

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan merupakan pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi dan kelahiran plasenta, dimana proses tersebut merupakan proses alamiah (Wulanda, 2012).

Maka dapat disimpulkan, persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup di dunia luar.

2. Bentuk persalinan

a. Persalinan normal atau persalinan spontan

Persalinan dikatakan normal atau spontan apabila persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri. Persalinan normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dimana janin lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Ilmiah, 2015).

b. Persalinan buatan

Apabila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forcep, ekstraksi vakum atau dengan tindakan *sectio caesarea*. Proses pengeluaran bayi dengan alat dilakukan jika ada indikasi, baik itu dari ibunya maupun janinnya.

c. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran dilakukan untuk merangsang adanya proses persalinan yakni menimbulkan munculnya kontraksi uterus guna mempercepat persalinan. Tindakan pada persalinan anjuran berupa pemberian obat-obatan seperti Misoprostol, Oksitosin drip dan Lamanaria. Kondisi yang sering menjalani proses persalinan anjuran adalah kehamilan dengan post matur sesuai dengan indikasi (Manurung, 2011).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power (kekuatan)

Kekuatan meliputi tenaga ibu mengedan dan kontraksi uterus. Tenaga utama dalam persalinan adalah tenaga atau kekuatan yang dihasilkan oleh kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

1) Kontraksi (his)

Kontraksi uterus berlangsung selama proses persalinan (sejak periode kala satu sampai dengan kala empat). Kontraksi uterus merupakan upaya untuk membuat terjadinya dilatasi serviks, mendorong presentasi janin memasuki rongga panggul ibu selama periode kala satu sampai kala dua serta membantu uterus mengatasi terjadinya perdarahan setelah persalinan. Kontraksi tersebut adalah gerakan memendek dan menebal pada otot-otot rahim yang terjadi untuk sementara waktu.

2) Tenaga ibu mendedan

Tenaga ibu mendedan meliputi dorongan otot perut dan diafragma yang digunakan dalam kala dua persalinan. Tenaga ini digunakan untuk mendorong bayi keluar dan merupakan kekuatan ekspulsi yang dihasilkan oleh otot-otot volunter. Diafragma dibuat kaku oleh dada yang diisi udara, glottis yang ditutup untuk menahan rongga dada, otot-otot dinding abdomen dipertahankan dengan kuat. Keadaan ini akan melipat gandakan tekanan pada janin dan mengurangi ruangan di dalam rongga abdomen sehingga janin terdorong ke bawah ke bagian paling rendah dan akhirnya keluar dari vagina. Mendedan memberikan kekuatan yang sangat membantu dalam mengatasi resistensi otot-otot dasar panggul.

a. Pasanger (janin dan plasenta)

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim pertumbuhannya belum tentu normal, kelainan genetik dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan adanya pertumbuhan yang tidak normal, seperti :

- 1) Kelainan bentuk dan besar janin (anensefalus, hidrosefalus dan janin makrosomia)
- 2) Kelainan pada otak kepala (presentasi puncak dan kelainan occiput)
- 3) Kelainan letak janin (sungsang, lintang, mengolak, rangkap) (Irianto, 2014).

b. Passage (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir merupakan komponen yang sangat penitng dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir lunak dan jalan lahir keras. Jalan lahir lunak terdiri atas otot, jaringan dan ligamen. Sedangkan jalan lahir keras terdiri dari tulang panggul dan sendi. Jalan lahir keras (tulang) sangat menentukan proses persalinan

dapat berlangsung melalui jalan biasa atau melalui tindakan operasi dengan kekuatan dari luar. Pada jalan lahir lunak terdapat beberapa gangguan yang mungkin dapat terjadi, antara lain :

