BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Kerangka Teoritis

1. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses mengeluarkan konsepsi dari dalam uterus ke dunia luar yang dapat hidup. Persalinan normal adalah janin dikeluarkan selama proses persalinan normal, yang terjadi secara spontan pada usia kehamilan aterm (37–42 minggu) dan berlangsung selama 18 jam tanpa menimbulkan masalah bagi ibu atau janin (Prawirohardjo, 2018).

b. Sebab- sebab mulainya persalinan

1) Penurunan Kadar Progesteron

Otot-otot rahim rileks akibat progesteron. Di sisi lain, estrogen membuat otot-otot rahim lebih sensitif. Kadar progesteron dan estrogen dalam darah seimbang selama kehamilan. Namun, kadar progesteron menurun menjelang akhir kehamilan atau satu hingga dua minggu sebelum persalinan, yang menyebabkan kontraksi.

2) Teori Oxytocin

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3) Peregangan Otot-Otot

4) Pengaruh Janin

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

5) Teori Prostaglandin

Tingkat prostaglandin terus meningkat dari minggu kelima belas kehamilan hingga saat persalinan. Produk konsepsi dapat dikeluarkan jika prostaglandin diberikan selama kehamilan karena dapat menyebabkan kontraksi otot rahim. Diperkirakan bahwa prostaglandin dapat berperan dalam permulaan persalinan (Pohan, 2022).

c. Tahap Persalinan

1) Kala I

Tahap ini, yang juga disebut sebagai tahap dilatasi serviks, didefinisikan sebagai permulaan sejati persalinan, ditandai dengan perubahan serviks yang cepat dan dilatasi serviks yang lengkap (10 cm). Tahap awal persalinan berlangsung selama sekitar 12 jam untuk primigravida dan 8 jam untuk multigravida (Pohan, 2022). Laju dilatasi untuk primigravida ditentukan sebesar 1 cm per jam berdasarkan kurva Friedman, sedangkan laju dilatasi untuk multigravida adalah 2 cm per jam.

a) Fase laten

dimulai pada puncak kontraksi reguler dan berlanjut hingga dilatasi mencapai 3 cm. Kontraksi berlangsung selama 15–20 detik dan terjadi setiap 10–20 menit.

b) Fase aktif dibagi kedalam 3 fase:

(1) Akselerasi: pembukaan menjadi 4 cm dalam dua jam

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

(2) Dilatasi maksimal/kemajuan maksimal: Selama dua jam, bukaan dengan cepat meningkat dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Deselerasi berlangsung lambat, diperlukan waktu dua jam dari dilatasi 9 hingga 10 cm atau hingga proses selesai agar perlambatan terjadi. (Pohan, 2022).

2) Kala II

Proses ini dimulai ketika serviks sepenuhnya terbuka dan berakhir saat bayi dilahirkan. Bagi ibu yang melahirkan untuk pertama kalinya, tahap kedua persalinan berlangsung selama 50 menit, sedangkan bagi wanita yang telah melahirkan sebelumnya, tahap ini berlangsung selama 30 menit. Berikut adalah tanda-tanda utama dari tahap kedua persalinan:

a) His yang teratur, kuat, dan cepat (2-3 menit sekali)
b) Kepala janin berada di dasar panggul
c) Keinginan untuk BAB
d) Anus yang terbuka
e) Vulva yang terbuka
f) Perineun menunja
g) PD pembukaan (Pohan, 2022).

3) Kala III

Proses ini dimulai tepat setelah bayi dilahirkan dan berlanjut hingga plasenta dikeluarkan, yang hanya berlangsung selama 30 menit. Tanda-tanda keluarnya plasenta adalah sebagai berikut:

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a) Semburan darah
b) Pemanjangan tali pusat
c) Ketika rahim berubah dari bentuk diskoid menjadi bentuk bulat (globular).
d) Uterus telah berpindah, naik lebih tinggi di dalam perut. (Pohan, 2022).

4) Kala IV

Sejak saat kelahiran plasenta hingga dua jam pertama setelah melahirkan, kesehatan ibu harus dipantau, terutama berkaitan dengan perdarahan pasca melahirkan (Pohan, 2022). Pemantauan selama kala IV menurut (Saifuddin, 2018), adalah :

a) Pada jam pertama, periksa fundus setiap 15 menit, pada jam kedua, periksa setiap 30 menit.
b) Setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit untuk yang kedua, periksa tekanan darah, detak jantung, kandung kemih, dan pendarahan.
c) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan minum demi mencegah terjadianya dehidrasi
d) Kenakan pakaian bersih dan kering serta bersihkan perineum ibu.
e) Untuk memperkuat hubungan antara ibu dan anak, bantu ibu untuk berada dalam posisi yang nyaman dan berikan bayi kepadanya untuk inisiasi menyusui dini (IMD).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

f) Dalam waktu tiga jam setelah melahirkan, konfirmasikan bahwa ibu telah berkemih.

g) Tunjukkan kepada ibu dan anggota keluarga bagaimana cara memijat fundus bayi dan bagaimana cara mengenali tanda-tanda peringatan baik untuk ibu maupun anak (Saifuddin, 2018)

Evaluasi tentang luka robek vagina dan perineum serta perdarahan. Tentukan tingkat keparahan ruptur perineum. Kurniarum, (2016) menyatakan bahwa kategori berikut berlaku untuk derajat rupture perineum:

a) Derajat I : Kulit perineum, fourchette posterior, dan mukosa vagina semuanya termasuk dalam area ini. Penjahitan tidak diperlukan pada tahap ini kecuali jika terdapat perdarahan.

b) Derajat II : yang mencakup kulit perineum, otot perineum, fourchette posterior, dan mukosa vagina. Penjahitan pada tingkat II dilakukan dengan Teknik jelujur.

c) Derajat III: termasuk otot-otot sfingter ani eksternal, forchette posterior, kulit perineum, dan mukosa vaginal.

d) Derajat IV: Dinding rektum anterior ditambahkan ke dalam kategori grade III. Rujukan harus dilakukan segera pada grade III dan IV karena jenis robekan ini memerlukan metode dan proses khusus.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

d. Tanda-tanda Persalinan

Tanda Persalinan Sudah Dekat menurut (Mintaningtyas et al., 2023) yaitu

1) Tanda-tanda bahwa Persalinan Sudah Dekat

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36 sebelum persalinan pada primigravida, ibu merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa rasa sakit di bagian bawah tubuh membuat berjalan sedikit lebih sulit dan sering mengganggunya..

b) Pollakisuria

Menurut hasil pemeriksaan, kepala janin sudah terlibat di dalam pintu panggul pada akhir bulan kesembilan, fundus uteri berada lebih rendah dari seharusnya, dan ditemukan epigastrium yang kendur. Pollakisuria adalah istilah untuk kondisi ini, yang memberikan tekanan pada kandung kemih dan mendorong ibu untuk berkemih dengan frekuensi yang tinggi.

c) False labor

Kontraksi awal, yang pada dasarnya merupakan intensifikasi dari kontraksi Braxton Hicks, sering kali diamati selama tiga atau empat minggu sebelum kelahiran.

