

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Ruptur Perineum

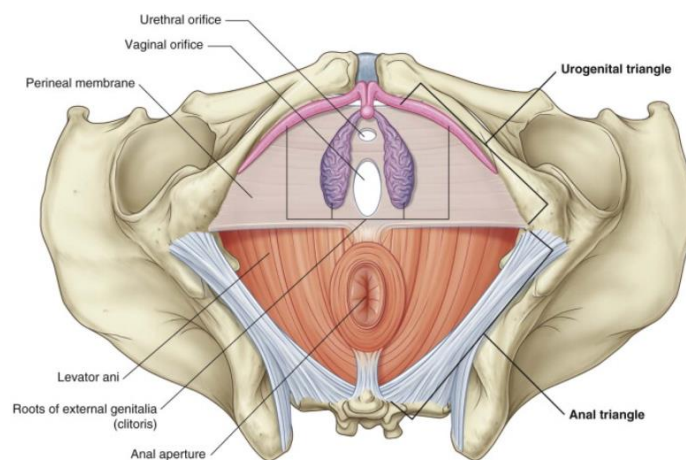
a. Anatomi Perineum Wanita

Perineum adalah regio yang terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. 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 superficialis*. 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 (Wiknjosastro, 2005).

Perineum terdiri atas diafragma urogenital dan bagian bawah dari genitalia eksterna (White, 2006). Regio urogenital berhubungan dengan pembukaan dari sistem urinaria dan sistem

reproduksi. Sedangkan regio anal terdiri atas anus dan *musculus sphincter ani externus* (Drake, *et al.*, 2010).

Perineum terletak di bawah diafragma pelvis. Perineum merupakan area berbentuk belah ketupat bila dilihat dari bawah, dan dapat dibagi menjadi regio urogenital dan regio anal di posterior oleh garis yang menghubungkan *tuberositas ischii* secara horizontal (Faiz & Moffat, 2004). Perineum bila dilihat dari bawah dengan tungkai abduksi berbentuk berlian dan di anterior dibatasi oleh *symphysis pubis*, posterior oleh ujung *os. coccygis*, dan lateral oleh *tuber ischiadicum* (Snell, 1998).



Gambar 2.1. Perineum pada Wanita
Sumber: *Gray's Anatomy for Students (3rd ed.)*

1) Regio Anal

a) *Canalis analis*

Panjang kanalis sekitar 4 cm dan membentuk sudut postero-inferior.

b) *Sphincter ani*

Terdiri dari komponen *sphincter externa* dan *interna*. *Sphincter ani interna* merupakan lanjutan dari otot polos sirkular rektum. *Sphincter ani externa* menyatu dengan *puborectalis* membentuk area penebalan yang disebut *anulus anorectalis*.

c) *Fossa ischiorectalis*

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

2) Regio Urogenital

Regio ini berbentuk segitiga. *Membrana perinealis* merupakan lapisan fascia 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 *symphysis pubis* dan *os. pubis*. *Labia mayora* adalah bibir berlemak yang memiliki rambut yang meluas ke posterior dari

mons pubis. *Labia minora* terletak di sebelah dalam *labia mayora* dan di posterior menyatu membentuk *fourchette*.

b) Uretra

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

c) Vagina

Vagina adalah saluran berotot yang berjalan ke arah atas dan belakang dari *orificium vagina*. Pasokan darah vagina didapat dari *a. vaginalis* dan cabang vaginalis *a. uterina* (Drake, *et al.*, 2010).

b. Definisi Ruptur Perineum

Ruptur adalah robek atau koyaknya jaringan secara paksa (Dorland, 2002). Sedangkan perineum adalah lantai pelvis dan struktur yang berhubungan yang menempati pintu bawah panggul; bagian ini dibatasi disebelah anterior oleh *symphysis pubis*, di sebelah lateral oleh *tuber ischiadicum*, dan di sebelah posterior oleh *os. coccygeus* (Dorland, 2002). Menurut Prawirohardjo

(2011), tempat yang paling sering mengalami perlukaan akibat persalinan adalah perineum.

