

JUDUL ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN RUPTURE PERINEUM PADA IBU BERSALIN

Dwi Ryan Ariestanti, Eva Purwaningtias

Akademi Kebidanan Mutiara Mahakam

Abstrak

Rupture perineum adalah luka jalan lahir yang dapat terjadi secara spontan karena perineum kaku, persalinan *presipitatus*, pimpinan persalinan yang salah, tidak terjalannya kerjasama yang baik dengan ibu selama proses persalinan, penggunaan perasat manual yang tidak tepat. Rupture perineum karena episiotomi memperluas jalan lahir karena bayi besar, prematur, kelainan letak serta persalinan dengan tindakan vakum / forcep.

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rupture perineum pada persalinan normal.

Penelitian ini bersifat *analitik deskriptif* dengan menggunakan desain *Retrospektif* atau pengumpulan data *sekunder*. Populasi penelitian adalah semua ibu yang dengan kejadian rupture perineum pada ibu bersalin pada tahun 2016. Analisis menggunakan uji statistik chi square.

Menunjukkan terdapat hubungan umur dengan kejadian rupture perineum pada ibu bersalin. Hasil penelitian menggunakan taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ dan $dk = 2$ (X tabel) untuk variabel usia, paritas dan BBL. Faktor umur didapati hasil nilai $X^2 = 160,302 > 5,99$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Faktor paritas didapati hasil $X^2 = 90,792 > 5,99$ dan BBL didapati hasil $X^2 = 173,613 > 5,99$.

Ada hubungan yang signifikan antara faktor umur paritas, dan BBL dengan kejadian rupture perineum pada persalinan normal.

Kata Kunci : Rupture Perineum, Ibu Bersalin

PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

Rupture perineum adalah luka jalan lahir yang dapat terjadi secara spontan karena perineum kaku, persalinan *presipitatus*, pimpinan persalinan yang salah, tidak terjalannya kerjasama yang baik dengan ibu selama proses persalinan, serta penggunaan perasat manual yang tidak tepat. Rupture

perineum karena tindakan *episiotomi* adalah rupture perineum karena dilakukan penggungtingan perineum untuk memperluas jalan lahir karena indikasi bayi besar, bayi *prematum*, bayi dengan kelainan letak, serta persalinan dengan *vakum/forcep* ⁽¹⁾.

Rupture perineum dapat dihindarkan atau di kurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat dan tindakan terkendali.

Sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlampaui kuat dan lama, karena akan mengakibatkan *asfiksia* dan perdarahan dalam tengkorak janin, serta melemahkan otot-otot dan *fasia* pada dasar panggul, karena diregangkan terlalu lama⁽²⁾.

Rupture perineum dapat terjadi hampir pada semua persalinan pertama, dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Rupture perineum pada dasarnya tidak membahayakan jika mendapatkan penanganan dan perawatan yang tepat dan baik. Sebaliknya ruptur perineum yang tidak mendapatkan penanganan dan perawatan yang tepat dan baik akan menyebabkan perdarahan yang hebat, *infeksi*, sehingga dapat menyebabkan kematian ibu (*postpartum*, 2009).

Perineum merupakan ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak di bawah dasar panggul (Hakimi, 2010). Perineum adalah daerah antara vulva dan tepi depan anus, batas-batas diafragma pelvis dan diafragma urogenitalis. Perineum meregang saat persalinan dan terkadang perlu di potong (episiotomi) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah ruptur (Yulaikhah, 2009).

Ruptur perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Yanti, 2009). Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan pertama berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlalu kuat dan lama (Sumarah, 2010). Menurut hakimi (2010), batas-batasnya adalah:

1. Superior :

dasar panggul yang terdiri dari M. Levator anidani M. Coccygeus

2. Lateral : tulang dan ligamenta yang membentuk pintu bawah panggul (exitus pelvis): yakni dari depan ke belakang angulus subpubicus, ramus ischiopubicus, tuber ischiadicum, lig. Sacrotuberosum.

3. Inferior : kulit dan fascia.

Anatomi Perineum

Daerah ini dibagi menjadi dua buah segitiga : trigonum urogenitale di sebelah depan dan trigonum anale di sebelah belakang. Keduanya dipisahkan oleh sekat melintang yang dibentuk oleh transversus perinei dan basis diafragma urogenitale (Hakimi, 2010).