Sifat his permulaan adalah:

(1) Nyeri perut bagian bawah yang terbatas pada area tersebut.

(2) Tidak teratur

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

(3) Memiliki durasi yang singkat, tidak semakin kuat seiring waktu, dan seringkali menjadi lebih lemah ketika sedang berjalan.

(4) Pembukaan dan perataan serviks tidak terpengaruh.

d) Perubahan serviks

Hasil pemeriksaan serviks pada akhir bulan kesembilan menunjukkan bahwa serviks yang sebelumnya tertutup telah menjadi lebih panjang dan kurang sensitif. Namun, kondisinya telah melunak. Beberapa telah menunjukkan penipisan dan dilatasi. Setiap ibu mengalami perubahan ini dengan cara yang berbeda. Misalnya, sebagian besar primipara tetap dalam keadaan tertutup.

e) Energi spurt

Sekitar 24 hingga 28 jam sebelum awal persalinan, beberapa ibu akan merasakan peningkatan energi.

f) Gastrointestinal upsets

Konsekuensi dari penurunan hormonal pada saluran pencernaan dapat menyebabkan gejala seperti mual, muntah, sembelit, dan diare pada beberapa ibu.

2) Tanda Awal Persalinan

a) Munculnya his persalinan

(1) Nyeri meluas dalam lingkaran dari belakang ke depan perut.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

(2) Interval semakin pendek

(3) His bertambah kuat Ketika dibawa berjalan

(4) Adanya kemajuan penipisan dan pembukaan serviks

b) Bloody show

Bloody show merupakan lendir disertai darah dari jalan lahir dengan pendataran dan pembukaan, keluar lender bercampur sedikit darah dari canalis cervicalis.

c) Premature rupture of membrane

Premature rupture of membrane adalah keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir secara dini.

3) Tanda-tanda pada Kala I

a) Ibu tidak terlalu terganggu oleh kontraksi ringan, yang terjadi setiap sepuluh hingga lima belas menit dan tidak menghalanginya untuk berjalan.

b) Kontraksi menjadi lebih kuat seiring waktu, dengan durasi yang lebih lama, kontraksi yang lebih kuat, dan interval yang lebih pendek.

c) Volume keluaran darah yang bercampur meningkat.

d) Dibutuhkan waktu 12 jam untuk primipara dan 8 jam untuk multipara..

4) Tanda-tanda pada Kala II

a) a) Setiap dua hingga tiga menit, kontraksi semakin kuat selama 50 hingga 100 detik.

b) Pada titik ini, cairan amniotik biasanya pecah, melepaskan sejumlah besar cairan kekuningan. Pasien mulai memberikan tekanan.

c) Ketika kepala mencapai dasar panggul, vulva terbuka, perineum menggelembung, dan rektum menjadi terlihat, tahap kedua selesai.

d) Sebagian kecil dari kepala terlihat di vulva saat kontraksi puncak, dan menghilang setelah kontraksi berakhir, terus berlangsung hingga terlihat lebih besar.

e) Mulut, dahi, dan fontanel besar muncul di komisure posterior selama kontraksi berikutnya dengan ekstensi.

f) Saat ini, perineum biasanya robek di tepi anterior pada wanita primipara karena tidak dapat mentolerir peregangan yang intens.

g) Rotasi aksial eksternal terjadi setelah persalinan, yang mendorong kepala melintasi vulva dan menekan leher. Saluran persalinan mengompresi dada, menyebabkan cairan dan lendir keluar dari lubang hidung sang anak.

h) Kontraksi berikutnya menghasilkan lahirnya bahu posterior, bahu anterior, dan kemudian seluruh tubuh anak dengan fleksi lateral sejalan dengan sumbu saluran persalinan.

i) Sisa cairan amnion yang tidak keluar saat membran pecah sering kali keluar setelah bayi dilahirkan, mungkin dengan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

darah.

j) Untuk primipara dan multipara, tahap kedua persalinan berlangsung sekitar 50 dan 20 menit, masing-masing.

5) Tanda-tanda pada Kala III

Kala III persalinan adalah kelanjutan dari fase-fase lainnya dan berlangsung dari kelahiran bayi hingga plasenta dikeluarkan. Kala tiga biasanya berlangsung antara 5-15 menit. Asuhan untuk ibu harus diberikan berdasarkan pemahaman proses fisiologis. Dalam asuhan persalinan normal, sesaat setelah bayi lahir dilakukan manajemen aktif kala tiga. Hal pertama yang dilakukan yaitu memeriksa adanya janin kedua.

Evaluasi ada tidaknya janin kedua dilakukan dengan palpasi uterus, jika ada janin selanjutnya akan teraba bagian janin, serta tinggi fundus uteri lebih tinggi dari pusar. Jika tidak ada janin kedua, biasanya uterus teraba diskoid setinggi pusat.

Setelah diyakini tidak terdapat janin, lakukan manajemen aktif kala tiga, dilakukan injeksi oksitosin 10 IU secara intramuskular, untuk menimbulkan kontraksi uterus sehingga mempercepat lahirnya plasenta dan meminimalkan terjadinya perdarahan. Selanjutnya dilakukan inisiasi menyusui dini atau IMD jika tidak ada kontraindikasi, dilanjutkan tindakan peregangan tali pusat terkendali (PTT), dan proses pengeluaran plasenta dilanjutkan masase uterus.

e. Faktor-faktor yang memengaruhi persalinan

Menurut (Mintaningtyas et al., 2023) persalinan di pengaruhi oleh beberapa factor yaitu:

1) Jalan Lahir (*passage*)

Tulang pelvic dan persendiannya, atau artikulasi, membentuk bagian keras dari jalur persalinan. Bagian lunak terdiri dari ligamen, otot, dan jaringan.

a) Tulangan panggul (kerangka panggul) membentuk bagian yang keras. Bagian yang menantang ini dijelaskan sebagai berikut:

(1) Tulang panggul

(a) Os coxae: os ilium, os ischium,os pubis

(b) Os sacrum: promontorium

(c) Os coccyangis

(2) Artikulasi

(a) Artikulasi simfisis pubis, yang terletak di depan persambungan tulang pubis.