Ruptur 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). Pada dasarnya, robekan perineum dapat dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui kepala janin terlalu cepat (Wiknjosastro, 2005).

c. Faktor yang Mempengaruhi Ruptur Perineum

Ruptur perineum dapat diikuti pada setiap persalinan pervaginam, tetapi terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan risiko ruptur derajat 3 sampai 4, diantaranya adalah nullipara, proses persalinan kala II, posisi persisten oksiput posterior, ras Asia dan penggunaan anestesi lokal (Cunningham, *et al.*, 2005). Berikut adalah faktor yang mempengaruhi:

1) Paritas

Adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gram yang pernah dilahirkan hidup maupun mati bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama (*primipara*) dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (*multipara*) (Sumarah, 2008).

2) Berat lahir bayi

Semakin besar berat bayi yang dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki berat lebih dari 4000 gram. Hal ini terjadi karena semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat badan bayi yang besar, sehingga pada proses kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi ruptur perineum. Kelebihan berat badan dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya ibu menderita diabetes mellitus, ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi besar, faktor genetik, dan pengaruh kecukupan gizi. Berat bayi lahir normal adalah sekitar 2500 sampai 4000 gram (Saifuddin, 2008).

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 laserasi. Penolong harus mencegah terjadinya pengeluaran kepala yang tiba-tiba oleh karena ini akan mengakibatkan laserasi yang hebat dan tidak teratur, bahkan dapat meluas sampai

sphincter ani dan rektum. Pimpinan mengejan yang benar sangat penting, dua kekuatan yang bertanggung jawab untuk lahirnya bayi adalah kontraksi uterus dan kekuatan mengejan (Oxorn, 2010).

4) Elastisitas perineum

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 tahun (Mochtar, 2011).

5) Umur ibu <20 tahun dan >35 tahun

Berdasarkan penelitian responden yang tidak mengalami kejadian ruptur perineum cenderung berumur tidak beresiko (20-35 tahun), sedangkan responden yang mengalami ruptur perineum adalah responden yang berumur resiko tinggi sebanyak 11 orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai korelasi *chi square* dengan *p value* $0,022 < \alpha$ 0,05 yang artinya H_0 ditolak, menunjukkan ada hubungan antara umur ibu dengan kejadian ruptur perineum.

Pada umur <20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, kekuatan otot-otot perineum dan

otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan. Faktor resiko untuk persalinan sulit pada ibu yang belum pernah melahirkan pada kelompok umur ibu dibawah 20 tahun dan pada kelompok umur di atas 35 tahun adalah 3 kali lebih tinggi dari kelompok umur reproduksi sehat (20-35 tahun) (Mustika & Suryani, 2010).

d. Klasifikasi Ruptur Perineum

1) Ruptur Perineum Spontan

Menurut Cunningham, *et al.* (2010), laserasi (ruptur) perineum dapat diklasifikasikan menjadi:

a) Derajat 1

Pada ruptur perineum derajat 1 akan mengenai *fourchette*, kulit perineum, dan membran mukosa vagina, tetapi tidak mengenai fascia dan otot.

b) Derajat 2

Pada ruptur perineum derajat 2 mengenai kulit dan membran mukosa, fascia dan otot-otot perineum, tetapi tidak mengenai *sphincter ani*.

c) Derajat 3

i. Derajat 3a: <50% *spinchter ani externa*

ii. Derajat 3b: >50% *spinchter ani externa*

iii. Derajat 3c: *spinchter ani externa & interna*

d) Derajat 4

Pada ruptur perineum derajat 4, meluas sampai ke mukosa rektum sehingga lumen rektum. Pada derajat ini, robekan di daerah uretra yang dapat menimbulkan perdarahan hebat mungkin terjadi. Menurut Chapman (2006), robekan mengenai kulit, otot dan melebar sampai *sphincter ani* dan mukosa rektum.