Menurut Hakimi (2010), anatomi perineum adalah sebagai berikut;

Trigonum Urogenitale.

Trigonum urogenitale dibatasi oleh:

1. Depan : angulus subpubicus
2. Samping : ramus ischiopubicus dan tuber ischiadicum
3. Belakang : transversus perinei dan basis diafragma urogenitale.

Trigonum urogenitale mengandung:

1. Introitus vaginae
2. Bagian akhir urethra pars terminalis urethra
3. Crura ciitoridis dengan m. Ischiocavernosus Bulbus vestibuli (jaringan erektil) yang ditutupi oleh m. bulbocavernosus

 1. Gl. Bartholini dengan ductusnya
 2. Diafragma urogenitale
 3. Otot-otot yang membentuk titik pusat perineum (corpus perinae)
 4. Cavum perinae, supervicialis dan profundus
 5. Pembuluh-pembuluh darah, saraf dan limfe

a. Diaphragma urogenitale
Diaphragma urogenitale (lig. Triangulare) terletak padatrigonum anterior perineum. Sekat ini terdiri dari jaringan otot yang ditutupi oleh fascia.

a. Satu buah ototnya adalah m.transversus perinei profundus dan m.Spincter urethrae membranaceae

b. Fascia trigoni urogenitalis superior yang tipis dan lemah

c. Fascia trigoni urogenitalis interior berupa selaput jaringan ikat yang kuat. Fascia ini membentang dari tempat di dekat dan di bawah lig. Arcuatum pubis di tuber ischiadicum. Kedua fascia tersebut disebelah atas bersatu membentuk lig. Transversum perinei. Disebelah bawah kedua fascia ini bersatu dengan titik pusat perineum. V. dorsalis clitoridis subfascialis terletak pada celah sempit antara puncak diaphragma urogenitale dan lig. Arcuatum pubis. Diaphragma urogenitale dilewati oleh uretra, vagina, pembuluh-pembuluh darah, limfe dan saraf.

b. Fossa Perinei Superficialis
Fossa perinei superficialis adalah ruangan yang terletak diantara lapisan bawah diaphragma urogenitalis dan fascia colies.

a. M. Transversus perinei superfisialis

M. Transversus perinei superficialis merupakan bagian superficial otot-otot yang letaknya lebih dalam dan mempunyai origo disertai insertio yang sama. Otot-otot tersebut berada di luar diaphragma urogenitale. Kadang-kadang m.perinei trasversus superficialis ini sama sekali tidak ada.

b. M. ischiocavernosus

M. Ischiocavernosus menyelubungi crura clitoridis. Origonya masing-masing adalah ramus inferior osis pubis, dan otot-otot tersebut berinsertio pada permukaan lateral crus. Otot-otot ini menekan crura sehingga

menghalangi kembalinya darah venosa yang akan mengakibatkan ereksi clitoris.

c. M. Bulbocavernosus

M. Bulbocavernosus mengelilingi vagina. Bersama m.Spincterani extemus membentuk angka delapan yang mengelilingi vagina dan rectum. Otot tersebut juga disebut m. Bulbospongiosus. Origo-nya pada titik pusat perineum dan insertionya pada permukaan dosalcorpus clitoridis. Setelah melewati tepi orificium vaginae, otot ini mengelilingi bulbus vestibuli. M. Bulbocavernosus menekan jaringan erektil sekeliling orificium vaginae (bulbus vestibuli) dan membantu ereksi clitoris dengan menutup vena dorsalis. Otot tersebut bekerja sebagai sphincter vaginae yang lemah. Spincter vaginae yang sebenarnya adalah bagian m. Levatorani, yakni m. Pubovaginalis.

c. Fossa perinei profundus

Fossa perinei profundus terletak diantara dua lapisan fascia diaphragma urogenitale.