- 1) Gangguan pada serviks, meliputi : serviks yang kaku, serviks gantung (osteum uteri eksternum terbuka lebar, namun osteum uteri internum tidak dapat terbuka), serviks konglomer (osteum uteri eksternum tidak terbuka, namun osteum uteri internum terbuka) dan edema serviks (terutama karena kesempitan panggul, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir sehingga terjadi gangguansirkulasi darah dan cairan yang menimbulkan edema serviks) serta serviks duplek (karena kelainan kongenital)
- 2) Gangguan pada vagina, seperti tumor pada vagina
- 3) Gangguan pada perineum berupa kekakuan perineum (Manuaba, 2010).

c. Psikologis (Ibu)

Psikologis merupakan bagian yang sensitif saat kelahiran anak, ditandai dengan adanya cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu dengan dikeluarkan hormon katekolamin. Hormon katekolamin menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta (Irianto, 2014). Masalah psikologis ibu dapat terganggu salah satunya akibat praktek budaya yang dianut keluarga. Kebudayaan keluarga mempengaruhi pandangan anggota keluarga terhadap persalinan. Harapan dan nilai-nilai keluarga terhadap persalinan sangat mendukung proses persalinan, misalnya penerimaan petugas kesehatan terhadap praktek-praktek budaya dalam menghadapi persalinan, penerimaan anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang akan lahir.

Selain itu, proses persalinan berlangsung dengan baik jika adanya dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga dengan penerapan metode pendampingan yang difasilitasi oleh petugas kesehatan (Manurung, 2011).

d. Penolong (tenaga kesehatan terlatih)

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam membantu proses persalinan. Pimpinan persalinan yang tidak tepat dan tindakan yang dilakukan tanpa adanya indikasi dapat meningkatkan terjadinya gangguan persalinan (Irianto, 2014). Kriteria penolong yang baik adalah memiliki kompetensi dalam memonitoring kemajuan persalinan, mengevaluasi dan menolong persalinan sesuai dengan procedural yang telah ditetapkan. Penolong diharapkan mampu mengidentifikasi persalinan yang berisiko yang memerlukan tindakan sedini mungkin dan mampu membina hubungan terapeutik dengan klien (Manurung, 2011).

4. Gangguan dalam proses persalinan

Selama proses persalinan dapat terjadi berbagai gangguan yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Oleh karena itulah proses persalinan memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai. Gangguan dalam proses persalinan yang sering dijumpai, antara lain :

a. Distosia (persalinan yang sulit)

Distosia atau persalinan yang sulit dan tidak bisa berlanjut bisa diakibatkan oleh tidak memadainya tenaga ibu, janin terlalu besar, kehamilan lewat waktu, serta kelainan jalan lahir ibu (panggul terlalu sempit).

b. Gangguan pengeluaran plasenta

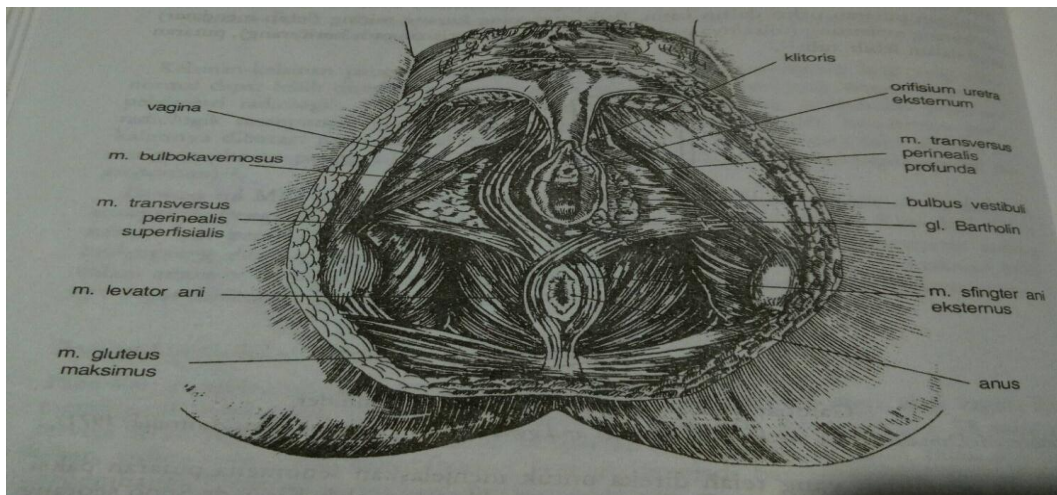
Meskipun gangguan pengeluaran plasenta timbul saat bayi sudah lahir, namun gangguan ini tidak bisa disepelekan. Gangguan pengeluaran plasenta, misalnya plasenta tidak keluar sempurna atau perdarahan yang sangat banyak setelah plasenta keluar, bisa menimbulkan perdarahan pasca persalinan yang merupakan salah satu penyebab kematian ibu setelah melahirkan plasenta yang paling tinggi. Penyebab gangguan pengeluaran plasenta antara lain : kontraksi rahim yang tidak cukup baik, plasenta hanya terlepas sebagian atau tertinggal sebagian dalam rongga rahim atau akibat kelainan pembekuan darah ibu (Irianto, 2014).