(b) Sendi antara tulang sakrum dan ilium, yang dikenal sebagai artikulasi sakroiliaka.

(c) Sakrum dan koksium dihubungkan oleh artikulasi sakrokoksigeal.

(3) Ruang panggul

(a) Panggul kecil (pelvis minor) terletak di bawah garis

terminal, sementara panggul besar (pelvis mayor) terletak di atasnya.

(b) Pintu atas panggul (inlet) dan pintu bawah panggul (outlet) membatasi pelvis minor (true pelvis).

(4) Pintu panggul

(a) Garis terminalis (Linea Inominata) membentuk batas dari Inlet Pelvis Atas (PAP).

(b) Midlet, yang juga dikenal sebagai Ruang Tengah Panggul (RTP), terletak di dekat spina ischiadika.

(c) Pintu bawah panggul yang juga dikenal sebagai outlet, dibatasi simfisis dan arkus pubis.

(d) Antara inlet dan outlet adalah ruang panggul yang sesungguhnya.

(5) Sejauh mana bagian bawah janin turun ke dalam panggul diukur dengan bidang Hodge.

(a) Bidang Hodge I adalah jarak antara tepi atas simfisis dan promontorium. Bidang ini sejajar dengan Bidang Pelvis Anterior (PAP), yang terdiri dari simfisis pubis, promontorium, linea innominata kiri, linea innominata kanan, dan promontorium itu sendiri.

(b) Bidang Hodge II adalah sebuah bidang yang melintasi tepi bawah simfisis dan sejajar dengan PAP.

(c) Bidang Hodge III adalah bidang yang melintasi spina

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

iskiadium dan sejajar dengan PAP.

(d) Bidang Hodge IV melewati ujung koksigis dan sejajar dengan PAP.

b) Ligamen, jaringan, dan otot membentuk komponen lunak. Kanal serviks, vagina, dan jalan lahir lunak adalah segmen bawah rahim (SBR) yang terlibat dalam proses melahirkan. Selain itu, ligamen, otot, dan jaringan terkait yang mendukung organ urogenital adalah penting selama proses melahirkan. Ada dua jenis bagian lembut, atau otot dasar panggul:

(1) Musculus levator ani

(a) Musculus ilio coccyangeus

(b) Musculus pubo coccyangeus

(c) Musculus pubo vaginalis

(d) Musculus pubo rectalic

(e) Musculus pubo coccyangeus propius

(2) Musculus ischoi coccyangeus

2) Power (Kekuatan Ibu)

Kekuatan adalah apa yang mendorong janin maju. Selama proses persalinan, ini adalah kekuatan yang menggerakkan janin menurut (Fitriana & Nurwiandani, 2018), ialah :

a) HIS (Kontraksi Uterus)

Ini adalah kontraksi rahim yang disebabkan oleh otot polos rahim yang berfungsi dengan sempurna dan simetris. Kontraksi

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

ini ditandai dengan fondus yang dominan, kontraksi yang simetris, dan relaksasi.

b) Tenaga Mengejan

Meskipun kekuatan ini jauh lebih besar, kekuatan ini dapat dibandingkan dengan kekuatan yang kita gunakan saat buang air besar.

3) Passenger

a) Janin

Ukuran kepala janin adalah topik utama diskusi ketika membahas janin sebagai passenger karena merupakan ciri terbesar dan paling menantang dari janin untuk dilahirkan.

b) Plasenta dan Tali Pusat

c) Air Ketuban

f. Mekanisme Persalinan

Menurut(Rohani & Dkk, 2015), gerakan dari mekanisme persalinan adalah seperti dibawah ini:

1) Penurunan Kepala

Penurunan kepala terjadi pada kala I dan kala II persalinan.

2) Fleksi

Kepala bayi berada dalam posisi fleksi ringan saat awal persalinan.

3) Rotasi Internal

Proses memutar bagian depan sehingga bagian terendah dari

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

bagian depan janin berputar ke bawah sampai ke simfisis dikenal sebagai rotasi internal.

4) Ekstensi

Kepala janin memanjang sampai mencapai dasar panggul dan fontanel posterior berada di bawah simfisis.

5) Rotasi Eksternal

Untuk menghilangkan torsion pada leher yang disebabkan oleh rotasi internal, kepala yang sudah lahir kemudian mengalami restitusi, di mana kepala berputar kembali ke arah tulang belakang anak.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

g. Patograf

Sebuah alat untuk memantau perkembangan tahap pertama persalinan dan memberikan data untuk pengambilan keputusan klinis adalah partograf. Menurut (Mutmainnah et al., 2017), menyatakan bahwa tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk:

1) Mendokumentasikan temuan dari pengamatan dan perkembangan persalinan dengan mengukur dilatasi serviks melalui pemeriksaan internal.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2) Menilai apakah proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya untuk mengidentifikasi kemungkinan persalinan yang berkepanjangan sejak dini.
3) Informasi tambahan terkait pemantauan kesehatan ibu dan bayi, grafik kemajuan persalinan, pemberian obat, pengujian laboratorium, pengambilan keputusan klinis dan perawatan, atau tindakan yang diambil harus didokumentasikan secara teliti dalam catatan medis ibu yang menjalani persalinan dan bayi baru lahir.

Ketika persalinan berlangsung lebih lama, partograf memberikan peringatan kepada tenaga medis mengenai kemungkinan bahaya bagi ibu dan janin serta menyarankan agar ibu mungkin perlu dirujuk. Partograf dapat dilengkapi dengan cara berikut.

1) Halaman Depan Partograf

Halaman depan partograf menunjukkan bahwa pengamatan dimulai selama fase aktif persalinan dan mencakup baris dan kolom untuk mendokumentasikan temuan hasil pemeriksaan yang dilakukan selama waktu ini, seperti:

a) Nama, usia, Gravida, Para, Abortus (keguguran), nomor rekam medis, nomor Puskesmas, dan detail lainnya tentang ibu. Waktu dan tanggal dimulainya perawatan. Teknik pengisian adalah dengan mengisi secara teliti bagian atas partograf pada awal perawatan persalinan, dengan

mempertimbangkan kemungkinan bahwa ibu akan tiba selama fase laten persalinan.

b) Saat pecahnya membrane ketuban.

c) Keadaan janin.

(1) Detak jantung janin atau DJJ di bagian kotak DJJ, setiap kotak menunjukkan interval waktu 30 menit. Tandai titik pada garis yang sesuai dengan angka DJJ untuk merekam DJJ.

(2) Warna dan keberadaan cairan amniotik. Gunakan simbol dan catat hasil di bawah kolom DJJ.