a. M. spincter urethrae membranaceae

M. spincter urethrae membranaceae terletak diantara lapisan-lapisan fascia diaphragma urogenitale. Otot tersebut juga disebut m. Compressor urethrae. Serabut-serabut otot polosnya mempunyai origo padarami inferior osis ischli et pubis. Otot-otot ini menjadi satu dengan m. transversus perinei profundi. Kerjanya adalah untuk mengeluarkan tetesan-tetesan terakhir urine. Serabut-serabut otot seran lintangnya mengelilingi urethra dan bekerja sebagai sphincter.

b. M. transversus perinei profundus

M. transversus perinei profundus terletak diantara lapisan-lapisan fascia diaphragma urogenitale. Otot-otot tersebut bercampur dengan m. Spincter urethrae membranae cae. Origo-nya adalah ramus ischio pubicus pada masing-masing sisi,

dan insertio-nya pada titik pusat perineum (corpus perinealis).

Trigonum Anale

Trigonum anale dibatasi:

1. Anterior : m.m. transversi perinei dan basis diaphragma urogenitaie
2. Lateral : tuber ischiadicum dan lig. Sacrotuberosum
3. Posterior : coccygis

Pada trigonum anale terdapat:

1. Bagian bawah canalis dan sphincter-sphincternya
2. Corpus anococcygealis
3. Fossa ischiorectalis
4. Pembuluh-pembuluh darah, limfe dan saraf M. Spincter ani externus M. Spincter ani externus mempunyai dua bagian:

a. Bagian superficial mengelilingi anus. Serabut-serabutnya adalah otot polos dan bekerja selama defekasi atau pada keadaan darurat. Origo-nya pada ujung coccygis dan corpus anococcygealis. /nserf/o-nya pada titik pusat perineum.

b. Bagian dalam berupa otot seran lintang yang mengelilingi bagian bawah canalis analis dan bekerja sebagai sphincter untuk anus. Bagian ini bercampur dengan m. Levator ani dan m . sphincter ani intemus. Pada keadaan inaktif serabut-serabugt lingkat disebelah dalam bersifat tonus, sehingga menutupi lubang anus.

b. Corpus anococcygealis

Corpus anococcygealis terdiri atas jaringan otot (levator ani dan sphincter ami extemus) dan jaringan ikat. Corpus ini terletak diantara ujung oscoccygis dan anus.

Corpus Perinealis

Titik pusat perineum atau corpus perinealis terletak diantara sudut belakang vagina disebelah depan dan anus disebelah belakang. Dalam obstetri, bagian inilah yang disebutperineum. Sering kali corpus perineaiis

terobek pada persalinan. Otot-otot berikut bersama-sama membentuk struktur ini:

1. M. Sphincter ani extemus
2. Dua buah m.m levatores ani
3. M. m. transversi perinei superficiales et profundi
4. M. Bulbocavemosus

Etiologi Ruptur Perineum

Menurut Hakimi (2010), penyebab terjadinya ruptur perineum adalah sebagai berikut:

Penyebab Maternal

1. Partus Presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong (sebab paling sering).
2. Pasien tidak mampu berhenti mengejan.
3. Partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan.
4. Edema dan kerapuhan pada perineum.
5. Vahkositas vulva yang melemahkan jaringanperineum.
6. Arcus

pubis sempit dengan PBP yang sempit pula sehingga menekan kepaia bayi ke arahposterior,

7. Perluasan episiotomi.

Faktor Faktor Janin

1. Bayi yang besar.
2. Posisi kepala yang abnormal- misalnya presentasi muka dan occopito posterior.
3. Kelahiran bokong.
4. Ekstraksi forceps yang sukar.
5. Distosia bahu.
6. Anomali kongenital, seperti hidrocephalus.

Kiasifikasi Rupture Perineum

Menurut Hakimi (2010), Rupture Perineu m dibedakan menjadi sebagai berikut:

Robekan Derajat I

Robekan derajat I meliputi mukosa vagina, fourchetedan kulit perineum tepat di bawahnya.

Robekan Derajat II

Robekan derajat II merupakan luka robekan yang lebih dalam. Acap kali musculus perineus transversus turut terobek dan robekan dapat turun tapi tidak mencapaisphincter recti. Biasanya robekan meiuas ke atas sepanjang mukosa vagina dan jaringan submukosa. Keadaan ini menimbulkan luka laserasi yang berbentuk segitiga ganda dengan dasar pada fourchette, salah satuapex pada vagina dan apex lainnya di dekat rectum.

