

Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi *viable* (Sofian, 2012). Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah menjalani kehamilan sampai janin mencapai tahap viabilitas (Bobak, *et al.*, 2005).

2) Primipara

Primipara adalah seorang wanita yang sudah menjalani kehamilan sampai janin mencapai tahap viabilitas (Bobak, *et al.*, 2005). Primipara adalah seorang wanita yang melahirkan bayi hidup untuk pertama kali (Sofian, 2012).

3) Multipara atau pleuripara

Menurut Sofian (2012), multipara atau pleuripara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi *viable* beberapa kali (sampai 5 kali). Multipara adalah seorang wanita yang sudah menjalani

dua atau lebih kehamilan dan menghasilkan janin sampai tahap viabilitas (Bobak, *et al.*, 2005).

4) Grandmultipara

Grandmultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih, hidup maupun mati (Sofian, 2012).

3. Persalinan

a. Definisi Persalinan Normal

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi sehingga menyebabkan perubahan serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Asuhan Persalinan Normal, 2007). Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir (Sofian, 2012).

Persalinan normal atau partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Rohani, dkk, 2011). Persalinan normal adalah proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Sofian, 2012).

b. Faktor-Faktor Pendukung Persalinan

Faktor-faktor pendukung persalinan adalah sebagai berikut:

1) *Power* (kekuatan)

Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter, yang disebut kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder. Kekuatan ibu atau tenaga mengedan sangat mempengaruhi jalannya proses persalinan (Bobak, *et al.*, 2005).

2) *Passage*

Keadaan jalan lahir yang terdiri atas panggul dimana terdiri atas beberapa posisi yaitu posisi pintu atas panggul (PAP), posisi pintu tengah panggul (PTP), dan posisi pintu bawah panggul (PBP). Hal inilah yang mempengaruhi proses persalinan lancar atau tidaknya (Wulanda, 2011).

3) *Passenger* (janin)

Bagian yang paling besar dan keras pada janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalannya persalinan. Kepala pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak. Biasanya, apabila kepala janin sudah

lahir, bagian-bagian lain dengan mudah menyusul (Sofian, 2012).

4) Psikis

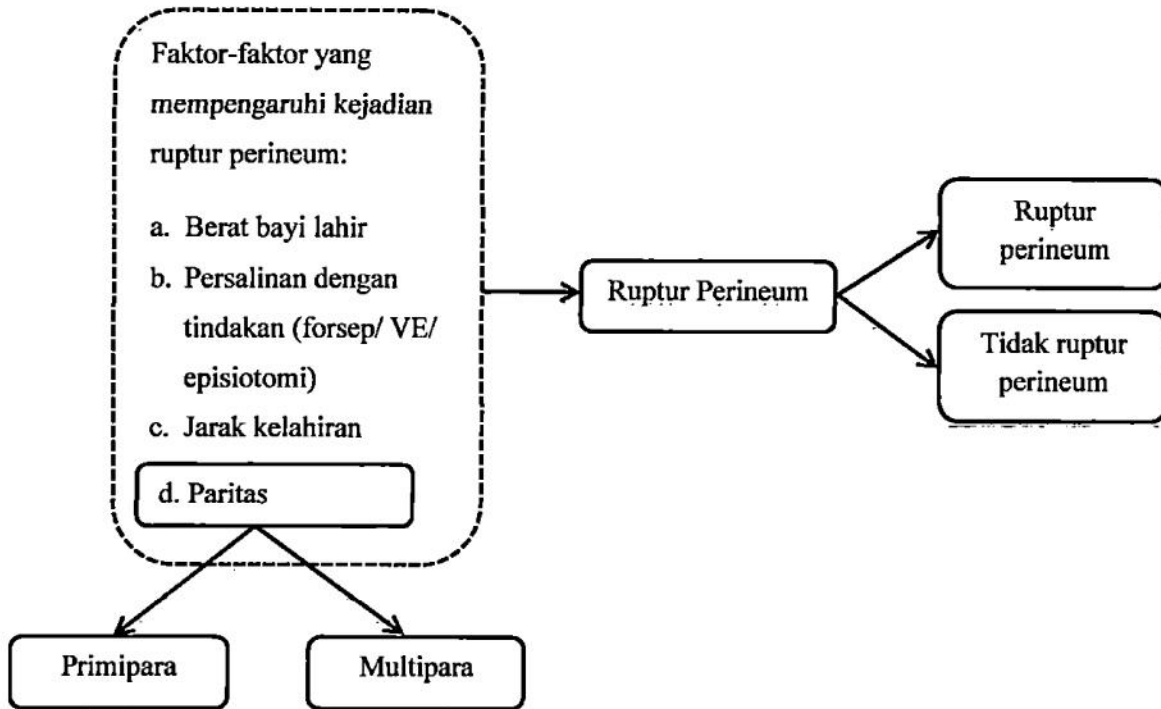
Keadaan kejiwaan ibu yang biasa mempengaruhi persalinan secara normal atau abnormal. Bila jiwa dan kondisi ibu baik, maka persalinan akan berjalan normal dan baik, sebaliknya, bila keadaan jiwa dan kondisi ibu kurang baik, maka proses persalinan akan terhambat (Wulanda, 2011).

5) Penolong

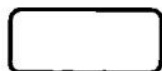
Seseorang yang berfungsi sebagai penolong yaitu tenaga kesehatan, seperti bidan, perawat, dokter, dan dukun, dimana tenaga kesehatan tersebut mampu memberikan perlindungan, pengawasan, dan pelayanan dalam proses persalinan maupun setelah persalinan selesai (Wulanda, 2011).

B. Kerangka Konsep

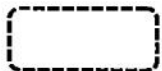
Bagan 2.1. Kerangka Konsep



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

C. Hipotesis

H_0 : Tidak ada hubungan antara paritas dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan normal.

H_1 : Ada hubungan antara paritas dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan normal.