(a) U: kantung ketuban masih utuh (belum pecah).

(b) J: kantung ketuban sudah pecah, dan cairan ketubannya jernih

(c) M: kantung ketuban sudah pecah dan tercampur dengan mekonium.

(d) D: darah sudah tercampur dengan kantung ketuban yang pecah.

(e) K: ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering).

(3) Penyusupan kepala janin (molase). Gunakan simbol tersebut dan catat hasilnya seperti yang ditunjukkan di bawah kolom cairan ketuban.

(a) 0: Mudah untuk merasakan sutura dan tulang kepala

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

janin terpisah.

(b) 1: Saling bersentuhan antara tulang kepala janin.

(c) 2: Meskipun tumpang tindih, tulang kepala janin masih bisa dipisahkan.

(d) Tidak mungkin untuk memisahkan tulang kepala janin yang tumpang tindih.

d) Kemajuan persalinan

(1) Dilatasi serviks. Setiap empat jam, catat dilatasi serviks. Tandai sebuah "x" di garis waktu yang sesuai dengan kolom dilatasi serviks pada partograf untuk menunjukkan bahwa ibu berada dalam fase aktif persalinan.

(2) Bagian janin yang mempresentasikan menurun. Seiring kemajuan dilatasi serviks, bagian janin yang mempresentasikan akan turun. Letakkan sebuah "o" di samping angka yang mewakili penurunan.

(3) Garis tindakan dan garis waspada

e) Waktu dan jam

(1) Waktu mulai fase persalinan aktif

(2) Waktu sebenarnya dari penilaian atau pemeriksaan

f) Kontraksi pada uterus

Selama fase aktif persalinan, catat jumlah kontraksi dalam sepuluh menit dan durasi setiap kontraksi dalam detik setiap setengah jam.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

g) Cairan dan obat-obatan yang diberikan

(1) Oksitosin

(2) Obat tambahan dan cairan intravena

h) Keadaan Ibu

(1) Suhu tubuh, tekanan darah, dan detak jantung Setiap 30 menit, tandai detak jantung ibu dengan (.), ambil suhu tubuhnya dan catat dalam kotak yang sesuai setiap dua jam, dan tandai tekanan darahnya setiap empat jam dengan panah di partograf pada kolom waktu yang relevan: ↕

(2) Urin (asetona, protein, atau volume). Setidaknya setiap dua jam, ukur dan dokumentasikan produksi urin ibu.

i) Pemantauan, pengawasan, dan penilaian klinis tambahan

2) Partograf bagian lembar belakang

Setelah seluruh proses pengiriman selesai, lembar belakang untuk partograf ini harus dilengkapi. Data dasar, kala I, kala II, kala III, informasi bayi, dan kala IV dari catatan persalinan harus disesuaikan dengan perawatan kebidanan yang telah diberikan (Saifuddin, 2018).

2. Ruptur Perineum

a. Pengertian Ruptur Perineum

Robekan yang terjadi selama persalinan, apakah itu terjadi secara alami atau dengan penggunaan alat atau prosedur, dikenal

sebagai robekan perineum. Hampir semua primipara mengalami robekan. Pada dasarnya, mencegah kepala janin melalui lantai panggul terlalu cepat dapat mengurangi kemungkinan terjadinya cedera perineum (Wiknjosastro 2007 dalam (Kurniawati et al., 2022).

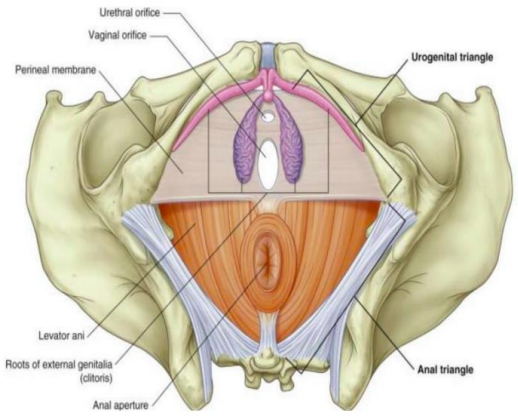
Ruptur perineum terjadi ketika tekanan kepala atau bahu janin selama proses persalinan menyebabkan perineum secara alami robek. Umumnya, perbaikan jaringan yang robek menjadi sulit dilakukan karena bentuk sobekan yang tidak merata (Prabandari et al., 2023).

b. Anatomi Fisiologi Perineum

Menurut Wiknjosastro 2007, Perineum, yang memiliki panjang rata-rata 4 cm, terletak di antara vulva dan anus. Saluran persalinan juga dipengaruhi oleh ligamen, otot, dan jaringan ikat selama proses persalinan. Otot perineal transversal superfisial, otot bulbocavernosus yang mengelilingi vagina, dan otot sfingter anal eksternal adalah otot yang secara eksternal mendukung dasar panggul. Otot internal terkuat, yang disebut diafragma panggul, terletak lebih dalam. Secara khusus, otot levator ani mendukung dasar panggul. Segitiga urogenital adalah nama yang diberikan untuk segitiga yang dibentuk oleh otot levator ani di bagian depan tubuh. Di dalam trigonum ini terdapat uretra, vagina, dan rektum (Kurniawati et al., 2022).

Perineum terletak di bawah diafragma pelvis. Perineum adalah dasar panggul paling bawah yang berbentuk seperti berlian dengan

batas anterior yaitu simpisis , kanan kiri yaitu tuberisii , dan bawah yaitu koksigeus .Ketika dilihat dari bawah, wilayah ini memiliki bentuk romboid, dan sebuah garis yang menghubungkan tuberositas iskiadik secara horizontal dapat digunakan untuk membedakannya menjadi wilayah urogenital dan wilayah anal di bagian belakang. Dilihat dari bawah dengan anggota tubuh yang terentang, perineum memiliki bentuk berlian dan dibatasi secara lateral oleh tuberositas iskiadik, secara posterior oleh ujung tulang ekor, dan secara anterior oleh simfisis pubis. Pintu masuk sistem reproduksi dan sistem kemih terhubung ke area urogenital. Sementara itu, otot sfingter anal eksternal dan anus membentuk area anal (Kurniawati et al., 2022).



Gambar 2.1 Perineum

Perineum dibentuk oleh dua buah segitiga , yaitu segitiga urogenital dan segitiga anal kanal. Kelenjar - kelenjar di daerah perineum yaitu kelenjar bartholin di latero posterior, kista gartner di latero anterior , dan kelenjar skene di uretra , tepatnya di bawah pubouretralis bermuara pada uretra.