Robekan Derajat III

Robekan derajat III meluas sampai corpus perineum, musculus transversus perineus dan sphincter recti. Pada robekan partialis derajat III, yang robek hanyaiahsphincter recti : pada robekan yang total, sphincter rectiterpotong dan laserasi meluas hingga dinding anterior rectum dengan jarak bervariasi. Sebagian penulis lebih senang menyebutkan keadaan ini sebagai Robekan Derajat IV.

Pencegahan Ruptur Perineum

Menurut JNPK (2011), laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan prasat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi berada pada diameter 5-6 cm tengah membuka vulva (crowning) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan

perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan.

Lindungi perineum dengan satu tangan (di bawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahab melewati introitus dan perineum. Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahabdan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

Penatalaksanaan Ruptur Perineum

Tujuan untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan hemostatis). Ingat bahwa setiap kali jarum masuk jaringan tubuh, jaringan akan terluka dan menjadi tempat potensial untuk timbulnya infeksi. Oleh sebab itu pada saat menjahit laserasi atau episotomi gunakan benang yang cukup panjang dan gunakan sesedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan hemostatis (JNPK, 2011).

Menurut Survei Demografi Kesehatan menguasai cara memimpin persalinan Indonesia (SDKI), Angka Kematian Ibu⁽⁷⁾ (Wiknjosastro, 2005). (AKI) di Indonesia berjumlah 228/100.000 Kejadian ruptur perineum pada Kelahiran Hidup.Penyebab langsung persalinan normal setiap tahun meningkat. kematian ibu adalah perdarahan, infeksi, Tahun 2010 terdapat 396 persalinan, ibu yang keracunan kehamilan, partus lama dan aborsi mengalami kejadian ruptur perineum 208 Perdarahan pos partum menjadi penyebab (52,5%), dengan presentasi ruptur spontan utama 40% kematian ibu di

Indonesia, dan 141(67,7%) ibu, dan episiotomi 67 (32,2%) ruptur perineum merupakan penyebab kedua ibu.

Tahun 2011 terdapat 404 persalinan, ibu setelah atonia uteri (4). yang mengalami kejadian ruptur perineum Data Angka Kematian Ibu (AKI) di 236 (58,4%), dengan presentasi ruptur Provinsi Sulawesi Utara tahun 2011 terdapat spontan 164 (69,4%) ibu, dan episiotomi 72 71 kasus kematian Ibu, dengan presentasi (30,5%) ibu. Tahun 2012 terdapat 510 penyebab langsung kematian Ibu adalah persalinan, ibu yang mengalami kejadian Perdarahan 29 Ibu (40%), Eklamsi 15 ibu ruptur perineum 375 (73,5%) dengan (21%), Infeksi 6 ibu (8%), Abortus 1 ibu(2%), presentasi ruptur spontan 291 (77,6%) ibu, dan lain- lain 20 ibu(28%) (Profil DinKes dan episiotomi 84 (22,4 %) ibu. Kaltim).

Di Kota Samarinda, jumlah menurut data yang di ambil dari buku kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 4 register laporan persalinan, serta penjelasan kasus, dengan presentase perdarahan 3 orang, dari bidan - bidan yang bertugas di ruangan Eklamsi 1 orang (5) (Profil DinKes Samarinda, bersalin RSUD AW. Syahrani 2016). Data di RSUD AW. Syahrani kota Samarinda, terlihat dengan jelas kejadian 2016, jumlah kematian ibu sebanyak 2 kasus, ruptur perineum pada persalinan normal dengan presentasi perdarahan 1 orang, berkaitan dengan usia ibu, paritas, berat Eklamsi 1 orang. badan lahir, lamanya proses persalinan, serta Ruptur perineum dapat dihindari atau faktor penolong persalinan. dicegah dengan berbagai upaya pendekatan, Tujuan Penelitian adalah Mengetahui penyuluhan, bahkan anjuran kepada pasangan faktor – faktor yang berhubungan dengan usia subur (PUS),

sebelum hamil, selama kejadian ruptur perineum pada persalinan dalam masa kehamilan, serta dalam normal.