c. Laserasi di jalan lahir

Proses persalinan sering kali menyebabkan perlukaan jalan lahir. Luka yang terjadi biasanya ringan tetapi seringkali juga terjadi luka yang luas dan berbahaya, untuk itu setelah persalinan harus dilakukan pemeriksaan di jalan lahir setelah proses persalinan. Luka pada jalan lahir meliputi : laserasi pada perineum, vagina dan servik (Sumarah dkk., 2009). Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir (Sukarni K & Wahyu P, 2013).

B. Perineum

1. Anatomi perineum



(Wiknjosastro, 2010)

Gambar 1 Anatomi Perineum

Perineum adalah otot, kulit, dan jaringan yang terdapat diantara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Irianto, 2014). Jaringan yang utama menopang perineum adalah diafragma pelvis dan urogenital. Diafragma pelvis terdiri dari muskulus levator ani dan muskulus koksigidis di bagian posterior serta selubung fasia dari otot-otot ini. Muskulus levator ani membentuk sabuk otot yang lebar bermula dari permukaan posterior ramus pubis superior, permukaan dalam spina ishiaka dan dari fasia obturatorius.

Serabut otot berinsersi pada tempat-tempat sekitar vagina dan rektum yang membentuk spingter. Diafragma urogenitalis terletak di sebelah luar diafragma pelvis, yaitu daerah segitiga antara tuberositas iskiakal dan simpisis pubis. Diafragma

urogenital terdiri dari muskulus perinialis transversalis profunda, muskulus konstriktor uretra dan selubung fasia interna dan eksterna.

Persatuan antara mediana levatorani yang terletak antara anus dan vagina diperkuat oleh tendon sentralis perineum, tempat bersatu bulbokavernosus, muskulus perinialis transversalis superfisial dan spingter ani eksterna. Jaringan ini yang membentuk korpus perinialis dan merupakan pendukung utama perineum sering mengalami luka selama persalinan. Infeksi pada luka robekan perineum merupakan infeksi masa nifas yang paling sering ditemukan pada genetalia eksterna (Sukarni K & Wahyu P, 2013).

2. Pengertian laserasi perineum

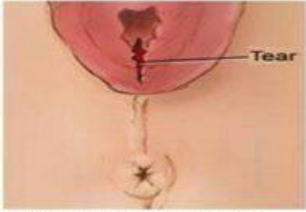
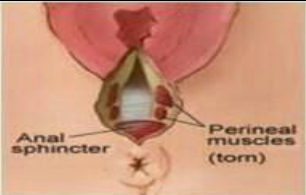
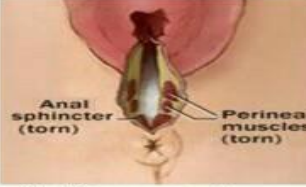
Irianto (2014) menyatakan, laserasi perineum merupakan robekan yang terjadi saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat-alat tindakan, robekan ini umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin terlalu cepat keluar. Menurut Maryunani (2016) menyebutkan, laserasi perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum yang biasanya disebabkan oleh trauma saat persalinan.