1) Regio Urogenital

Bentuk area urogenital adalah segitiga. Batas segitiga urogenital terhubung oleh lapisan fasia yang kokoh yang disebut membran perineum. Uretra dan vagina pada wanita menembus membran ini. Batas-batas segitiga urogenital yaitu m. bulbocavernosus (origo:simpisis, insersi: badan perineum), m. Ischiocavernosus (origo:simpisis, insersi: tuberisii) dan M. Transversal perineii superfisial. Pada bagian tengah terdapat perinea dalam. Otot-otot ini merupakan otot lurik yang dipersarafi nervus pudendus yang kemudian menjadi nervus perinealis, klitoris, dan lain-lain. Pada bagian dasar adalah fascia diafragma urogenital/perineal membran, tidak termasuk pada perineum. Di segitiga urogenital ini terdapat arteri perineal, vaskularisasi pada klitoris, dan lain-lain.

a) Vulva

Genitalia eksternal perempuan disebut dengan vulva. Simfisis pubis dan tulang pubis dilapisi oleh tonjolan lemak yang dikenal sebagai mons pubis. Bibir lemak yang berbulu yang menjulur ke belakang mons pubis disebut labia majora. Kulup terbentuk dari penggabungan posterior labia minora, yang terletak di dalam labia majora.

b) Uretra

Uretra pada wanita tergolong pendek, hanya mengukur sekitar

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3 hingga 4 cm. Karena penyebaran kuman, aspek ini meningkatkan risiko terjadinya infeksi saluran kemih. Uretra berjalan dari leher kandung kemih hingga meatus eksternal, yang terletak di antara klitoris dan vagina.

c) Vagina

Mengarah ke atas dan ke belakang dari pintu masuk vagina, vagina adalah sebuah tabung otot. Arteri vagina dan cabang-cabang arteri uterus memberikan pasokan darah kepada vagina (Drake et al., 2018). Panjang anterior 9 cm, posterior 10–11 cm dan diameter dalam 4 cm. Pada proses persalinan bisa menyebabkan pelebaran diameter vagina yang meregang, selain otot juga saraf dan pembuluh darah. Peregangan saraf antara 11–13 cm, beberapa saraf terpengaruh fungsinya. Beberapa peregangan diketahui memiliki hubungan dengan berat badan bayi, ketika saat lahir berat badan 3,3 kg menyebabkan peregangan 9,5 cm, berat badan 4 kg menyebabkan peregangan 10,3 cm. Regangan berlebih 30% akan terjadi neuropati, karena saraf tidak elastik, sehingga terjadi cedera otot. Jika melebihi 30% panjangnya, maka terjadi berbagai penyakit dasar panggul. Neuropati masih bisa kembali normal, namun jika putus maka tidak akan bisa kembali normal.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2) Regio Anal

Segitiga anal kanal terdiri atas M. transversa perinea superfisialis, M. levator ani (iliokoksigeus), dan M. sfingter ani eksterna (mengelilingi otot sfingter ani interna). Bila badan perineum (jarak antara vagina bagian bawah dengan mukosa anus bagian depan) pendek (normal 3–5 cm), sangat mudah terjadi ruptur perinea. Bila badan perineum pendek <2,5 cm, maka sebaiknya jangan memilih mediana. Pada segitiga anal kanal terdapat hal berikut.

a) Kanal anal: Kanal ini membentuk sudut postero-inferior dan panjangnya sekitar 4 cm.
b) Komponen sfingter eksternal dan internal membentuk sfingter anal. Otot halus melingkar dari rektum berlanjut menjadi sfingter anal internal. Wilayah yang menebal yang dikenal sebagai cincin anorektal terbentuk ketika puborektalis dan sfingter anal eksternal bersatu.
c) Di kedua sisi kanal anal terdapat fossa iskiorektal. Otot levator ani, kanal anal, dan otot obturator internal membentuk dinding medial dan lateral dari fossa iskiorektal. Terdapat lemak di dalam fossa tersebut. Otot puborektalis dan sfingter anal memainkan peran penting dalam kanal anal.

c. Etiologi dan Faktor Resiko

Persalinan perineum secara fisiologis dapat menyebabkan

robekan perineum yang tidak diinginkan secara spontan (ruptur) dengan derajat yang bervariasi. Setelah atoni uterus, robekan perineum merupakan penyebab kedua paling umum dari perdarahan pascapersalinan. Risiko ruptur perineum meningkat ketika ibu berusia 35 tahun atau lebih. Risiko ruptur perineum dapat berkurang dengan multiparitas dan aktivitas fisik yang memadai. Faktor risiko cedera sfingter ani adalah berat badan lahir berlebih 4000 g, nuliparitas, persalinan terinduksi,persalinan lama, usia ibu, distosia bahu, episiotomi medial, ekstraksi vakum, posterior posisi oksipital.

Setiap persalinan per vaginam dapat mengakibatkan ruptur perineum yang spontan. Berikut adalah faktor-faktor yang meningkatkan risiko robekan perineum:

a. Faktor Maternal

1) Paritas

Berdasarkan usia gestasi lebih dari 24 minggu, jumlah janin dengan berat lahir di atas 4000 gram yang telah lahir hidup atau lahir mati, dalam situasi di mana berat lahir tidak diketahui, dihitung. Robekan perineum banyak terjadi pada persalinan berturut-turut (multipara) dan hampir selalu terjadi pada persalinan pertama (primipara). (Sumarah, 2008 dalam (Kurniawati et al., 2022).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Klasifikasi paritas yaitu :

b) Primipara adalah wanita yang baru pertama kali melahirkan anak

c) Seorang wanita yang telah melahirkan lebih dari dua anak disebut sebagai multipara.

d) Seorang wanita yang telah melahirkan lebih dari empat anak dikenal sebagai grand multipara (Julianti et al., 2024)

2) Usia Ibu

Pada usia di bawah 20 tahun organ reproduksi masih dalam tahap perkembangan, kesulitan lebih mungkin terjadi selama kehamilan dan persalinan. Selain itu, otot abdomen dan perineum belum sekuat yang seharusnya, yang meningkatkan kemungkinan persalinan yang berkepanjangan atau terhalang yang memerlukan bantuan. Dibandingkan dengan kelompok usia reproduktif yang sehat (20–35 tahun), faktor risiko untuk persalinan yang sulit adalah tiga kali lebih tinggi bagi ibu yang belum pernah melahirkan dalam kelompok usia di bawah 20 tahun dan dalam kelompok usia di atas 35 tahun. Robekan perineum lebih mungkin terjadi pada ibu yang berusia 35 tahun atau lebih (Hastuti et al, 2016 dalam (Kurniawati et al., 2022)

3) Cara mengejan

Kepala harus dilahirkan sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan yang memungkinkan kepala muncul secara bertahap.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Luka robek kemungkinan besar akan berkurang ketika kepala dilahirkan dengan perlahan dan bertahap. Pengeluaran kepala secara mendadak dapat menyebabkan luka yang parah dan asimetris yang dapat menyebar ke rektum dan sfingter anal, oleh karena itu, petugas harus menghindari hal ini. Kontraksi uterus dan gaya dorong merupakan dua kekuatan yang menyebabkan bayi lahir, oleh karena itu, instruksi dorongan yang tepat sangat penting (Oxorn et al, 2010 (Kurniawati et al., 2022).