2) Ruptur Perineum Disengaja (Episiotomi)

Episiotomi adalah insisi bedah yang dibuat di perineum untuk memudahkan proses kelahiran (Norwitz & Schorge, 2008). Pada persalinan spontan sering terjadi robekan perineum yang merupakan luka dengan pinggir yang tidak teratur. Hal ini akan menghambat penyembuhan sesudah luka dijahit. Oleh karena itu, dan juga untuk melancarkan jalannya persalinan, dapat dilakukan insisi pada perineum saat kepala janin tampak dari luar dan mulai meregangkan perineum. Insisi tersebut dilakukan pada garis tengah (episiotomi medialis) atau ke jurusan lateral (episiotomi mediolateralis) (Wiknjastro, 2008). Perlu diketahui bahwa episiotomi medial dan mediolateral dengan sudut <30 atau >60 derajat akan sangat berkaitan dengan OASI (*Obstetric Anal Spincter Injury*). Studi

menyatakan bahwa dokter dan bidan pada umumnya tidak bisa menempatkan sudut yang aman dan benar, oleh sebab itu lah dalam melakukan episiotomi harus dilakukan dengan hati-hati (Freeman, *et al.*, 2014). Sedangkan penelitian lain menyatakan bahwa tidak ada manfaat yang signifikan dari prosedur episiotomi. Faktanya, episiotomi akan menyebabkan morbiditas dibandingkan persalinan tanpa episiotomi. Hal ini ditunjukkan dalam bentuk nyeri dan dispareunia yang signifikan pada kelompok penelitian (Islam, *et al.*, 2013).

Indikasi dilakukan episiotomi adalah sebagai persiapan persalinan operatif dimana hal ini biasanya dilakukan untuk mempermudah kelahiran dengan komplikasi distosia bahu. Tujuan episiotomi adalah untuk mengurangi komplikasi trauma dasar panggul saat kelahiran, yang mencakup perdarahan, infeksi, prolaps genital, dan inkontinensia akibat OASI. Meskipun demikian kadang tak terlihat manfaat ibu yang menjalani proses episiotomi (Norwitz & Schorge, 2008).

a) Episiotomi medialis

Episiotomi jenis ini sering digunakan di Amerika Serikat. Tipe ini akan dilakukan insisi garis tengah vertikal dari *fourchette* posterior sampai ke rektum.

Namun, tipe ini berhubungan dengan meningkatnya trauma perineum parah dengan perluasan derajat 3 dan 4 (Norwitz & Schorge, 2008).

b) Episiotomi Mediolateral

Lebih sering digunakan di Inggris. Tipe episiotomi ini adalah pengirisan pada posisi 45 derajat terhadap *fourchette* posterior pada satu sisi. Insisi semacam ini akan mencegah terjadinya trauma perineum yang parah (Norwitz & Schorge, 2008).

c) Episiotomi lateralis

Sayatan disini dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam. Jenis episiotomi ini sekarang tidak dilakukan lagi, oleh karena banyak menimbulkan komplikasi. Luka sayatan dapat melebar ke arah dimana terdapat pembuluh darah pudendal interna, sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak. Selain itu jaringan parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu penderita (Rusda, 2004).

d) Insisi Schuchardt

Jenis ini merupakan variasi dari episiotomi mediolateralis, tetapi sayatannya melengkung ke

arah bawah lateral, melingkari rektum, serta sayatannya lebih lebar (Rusda, 2004).

2. Berat Lahir Bayi

Menurut Saifuddin (2008), berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang 24 jam pertama kelahiran, dengan klasifikasi:

a. Berat Bayi Lahir Sangat Rendah

Bayi berat sangat rendah adalah bayi dengan berat badan 1000 sampai 1500 gram.

b. Berat Bayi Lahir Rendah

Bayi berat lahir rendah adalah bayi berat badan 1500 sampai 2500 gram. BBLR tidak hanya terjadi pada bayi prematur, tapi juga pada bayi cukup bulan yang mengalami hambatan pertumbuhan selama kehamilan (KEMENKES RI, 2015).

c. Berat Bayi Lahir Normal

Bayi cukup atau bayi normal adalah bayi berat badan lebih 2500 sampai 4000 gram.

d. Berat Bayi Lahir Lebih

Berat bayi lahir lebih atau bayi besar adalah bayi lebih 4000 gram.