Jadi dapat disimpulkan laserasi perineum adalah perlukaan yang terjadi akibat robekan di jaringan antara vulva dan anus yang terjadi baik secara spontan maupun dengan tindakan.

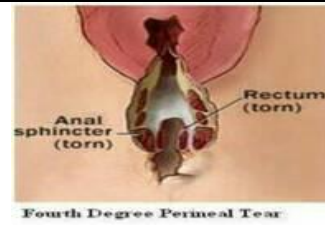
3. Klasifikasi laserasi perineum

Terdapat empat derajat laserasi perineum, yang pada masing-masing derajat memiliki tingkat keparahan yang berbeda-beda. Adapun empat derajat laserasi perineum, sebagai berikut :

Tabel 1
Derajat Laserasi Perineum

Derajat Laserasi : Prineum	Daerah yang Terkena	Gambar
Laserasi perineum derajat satu	Robekan pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum	 <p>First Degree Perineal Tear</p>
Laserasi perineum derajat dua	Robekan sudah mencapai otot perineum	 <p>Second Degree Perineal Tear</p>
Laserasi perineum derajat tiga	Robekan sudah mencapai otot spingter ani	 <p>Third Degree perineal tear</p>

Laserasi perineum derajat empat Robekan telah mencapai mukosa rektum



(Sukarni K & ZH, 2013)

4. Faktor penyebab laserasi perineum

Beberapa hal berikut menjadi penyebab terjadinya laserasi perineum, antara lain :

a. Faktor janin, meliputi :

- 1) Bayi besar (lebih dari 4000 gram)
- 2) Posisi kepala oksipital posterior
- 3) Distosia bahu

b. Faktor ibu, meliputi :

- 1) Kala dua persalinan yang lama
- 2) Presipitasi persalinan
- 3) Arkus subpubis yang sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula
- 4) Paritas (Liu, 2010).

5. Tanda dan gejala laserasi perineum

Adapun tanda dan gejala terjadinya laserasi perineum, sebagai berikut :

- a. Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir
- b. Kontraksi rahim baik
- c. Plasenta lahir lengkap

- d. Wajah pucat dan lemah (Sukarni K & ZH, 2013).

6. Dampak laserasi perineum

Terjadinya laserasi perineum dapat menimbulkan beberapa dampak yang, antara lain :

- a. Pada 10% ibu merasa nyeri dan tidak nyaman, akan berakhir 3-18 bulan setelah kelahiran
- b. Sebanyak 20% ibu akan mengalami dispareuni superfisial (nyeri pada daerah genital bagian luar saat berhubungan intim) sekitar 3 bulan
- c. Sebanyak 3-10% ibu melaporkan mengalami inkontinensia usus, biasanya mengalami masalah flatus
- d. Sebanyak 20% ibu mengalami inkontinensia urine
- e. Kerusakan spingter anal terjadi pada 36% setelah kelahiran per vaginam (Liu, 2010).
- f. Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan perdarahan dan bisa mengalami syok hipovolemik akibat perdarahan. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan (Sumarah dkk., 2009).
- g. Infeksi pasca persalinan juga berisiko terjadi sebab luka tidak segera menyatu sehingga timbul jaringan parut selain itu, laserasi perineum dapat dengan mudah terkontaminasi feses terutama derajat 3 dan 4 karena lokasinya dekat dengan anus (Mochtar, 2013).

7. Penanganan laserasi perineum

Periksa terlebih dahulu keadaan laserasi secara keseluruhan untuk mengetahui tingkat keparahan laserasi, kemudian dilakukan teknik penjahitan laserasi perineum

disesuaikan dengan derajat laserasinya. Tindakan yang dilakukan untuk menangani laserasi perineum, sebagai berikut :

a. Laserasi derajat satu

Jika laserasi terjadi di bagian permukaan perineum dan tidak mengakibatkan perdarahan seperti pada derajat satu, laserasi dapat dibiarkan, dengan tetap mempertahankan luka dalam keadaan bersih (Liu, 2010).