4) Kondisi Elastisitas Perineum

Tahap kedua persalinan akan terhambat dan janin mungkin berada dalam bahaya yang lebih besar jika perineum kaku dan tidak elastis. Selain itu, hal ini dapat mengakibatkan cedera perineum yang parah hingga tingkat 3. Wanita di atas usia 35 yang sedang pertama kali hamil seringkali menunjukkan kondisi ini. (Fahami and Shokoohi, 2012 dalam (Kurniawati et al., 2022).

b. Faktor Janin

1) Berat badan lahir bayi

Kemungkinan terjadinya robekan perineum meningkat seiring dengan berat lahir bayi. Seorang bayi yang memiliki berat lebih dari 4.000 gram saat lahir dianggap besar. Kejadian ini terjadi karena bayi yang lebih berat sering mengalami robekan perineum saat kelahiran karena perineum tidak cukup kuat untuk menopang tekanan dari kepala bayi yang disebabkan oleh berat badan bayi

yang meningkat. Beberapa penyebab berat badan berlebih antara lain riwayat melahirkan bayi besar, diabetes melitus pada ibu, faktor keturunan, dan nutrisi yang tidak memadai. Seorang bayi umumnya memiliki berat antara 2.500 hingga 4.000 gram saat lahir (Pangastuti, 2014 dalam (Kurniawati et al., 2022). Klasifikasi berat bayi lahir yaitu menurut (Saifuddin & Dkk, 2018):

a) Seorang bayi yang memiliki berat antara 1000 dan 1500 gram dianggap memiliki berat lahir sangat rendah.
b) Seorang bayi baru lahir yang memiliki berat antara 1500 dan 2500 gram dianggap memiliki berat lahir rendah. Baik bayi yang lahir cukup bulan dengan kendala pertumbuhan selama kehamilan maupun bayi prematur mungkin memiliki berat lahir yang rendah.
c) Seorang bayi baru lahir dengan berat antara lebih dari 2500 gram dan kurang dari 3500 gram dianggap memiliki berat lahir normal.
d) Bayi yang lahir dengan berat lebih dari 4.000 gram dianggap sebagai makrosomia, atau bayi besar. Berat janin yang melebihi 3.500 gram meningkatkan risiko trauma persalinan pervaginam, termasuk dystonia bahu dan cedera jaringan lunak, yang dapat menyebabkan robekan perineum. Sangat penting untuk melakukan pemeriksaan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

selama kehamilan guna memperkirakan berat janin, karena hal ini bergantung pada pemeriksaan klinis atau ultrasonografi (Fatimah & Lestari, 2019). Menurut gagasan tersebut, ketika seorang bayi lahir dengan berat lebih dari 3.500 gram atau terlalu besar saat lahir, tingkat robekan perineum meningkat (mochtar, 2015).

2) Presentasi Janin

Presentasi digunakan untuk mengidentifikasi posisi di bagian bawah rahim, yang dapat ditemukan melalui pemeriksaan internal atau palpasi. Presentasi kepala, wajah, dahi, dan bokong adalah beberapa bentuk presentasi yang berbeda. Variasi lainnya mencakup presentasi oksipital dan presentasi defleksi. Mengingat bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi efisiensi persalinan adalah adaptasi asimetris janin terhadap serviks dan panggul, malpresentasi dapat memiliki dampak yang substansial pada persalinan. Selain itu, persalinan yang berkepanjangan dapat menyebabkan serviks dan vagina robek akibat peningkatan ketegangan di perineum dan jaringan lunak (Noviani & Adnyani, 2020).

d. Klasifikasi Ruptur Perineum

Ruptur perineum dikategorikan sebagai berikut dalam edisi sebelumnya dari William's Obstetrics.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

1) Derajat 1: Kulit perineum dan laserasi epitel vagina.
2) Derajat 2: Ruptur tingkat pertama disertai dengan robekan otot perineum, tetapi bukan laserasi sfingter anis.
3) Derajat 3: Luka robek perineum, otot anisfingter, otot perineum, dan mukosa vagina.
4) Kelas 4: ruptur perineum tingkat tiga disertai dengan laserasi mukosa rektum (Cunningham FG, 2005 dalam (Kurniawati et al., 2022).

e. Jenis Ruptur Perineum

Berdasarkan penyebabnya, ruptur perineum dibagi jadi dua katagori, yaitu :

1) ruptur perineum spontan
2) ruptur perineum yang disengaja atau diawali tindakan episiotomi.

Sebuah sayatan bedah yang dilakukan di perineum untuk membantu dalam persalinan disebut episiotomi (Hoffman, 2016). Ruptur perineum, luka dengan tepi yang tidak rata sering terjadi setelah kelahiran spontan. Setelah sayatan dijahit, hal ini dapat mencegahnya sembuh. Oleh karena itu, ketika kepala janin terlihat dan mulai meregangkan perineum, sayatan juga dapat dilakukan pada perineum untuk memfasilitasi proses persalinan. Sayatan dibuat secara lateral atau sepanjang garis tengah (episiotomi medial). (episiotomi mediolateralis) (Wiknjosastro, 2007 dalam (Kurniawati et al., 2022).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

f. Penanganan Ruptur Perineum

Ketika robekan perineum terjadi, luka harus segera dijahit, lapis demi lapis. Robekan yang mengarah ke vagina harus dihindari karena bekuan darah dapat menghalanginya dan menyebabkan lesi memerlukan waktu lebih lama untuk sembuh. Untuk memulihkan jaringan tubuh dan menghentikan kehilangan darah yang tidak perlu, robekan perineum harus dijahit. Jahitan berkelanjutan dibuat dengan benang catgut kromik yang digunakan untuk menjahit. Ibu diberikan anestesi lokal saat robekan dijahit, dan jika rasa sakit berlanjut, anestesi tambahan diberikan. Dari atas ke bawah robekan, menjahit dimulai satu sentimeter dari bagian atas luka, dengan sisi dalam dijahit menghadap ke luar. Pastikan otot yang rusak telah dijahit dan ada ruang yang konsisten di antara jahitan. Buat simpul di dalam vagina untuk mengamankan benang. Pangkas benang sehingga tersisa 1,5 cm. Setelah itu, lakukan pemeriksaan lanjutan pada anus dan vagina untuk mencari jahitan di rektum, karena dapat mengakibatkan infeksi atau pembentukan fistula (Rochmayanti & Ummah, 2019).