3. Klasifikasi Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Paritas berasal dari kata *parre* yang berarti melahirkan atau menghasilkan. Jadi, paritas

adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang dapat hidup (Dorland, 2002).

1) Nullipara

Adalah wanita yang belum pernah melahirkan sama sekali. Menurut Dorland (2002), nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan seorang anak yang mampu hidup.

2) Primipara

Adalah wanita yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali. Menurut Dorland (2002), primipara adalah wanita yang pernah mengandung yang melahirkan fetus mencapai berat 500 gram atau umur gestasional 20 minggu, tanpa tergantung apakah anak itu hidup pada saat dilahirkan, dan apakah kelahiran tunggal atau kembar.

3) Multipara

Adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak dua hingga empat kali. Menurut Dorland (2002), multipara adalah seorang perempuan yang telah hamil dua kali atau lebih yang menghasilkan janin hidup, tanpa memandang apakah janin itu hidup atau mati.

4) Grandemultipara

Adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak lima kali atau lebih. Menurut Dorland (2002), grandemultipara

adalah seorang wanita yang telah hamil lima kali atau lebih yang menghasilkan janin hidup.

4. Persalinan Pervaginam

a. Definisi Persalinan Pervaginam

Adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro, 2005). Sedangkan pervaginam menurut Dorland (2002) adalah melalui vagina. Jadi, persalinan pervaginam adalah persalinan yang mengeluarkan janin hidup melalui vagina.

b. Faktor-Faktor Pendukung Persalinan

Komponen-komponen dalam persalinan adalah sebagai berikut:

1) *Passage*

Passage merujuk pada rute janin yang harus dilalui dari uterus melalui serviks dan vagina ke perineum eksternal. Selain itu, janin harus melalui rongga pelvis juga (Pillitteri, 2007). Menurut Wulanda (2011), *passage* adalah keadaan jalan lahir yang terdiri atas panggul dimana terdiri dari beberapa posisi yaitu Pintu Atas Panggul (PAP), Pintu Tengah Panggul (PTP), dan Pintu Bawah Panggul (PBP).

2) *Passenger*

Istilah ini adalah bagian dari penumpang, atau yang akan dikeluarkan nantinya, baik janin (letak, presentasi,

ukuran, dan ada atau tidaknya kelainan), keadaan plasenta, serta keadaan cairan amnion (Wulanda, 2011).

3) *Power of Labor*

His (kontraksi ritmis otot polos uterus), kekuatan mengejan ibu, dan keadaan kardiovaskular respirasi metabolik ibu. Kekuatan ibu atau tenaga mengedan sangat mempengaruhi (Wulanda, 2011).

4) Psikis

Keadaan kejiwaan ibu yang dapat mempengaruhi persalinan secara normal atau abnormal. Bila jiwa dan kondisi ibu baik, maka persalinan akan berjalan normal, begitu pula sebaliknya (Wulanda, 2011).

5) Penolong

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

c. Tahapan Persalinan Pervaginam

Tahapan persalinan menurut Wiknjastro (2005) yaitu, kala I dinamakan kala pembukaan. Kala II disebut pula kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengejan. Dalam kala III atau kala uri, plasenta terlepas dari dinding uterus

dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya adalah 1 jam dan diamati apakah ada perdarahan postpartum.

1) Kala I

Klinis dapat dinyatakan partus apabila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir ini berasal dari kanalis servikalis karena serviks mulai membuka. Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir atau telah lengkap. Bila ketuban sudah pecah sebelum mencapai pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini. Pada primigravida, kala I kira-kira 13 jam, dan pada multipara kira-kira 7 jam.

2) Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan cepat, karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan. Bila his dalam kekuatan maksimal, maka kepala janin akan keluar, setelah itu barulah dikeluarkan badan dan anggota badan yang lain. Pada primigravida, kala II berlangsung 1,5 jam dan multipara selama 0,5 jam.