b. Laserasi derajat dua, tiga dan empat

Pada laserasi derajat dua, tiga dan empat dilakukan tindakan penjahitan. Tujuan penjahitan robekan perineum adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

Langkah-langkah penjahitan laserasi derajat dua, tiga dan empat sebagai berikut :

Tabel 2
Penjahitan Laserasi Perineum Derajat Dua, Tiga dan Empat

Langkah Klinik	
1)	Alat dan bahan
a)	Wadah DTT berisi sarung tangan, klem, pinset, pemegang jarum, gunting, jarum jahit, benang jahit kromik atau catgut no 2/0 atau 3/0, kasa steril, pinset, jarum suntik 10 ml, kasa bersih
b)	Povidon-iodin
c)	Lidokain
d)	Handuk atau kain bersih
e)	Lampu sorot.
2)	Persiapan
a)	Atur posisi ibu menjadi posisi litotomi (berbaring terlentang dengan kaki terangkat dan dipisah) dan arahkan cahaya lampu sorot pada daerah yang benar
b)	Letakkan handuk atau kain bersih di bawah bokong ibu
c)	Pastikan lengan atau tangan penolong tidak memakai perhiasan, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
d)	Atur posisi penolong sehingga dapat bekerja dengan leluasa dan aman
e)	Pakai sarung tangan

<ul style="list-style-type: none"> f) Ambil jarum suntik 10 ml dengan tangan yang bersarung tangan, isi jarum suntik dengan Lidokain dan letakkan ke dalam wadah DTT g) Gunakan kasa bersih, basuh vulva dan perineum dengan larutan Povidon-iodin dengan gerakan satu arah dari vulva ke perineum. Tunggu selama kurang lebih 2 menit sebelum menyuntikkan Lidokain (Anastesi lokal).
<p>3) Anastesi Lokal</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Beritahu ibu akan disuntik yang akan terasa nyeri dan menyengat b) Tusukkan jarum suntik pada ujung robekan perineum, masukkan jarum suntik secara subkutan sepanjang tepi luka c) Lakukan aspirasi untuk memastikan tidak ada darah yang terhisap. Bila ada darah, tarik jarum sedikit dan kembali masukkan. Ulangi melakukan aspirasi. Anastesi yang masuk ke pembuluh darah dapat menyebabkan detak jantung yang tidak teratur. d) Suntikkan anastesi sambil menarik jarum suntik pada tepi luka daerah perineum e) Tanpa menarik jarum suntik ke luar dari luka, arahkan jarum sepanjang tepi luka pada mukosa vagina, lakukan aspirasi dan suntikkan anastesi sambil menarik jarum suntik. Bila robekan luas dan dalam, anastesi daerah bagian dalam robekan, alur suntikkan anastesi akan berbentuk seperti kipas (tepi perineum, dalam luka dan mukosa vagina). f) Tunggu 1-2 menit sebelum melakukan penjahitan untuk mendapatkan hasil optimal dari anastesi lokal.
<p>Penjahitan Laserasi Perineum Derajat Dua</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Telusur luka menggunakan jari tangan dan tentukan secara jelas batas luka. Lakukan jahitan pertama kira-kira 1 cm di atas ujung luka di dalam vagina. Ikat dan potong salah satu ujung dari benang dengan menyisakan benang kurang lebih 0,5 cm 2) Jahitlah mukosa vagina dengan menggunakan jahitan jelujur dengan jerat ke bawah sampai lingkaran sisa himen (selaput tipis yang mengelilingi lingkaran vagina) 3) Kemudian tusukkan jarum menembus mukosa vagina di depan himen (selaput tipis yang mengelilingi lingkaran vagina) dan keluarkan pada sisi dalam luka perineum 4) Lanjutkan jahitan jelujur dengan jerat pada lapisan subkutis dan otot sampai ke ujung luar luka (pastikan setiap jahitan memiliki ukuran yang sama dan lapisan otot tertutup dengan baik) 5) Setelah mencapai ujung luka, balikkan arah jarum ke lumen vagina dan mulailah merapatkan kulit perineum dengan jahitan subkutikuler 6) Bila telah mencapai lingkaran himen (selaput tipis yang mengelilingi lingkaran vagina), tembuskan jarum ke luar mukosa vagina pada sisi yang berlawanan dari tusukan terakhir subkutikuler 7) Tahan benang (sepanjang 2 cm) dengan klem, kemudian tusukkan kembali jarum pada mukosa vagina dengan jarak 2 mm dari tempat keluarnya benang dan silangkan ke sisi berlawanan hingga menembus mukosa pada sisi berlawanan 8) Ikat benang yang dikeluarkan dengan benang pada klem dengan simpul kunci 9) Lakukan kontrol jahitan dengan pemeriksaan colok dubur