Menghadapi proses persalinan. Untuk metode menghindari atau meminimalkan kejadian ruptur perineum, pasangan usia subur (PUS). Penelitian ini bersifat analitik deskriptif di harapkan untuk tidak hamil pada usia < 20 dengan desain penelitian Retrospektif. tahun dan > 35 tahun. Jika hamil di anjurkan. Dilaksanakan di RSUD AW. Syahrani untuk rutin memeriksa kehamilannya, Pada bulan makan makanan bergizi sesuai kebutuhan ibu Maret 2016 – Juni 2016. Variabel Penelitian hamil, melakukan senam hamil sesuai dengan terdiri dari Variabel bebas (independen) usia kehamilan (6) (Anggriana, 2010).

Adalah usia, paritas dan berat badan lahir, Persalinan harus di tolong oleh seorang yang Variabel terikat (dependen) adalah ruptur mampu dan berwenang dalam memberikan perineum. Populasi dalam penelitian ini manajemen asuhan kebidanan serta semua ibu yang mengalami kejadian ruptur perineum pada persalinan normal pada tahun dokumentasi (Data Sekunder) Analisis Data 2016 di RSUD AW. Syahrani Samarinda menggunakan uji statistik Non parametrik Kabupaten Minahasa, sebanyak 375 ibu yang yaitu chi square. menjadi subjek penelitian.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 : Hubungan umur, paritas, dan berat badan dengan ruptur perineum

Variabel	Rupture perineum		jmlh	%	x ²
	Spontan	Perineum	(n= 375)		

Umur :					
< 20 tahun	27	34	72	71,2	160,302
20-35 tahun	233	45	267	19,2	
> 35 tahun	31	5	36	9,6	
Paritas :					
Primipara	122	56	178	47,47	90,792
Multipara	150	15	165	44	
Grande	29	3	32	8,53	
Berat badan bayi :					
1500-2499 gr	9	11	20	5,3	173,613
2500-4000 gr	274	59	333	88,8	
> 4000 gr	11	11	22	5,8	

Berdasarkan hasil analisis uji Chi-square Karakteristik responden menurut pada tabel 1 diperoleh. ada hubungan yang paritas menunjukkan terbanyak pada signifikan antara umur dengan kejadian primipara berjumlah 178 multipara ruptur perineum pada persalinan normal. Berjumlah 165 dan grandemultipara Dibukti dengan nilai $X^2 = 160,302 > X_{tabel} =$ berjumlah 32. Terbanyak ruptur spontan 5,99, ada hubungan yang signifikan antara 122 dan episiotomy 56 pada primipara, paritas dengan kejadian ruptur perineum pada multipara ruptur spontan 150 dan persalinan normal, yang dibuktikan dengan episiotomy 15 dan paling sedikit nilai $X^2 = 90,792 > X_{tabel} = 5,99$, ada grandemulti ruptur spontan dan hubungan yang signifikan antara Berat badan episiotomy 3. bayi dengan kejadian ruptur perineum pada Primipara berpeluang lebih besar persalinan normal, yang dibuktikan dengan terjadi ruptur perineum dibandingkan, nilai $X^2 = 173,613 > X_{tabel} = 5,99$.

PEMBAHASAN

Dengan teori yang mengatakan bahwa pada saat persalinan oleh karena keadaan perineum Karakteristik Responde. Menurut

yang masih utuh, vulva tertutup, hymen Golongan Umur Karakteristik responden perforates dan vagina masih sempit dan menurut golongan umur menunjukkan adanya rugae pada primigravida akan sebagian besar pada umur 20 – 35 tahun ada mengalami tekanan pada jalan lahir lunak 266 responden (71%) dan golongan umur kepala janin, dengan keadaan perineum 20 tahun 73 responden (19%) dan > 35 yang masih utuh pada primigravida akan tahun ada 36 responden (10%). Golongan mudah terjadi ruptur perineum. Multipara umur 20 – 35 tahun terbanyak ruptur berpeluang terbanyak mengalami kejadian spontan 27 dan paling sedikit episiotomy ruptur perineum spontan dibandingkan berjumlah 45. Golongan umur < 20 tahun primipara, sehubungan dengan tidak lagi terbanyak ruptur spontan berjumlah 233 dan dilakukan episiotomi, kesalahan penanganan paling sedikit episiotomy 34 dan > 35 tahun ruptur perineum pada persalinan sebelumnya, terbanyak ruptur spontan berjumlah 31 dan serta kurangnya ketrampilan penolong dalam paling sedikit episiotomy 5