3) Kala III

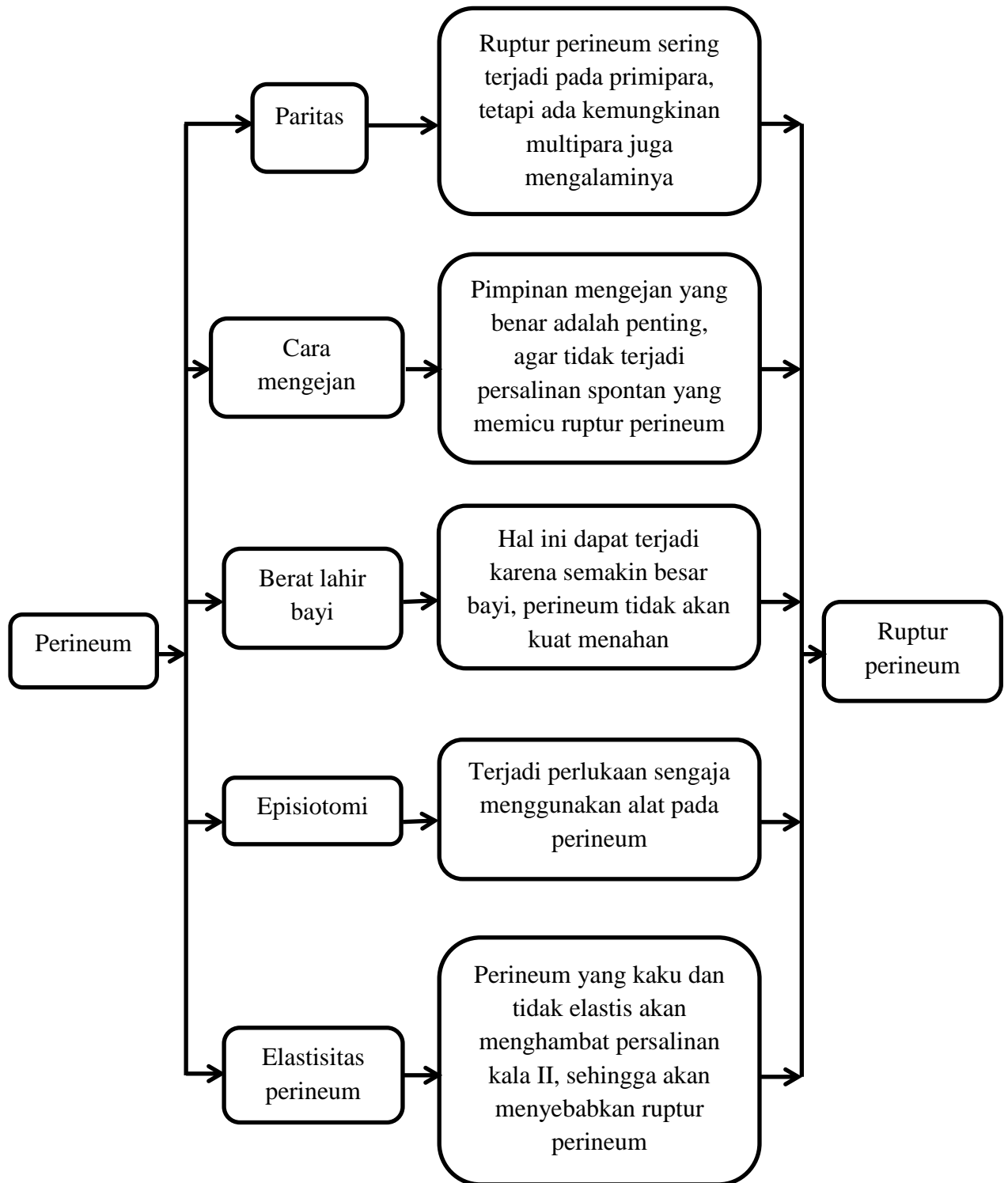
Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusar. Beberapa menit kemudian

uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan. Pengeluaran plasenta akan disertai perdarahan.