10) Tutup jahitan luka dengan kasa yang dibubuhi cairan antiseptik.
<p>Penjahitan Laserasi Perineum Derajat tiga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan 2) Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka perineum, pasang tampon atau kasa ke dalam vagina 3 3) Pasang jarum jahit pada pemegang jarum kemudian kunci pemegang jarum 4) Pasang benang jahit (kromik no. 2/0) pada mata jarum 5) Tentukan dengan jelas batas laserasi perineum 6) Ujung otot spingter ani yang terpisah oleh laserasi diklem menggunakan pean lurus 7) Kemudian tautkan ujung otot spingter ani dengan melakukan 2-3 jahitan angka 8 sehingga bertemu kembali 8) Selanjutnya dilakukan jahitan lapis demi lapis seperti melakukan jahitan pada laserasi perineum derajat dua.
<p>Penjahitan Laserasi Perineum Derajat Empat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan inspeksi vagina dan perineum untuk melihat robekan 2) Jika ada perdarahan yang terlihat menutupi luka perineum, pasang tampon atau kasa ke dalam vagina 3) Pasang jarum jahit pada pemegang jarum kemudian kunci pemegang jarum 4) Pasang benang jahit (kromik no. 2/0) pada mata jarum 5) Tentukan dengan jelas batas laserasi perineum 6) Mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit dengan jahitan jelujur menggunakan catgut kromik no. 2/0 7) Jahit fasia perirectal dengan menggunakan benang yang sama, sehingga bertemu kembali 8) Jahit fasia septum rektovaginal dengan menggunakan benang yang sama, sehingga bertemu kembali 9) Ujung otot spingter ani yang terpisah karena robekan diklem dengan menggunakan pean lurus 10) Kemudian tautkan ujung otot spingter ani dengan melakukan jahitan 2-3 jahitan angka 8 sehingga bertemu kembali 11) Selanjutnya dilakukan jahitan lapis demi lapis seperti melakukan jahitan pada laserasi perineum derajat dua.

(Wasposito, 2010)

C. Paritas

1. Pengertian

Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anak yang dilahirkan. Kelahiran kembar tiga hanya dihitung satu (Oxorn & Forte, 2011).

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup maupun mati setelah viabilitas (kapasitas untuk hidup di luar uterus sekitar 20 minggu kehamilan atau berat janin lebih dari 500 gram) dicapai, bukan jumlah janin yang dilahirkan (Bobak, 2010).

Jadi dapat disimpulkan, paritas adalah jumlah persalinan yang telah melahirkan janin baik hidup maupun mati setelah viabilitas (kapasitas untuk hidup di luar uterus sekitar 20 minggu kehamilan atau berat janin lebih dari 500 gram) dicapai tanpa mengingat jumlah anak yang dilahirkan.

2. Klasifikasi

Menurut Sofian (2013), paritas dapat diklasifikasikan menjadi :

a. Primipara

Suatu kondisi saat seorang wanita telah melahirkan bayi yang telah mencapai batas viabilitas (kapasitas untuk hidup di luar uterus sekitar 20 minggu kehamilan atau berat janin lebih dari 500 gram) sebanyak satu kali, tanpa mengingat janinnya hidup ataupun mati.

b. Multipara

Suatu kondisi saat seorang wanita telah melahirkan bayi yang telah mencapai batas viabilitas (kapasitas untuk hidup di luar uterus sekitar 20 minggu kehamilan

atau berat janin lebih dari 500 gram) sebanyak dua kali atau lebih (sampai lima kali), tanpa mengingat janinnya hidup ataupun mati.

c. **Grandemultipara**

Suatu kondisi saat seorang wanita telah melahirkan bayi yang telah mencapai batas viabilitas (kapasitas untuk hidup di luar uterus sekitar 20 minggu kehamilan atau berat janin lebih dari 500 gram) sebanyak enam kali atau lebih, tanpa mengingat janinnya hidup ataupun mati.