Hasil yang menyokong perineum khususnya para diperoleh pada penelitian ini usi a < 20 tahun mahasiswa praktek. Berpeluang lebih besar terjadi ruptur. Karakteristik res ponden menurut BBL perineum dibandingkan dengan usia 20-35 pada BBL 1500–2499gr berjumlah 20 tahun dan usia > 35 tahun kurang (5.33%), BBL 2500–4000gr berjumlah 333 berpeluang /lebih kecil terjadi ruptur (88.8%) dan BBL > 4000g berjumlah 22 perineum. Hasil penelitian ini tentunya (5.87%). BBL 2500 –4000 gr terbanyak sesuai dengan teori yang menga takan bahwa ruptur spontan yaitu 274 ibu dan episiotomy ibu hamil dengan usia muda merupakan risiko 59 ibu, dan paling sedikit pada BBL 1500 tinggi yang dapat mengancam

keselamatan 2499 gr rupture spontan 9 dan episiotomy 11. ibu oleh karena fungsi organ reproduksi.

Hasil ini menunjukkan bahwa rupture belum sempurna. Usia < 20 tahun dan >35 perineum lebih banyak pada BBL 2500 dapat menimbulkan komplikasi dalam 4000gr disebabkan karena BBL besar kehamilan dan kesulitan saat persalinan (8) berpeluang lebih besar terjadi ruptur perineum pada persalinan normal, dimana menurut Mauaba (2008) bahwa kepala dan episiotomi. Hasil ini menunjukkan kejadian berat janin yang besar merupakan bagian rupture perineum sebagian besar pada kategori terpenting dalam persalinan karena keduanya rupture yang tidak berisiko oleh karena teknik dapat menyebabkan terjadinya ruptur penyokongan perineum (stenen) yang baik perineum. Berdasarkan teori yang ada, yaitu dengan mengerutkan perineum saat robekan perineum terjadi pada kelahiran. Kepala bayi sudah didasar panggul dengan BBL yang besar.(8) disesuaikan dengan kekuatan mendedan ibu.

Karakteristik responden menurut yang terkontrol terbukti dapat meminimalkan kejadian rupture yaitu ruptur spontan ada. Kejadian rupture peineum baik pada 291 responden (77,6%) dan episiotomy ada primigravida, multigravida dan 84 responden (22,4%). Hal ini menunjukkan grandemultigravida. Hasil ini sama dengan bahwa kejadian rupture terbanyak adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh rupture spontan 291 responden.

Ardiani,(2011) bahwa paritas atau jumlah disebabkan karena faktor usia ibu < 20 tahun, anak berhubungan dengan tingkat kejadian multipara berat badan lahir besar. rupture perineum.(11). Penelitian ini

menunjukkan kejadian. Ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian rupture perineum pada rupture perineum lebih banyak pada kelompok persalinan normal. Perolehan data dalam usia berisiko < 20 tahun dibandingkan penelitian ini menunjukkan kejadian rupture dengan kelompok usia tidak berisiko perineum terbanyak pa da BBL 2500 - 4000g 35 tahun dan > 35 tahun). Hal ini disebabkan yaitu 333 responden (8 8,8%) dibandingkan karena pada usia < 20 tahun keadaan dengan BBL > 4000g yaitu 22 responden dan perineum yang masih utuh, vulva tertutup, paling sedikit pada BBL 1500 – 2499g yaitu hymen perforates dan vagina masih sempit 20 responden.

Hasil penelitian ini dan adanya rugae pada primigravida akan menunjukkan bahwa semakin besar BBL mengalami tekanan pada jalan lahir lunak semakin meningkatkan risiko terjadinya oleh kepala janin, dengan keadaan perineum rupture perineum. Jaringan otot disekitar dasar yang masih utuh pada primigravida akan panggul dan jalan lahir memiliki elastisitas mudah terjadi rupture perineum(9). Hasil ini yang berbeda-beda pada setiap responden sama dengan penelitian yang dilakukan oleh termasuk jaringan kulit disekitar perineum.