g. Pengobatan Rupture Perineum

Pemberian antibiotik yang cukup adalah pengobatan yang dapat digunakan untuk robekan perineum. Setelah melahirkan, ibu harus merawat luka perineum mereka untuk meminimalkan ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, menghindari infeksi, dan mempercepat proses penyembuhan. Dalam banyak kasus,

perawatan vulva dan perineum diberikan secara bersamaan. Hal-hal yang perlu diper hatikan adalah:

1) Hindari kontaminasi rektum
2) Tangani jaringan dari luka dengan hati-hati.
3) Bersihkan darah yang dapat menyebabkan infeksi dan bau. (Rochmayanti & Ummah, 2019)

h. Komplikasi

Jika ruptur perineum tidak diobati segera, masalah berikut dapat timbul:

1) Perdarahan

Dalam waktu satu jam setelah melahirkan, seorang ibu dapat meninggal dunia akibat perdarahan pasca persalinan. Selama tahap pertama dan keempat persalinan, evaluasi dan perawatan yang cermat sangat diperlukan. Memantau tanda-tanda vital, menentukan penyebab perdarahan, menghitung volume perdarahan yang berlangsung, dan menganalisis tonus otot merupakan bagian dari evaluasi kehilangan darah.

2) Fistula

Ruptur pada vagina yang mencapai kandung kemih atau rektum dapat mengakibatkan fistula tanpa penyebab yang jelas. Urin akan segera mengalir melalui vagina jika kandung kemih mengalami kerusakan. Iskemia dapat terjadi ketika fistula menekan kandung kemih atau rektum di antara panggul dan

kepala janin dalam jangka waktu yang lama.

3) Hematoma

Tekanan kepala janin dan gerakan persalinan, yang ditandai dengan nyeri pada perineum dan pewarnaan vulva kebiruan-merahan, dapat mengakibatkan trauma pada portus selama persalinan, yang dapat menyebabkan hematoma. Perineum vulva dan fossa ischiorektalis adalah dua lokasi potensial untuk hematoma panggul. Trauma perineum biasanya menjadi penyebabnya, namun varises vulva yang disertai tanda-tanda peningkatan rasa sakit juga dapat menjadi penyebab. Kesalahan diagnosis dapat mengakibatkan kehilangan darah yang serius dan penyakit yang tidak terdeteksi. Segera setelah robekan perineum, pembengkakan ketat dan kebiruan muncul di salah satu sisi introitus.

4) Infeksi

Infeksi selama fase postpartum ditandai dengan peradangan di sekitar genitalia. Luka terkait kelahiran memberikan akses bagi kuman untuk masuk ke dalam tubuh, yang mengakibatkan infeksi (Rochmayanti & Ummah, 2019)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3. Senam Hamil

a. Pengertian Senam Hamil

Senam hamil selama kehamilan adalah salah satu jenis perawatan prenatal yang membuat ibu merasa lebih nyaman dengan membantu mereka bergerak dan mengendurkan otot untuk beradaptasi dengan perubahan fisiologis. Wanita hamil yang bersantai juga akan merasa lebih sedikit stres dan cemas, yang akan membantu mereka mempersiapkan diri untuk melahirkan. Senam hamil secara teratur selama kehamilan akan meningkatkan efektivitasnya. Senam hamil yang teratur dan intens akan meningkatkan kesehatan janin dan ibu yang sedang hamil (Kasmiati, 2023).

b. Syarat Mengikuti Senam Hamil

Menurut noviyati,dkk (2022), ibu hamil dapat mengikuti senam hamil Ketika kondisi ibu sebagai berikut:

1) Ibu hamil dalam keadaan baik.
2) Tidak ada masalah dengan kehamilan, seperti perdarahan selama kehamilan atau keguguran berulang.
3) Hindari menahan napas saat berolahraga.
4) Lakukan senam secara teratur dengan pengawasan dari seorang intruktur senam atau mentor.
5) Senam hamil sebaiknya dimulai antara minggu ke-24 dan ke-28 kehamilan.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

c. Manfaat dan Tujuan Senam Hamil

Menurut (Fasiha, 2022) menyatakan manfaat senam hamil sebagai berikut :

1) Elastisitas otot menjadi kuat

Diketahui bahwa selama proses persalinan, diperlukan sebuah kekuatan yang dihasilkan oleh kontraksi atau tenaga ibu untuk mendorong bayi keluar. Selain kontraksi, pengecutan otot dinding perut juga menghasilkan kekuatan ini, yang meningkatkan tekanan dalam rongga perut. Prolaps rahim dapat dicegah dengan menjaga posisi rahim dengan bantuan otot dinding perut yang kuat, otot dasar panggul yang lentur, dan ligamen yang kokoh.

2) Persalinan dan kelahiran menjadi lebih mudah

Bayi dapat dilahirkan dengan lebih mudah jika aktivitas yang memerlukan tenaga atau senam hamil bagi ibu hamil digabungkan.

3) Sikap tubuh terbentuk

Dipercaya bahwa penyesuaian tubuh yang tepat selama proses persalinan dapat mencegah posisi janin yang tidak normal, mengurangi masalah kehamilan umum seperti nyeri punggung, serta mengurangi sesak napas yang disebabkan oleh perut yang membesar.

4) Mendapatkan Rileksasi dengan sempurna

Sangat penting untuk sepenuhnya rileksasi selama kehamilan dan proses persalinan. Hal ini membantu mengelola rasa sakit saat

melahirkan dan mempengaruhi relaksasi bagian bawah rahim, yang penting untuk proses persalinan yang fisiologis, di samping membantu individu mengatasi stres yang muncul baik secara internal maupun eksternal.

5) fungsi kardiorespirasi dan kesehatan terjaga

Menguasai teknik pernapasan memperkuat diafragma, yang membantu ibu untuk mendorong. Diafragma berperan dalam mendorong bayi keluar selama periode ini, selain dari kontraksi dan otot dinding perut.

d. Kegiatan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil

Menurut (Kemenkes RI, 2019) Pertemuan kelas ibu hamil dilakukan setidaknya empat kali selama masa kehamilan. Pada setiap akhir pertemuan kelas ibu hamil dapat dilakukan aktivitas fisik atau senam hamil. Aktivitas fisik atau senam hamil ini merupakan kegiatan atau materi ekstra di kelas ibu hamil, Sesi berlangsung selama 120 menit, termasuk 15 hingga 20 menit untuk senam hamil, dan dijadwalkan berdasarkan kesiapan ibu.