4) Kala IV

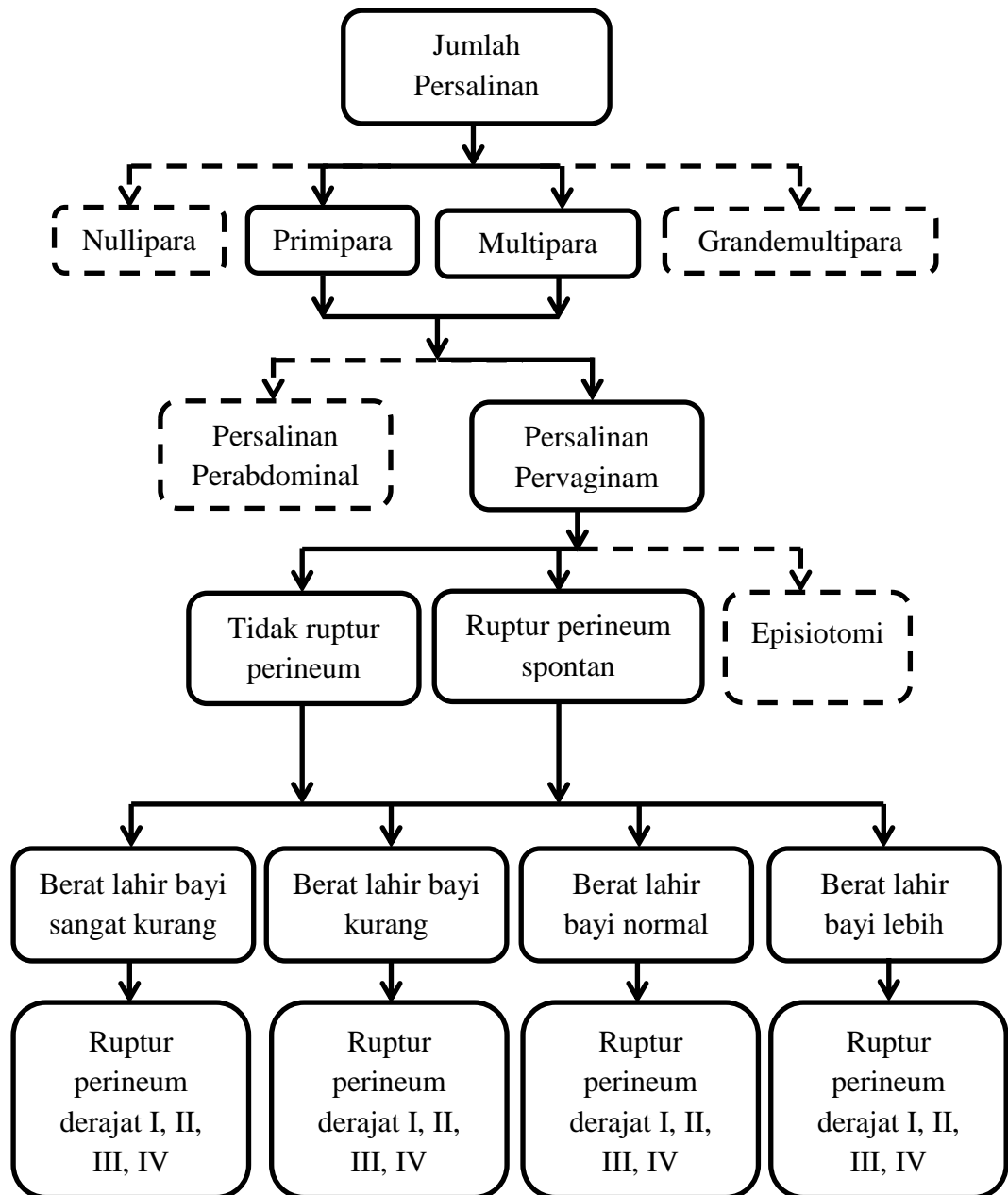
Seperti diterangkan diatas, kala ini dianggap perlu untuk mengamati apakah ada perdarahan postpartum atau tidak.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

D. Hipotesis

H_0 : Tidak terdapat suatu hubungan antara berat lahir bayi dengan derajat ruptur perineum

H_1 : Terdapat suatu hubungan antara berat lahir bayi dengan derajat ruptur perineum