Sri Purwati,(2011) bahwa faktor umur ibu akan menambah tingkat berhubungan dengan kejadian rupture elastisitasnya pada saat persalinan untuk perineum sehubungan dengan tingkat menyesuaikan dengan besarnya bayi yang keelastisitas perineum ibu.(10) akan lahir. Semakin meningkat pula Terdapat hubungan yang signifikan elastisitasnya bila bayi yang dilahirkan antara paritas dengan kejadian rupture berukuran besar akibatnya kulit perineum perineum pada persalinan normal.

Penelitian menjadi sangat teregang dan tipis sehingga ini lebih banyak pada multigravida ruptur sangat rawan terjadi ruptur perineum apalagi spontan yaitu 150 ibu (40%) dan episiotomi jika kelahiran bayi besar ini terjadi pada 56 ibu (14,9%), dibanding primigravida yaitu perineum yang masih utuh dan kaku juga 122 ibu (32,5%) episiotomy 15 ibu (4%), dan maka perineum akan sulit menahan regangan yang paling sedikit grande multi 29 ibu besarnya janin sehingga bayi dengan berat (7,73%) ruptur spontan dan 3 ibu (0,8%) badan besar (makrosomia) meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum. Hasil ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sekartini (2009) bahwa berat badan bayi yang besar berhubungan dengan besarnya janin yang dapat mengakibatkan perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan BBL yang besar sehingga sering menyebabkan ruptur perineum.(12)

SIMPULAN

Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan normal terbanyak pada golongan umur 20– 35 tahun BBL sebagian besar 2500–4000 gram pada paritas dengan primipara. Persalinan normal yang mengalami ruptur spontan lebih banyak dari episiotomy. Terdapat hubungan yang signifikan antara usia, dan berat badan dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan normal.

SARAN

Bagi RSUD AW. Syahrani Samarinda dapat meningkatkan kualitas kesehatan khususnya dibidang obstetri gynekologi, dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam hal ini

para bidan, agar dapat menangani persalinan sesuai APN, dengan tepat dan benar untuk mengantisipasi terjadinya ruptur perineum.

Bagi Institusi Pendidikan dapat meningkatkan kualitas ketrampilan lulusan secara profesional dalam memberikan manajemen asuhan kebidanan khususnya dalam menangani proses persalinan yang berkaitan dengan kejadian ruptur perineum.

Untuk ibu hamil dapat mempersiapkan kesehatan fisik dan mental sebelum hamil, selama hamil, serta dalam proses persalinan dengan mengikuti semua anjuran dari bidan tentang kehamilan dan proses persalinan yang terkait dengan kejadian ruptur perineum.

DAFTAR PUSTAKA

Sukrisno. Asuhan Kebidanan I V. Jakarta: Trans Info Media; (2010).

Sofian A. Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC; (2011).

Prawirohardjo. S. Pelayanan Kesehatan maternal dan Neonatal. Jakarta YBP-SP; (2009).

Ratna. Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika; (2011).

Dinas Kesehatan. Kabupaten Minahasa. Profil Kesehatan Kabupaten Minahasa (2012).

Anggriyana. Senam Kesehatan . Yogyakarta Muha Medical; (2010).

Wiknjosastro. Buku Acuan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif. Jakarta: YBP-SP; (2005).

Manuaba. Ilmu Kebidanan, Kandungan dan KB. Jakarta EGC; (2008).

Mochtar R. Sinopsis Obstetry Jilid I. Jakarta: EGC; (1998).

Sri Purwati. Hubungan Umu r,Paritas dan Lingkar Kepala Terhadap Kejadian Rupture Perieum (Skripsi). Banjernegara (2011).

Ardiani P. Hubungan Paritas dengan Kejadian Rupture Perineum [Skripsi]. Banjarmasin (2011).

Sekartini R. Hubungan Berat Badan lahir dengan Rupture Perineum Pri migravida di PuskesmasMarngasan. (2009).