D. Hubungan Paritas dengan Derajat Laserasi Perineum

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dimana janin lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Ilmiah, 2015). Persalinan normal merupakan masa kritis bagi ibu karena berbagai gangguan dapat terjadi selama proses persalinan, salah satu diantaranya adalah terjadinya laserasi perineum. Kejadian laserasi perineum 85% terjadi pada persalinan normal. Laserasi perineum merupakan robekan yang terjadi saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat-alat tindakan, robekan ini umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin terlalu cepat keluar (Irianto, 2014). Terdapat empat derajat laserasi perineum, yang pada masing-masing derajat memiliki tingkat keparahan yang berbeda-beda. Laserasi derajat satu ditandai dengan adanya robekan pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum. Laserasi derajat dua, robekan sudah mencapai otot perineum. Laserasi derajat tiga, robekan sudah mencapai otot spingter

ani. Serta derajat empat robekan telah mencapai mukosa rektum (Sukarni K & ZH, 2013).

Laserasi perineum umumnya terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang pula pada persalinan berikutnya (Sukarni K & ZH, 2013). Ibu yang belum pernah melahirkan lebih berisiko mengalami laserasi perineum karena belum mempunyai pengalaman dengan proses kelahiran sebelumnya, belum mengetahui teknik mengejan yang benar, posisi persalinan yang benar dan perineum cenderung masih kaku dan tidak elastis sehingga mudah mengalami laserasi (Sumarah dkk., 2009). Sebagian besar wanita mengalami laserasi perineum pada saat melahirkan anak pertama, dan sebagian dari kasus tersebut mengalami laserasi perineum dengan area yang luas. Hal tersebut menjadikan faktor paritas menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya laserasi perineum serta luasnya area perineum yang mengalami laserasi. Paritas menunjukkan jumlah persalinan yang telah melahirkan janin baik hidup maupun mati setelah viabilitas (kapasitas untuk hidup di luar uterus sekitar 20 minggu kehamilan atau berat janin lebih dari 500 gram) dicapai tanpa mengingat jumlah anak yang dilahirkan. (Oxorn & Forte, 2011). Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Wangaya pada tahun 2013, angka kejadian laserasi perineum yang dialami Ibu primipara tahun 2013 masih sangat tinggi yaitu sebanyak 116 dari total 318 persalinan normal pada ibu primipara (Darmiyanti & Anggarani, 2013). Liu (2010) menyatakan bahwa robekan perineum yang luas lebih sering terjadi pada primipara sebanyak 4%, berat badan lahir lebih dari 4000 gram sebanyak 2%, posisi oksipitoanterior sebanyak 3%, kala dua yang lama 4% dan kelahiran dengan forceps 7%.

Hubungan yang sangat erat antara Berat Bayi Lahir (BBL) dengan kejadian tingkat laserasi perineum ditemukan pada penelitian Darmiyanti & Anggarani (2013) di RSUD Wangaya Denpasar, yang menyatakan bahwa ada hubungan antara Berat Bayi Lahir (BBL) dengan kejadian tingkat laserasi perineum pada ibu bersalin normal primigravida, penelitian ini menunjukkan semakin besar berat bayi yang dilahirkan akan meningkatkan kejadian laserasi perineum dengan area yang luas pula. Hal ini dikarenakan perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat lahir yang besar, sehingga pada saat proses kelahiran bayi dengan berat lahir besar sering terjadi laserasi perineum mulai dari derajat satu hingga empat.