Dalam pelaksanaan kelas ibu hamil kegiatan aktivitas fisik ibu atau senam hamil dapat dilakukan bagi ibu hamil dengan usia kehamilan 24 minggu dan ibu hamil diharapkan dapat berlatih senam hamil setidaknya empat kali selama kehamilan mereka.

e. Langkah-Langkah Senam Hamil

Menurut Depkes RI 2014 dalam (Fasiha,dkk 2023) gerakan senam

hamil dapat dilakukan sebagai berikut :

1) Gerakan 1-2 : Gerakan kaki

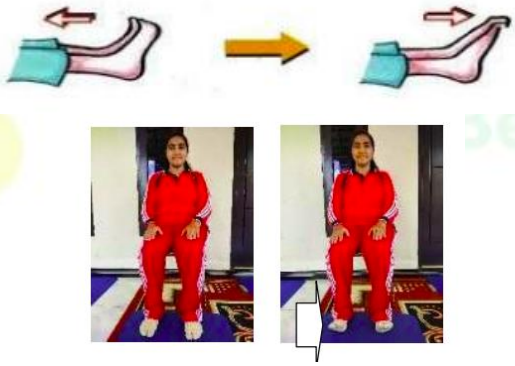
   a) Gerakan 1 (Gerakan jari kaki)

      (1) Duduk bersandar di kursi

      (2) Kedua telapak kaki diluruskan menempel di lantai

      (3) Lipat jari ke depan setelah perlahan menariknya ke arah tubuh.

      (4) Hitung sesuai dengan gerakan saat Anda mengulangi ini delapan kali.



Gambar 2.2. Gerakan jari kaki

   b) Gerakan 2 (Gerakan telapak kaki)

      (1) Pertahankan postur tubuh yang tegak dan santai saat duduk dengan kaki Anda diluruskan di depan.

      (2) Lipat kaki Anda ke depan setelah secara perlahan menariknya menuju tubuh Anda.

      (3) Hitung sesuai dengan gerakan yang ditunjukkan pada gambar 2 dan ulangi tindakan ini sebanyak delapan kali.



Gambar 2.3 Gerakan telapak kaki

2) Gerakan 3 (gerakan duduk bersila)

Duduk dengan kaki bersila adalah salah satu cara yang dapat dilakukan oleh wanita hamil untuk melakukan latihan kehamilan. (Depkes RI, 2014) tatacara sebagai berikut:

a) Letakkan kedua tangan di atas lutut Anda
b) Letakkan kedua telapak tangan di atas lutut Anda
c) Tekan dengan lembut pada lutut Anda.
d) Lakukan ini sebanyak delapan kali. Tiga kali sehari, luangkan waktu delapan menit untuk melakukan latihan duduk bersila ini.



Gambar 2.4. Gerakan duduk bersila

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3) Gerakan 4 (Gerakan berbaring miring)

a) Tubuh berbaring miring pada sisi dengan lutut ditekuk (gambar



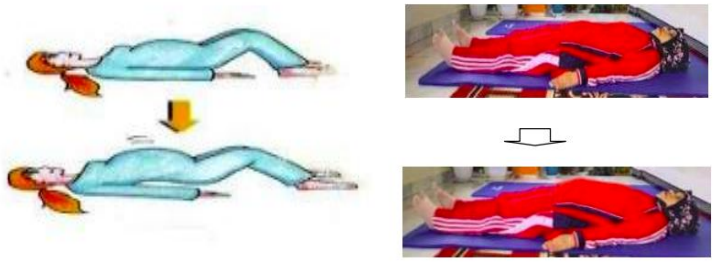
Gambar 2.5. Gerakan berbaring miring

4) Gerakan 5 (SenamUntukPinggang(posisiterlentang))

a) Tidurlah terlentang dan tekuklah lutut jangan terlalu lebar, arah telapak tangan ke bawah dan berada di samping badan

b) Angkatlah pinggang secara perlahan. Panggul dan bahu tetap menyentuh lantai

c) Lakukanlah sebanyak 8 kali (gambar 5)



Gambar 2.6. Gerakan posisi terlentang

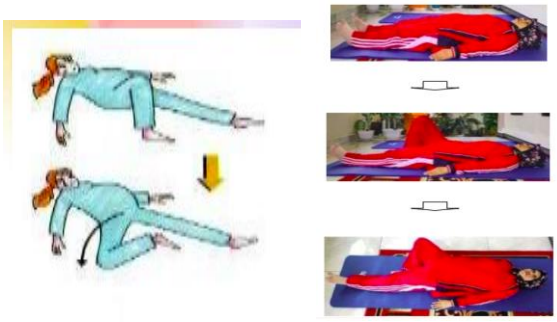
5) Gerakan 6 (Gerakan dengan satu lutut)

a) Tekuk lutut kanan anda sambil berbaring telentang.

b) Secara perlahan geser lutut kanan ke arah kanan, kemudian kembalikan.

c) Lakukan langkah ini sebanyak delapan kali.

d) Gerakkan lutut kiri dengan cara yang sama.



Gambar 2.7. Gerakan satu lutut

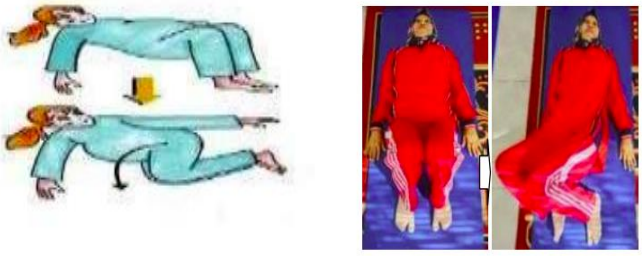
6) Gerakan 7 : (Gerakan dengan 2 lutut)

a) Tekuk kedua lutut dan biarkan mereka saling bersentuhan saat berbaring telentang.

b) Pastikan telapak kaki kiri dan kanan saling bersentuhan dan kedua tumit berada dekat satu sama lain.

c) Perlahan geser kedua lutut ke kiri dan ke kanan.

d) Lakukan prosedur ini sebanyak delapan kali. (gambar7)



Gambar 2.8. Gerakan dengan kedua lutut

7) Gerakan 8 (Posisi Merangkak)

a) Posisi tubuh merangkak

b) Buatlah lingkaran sambil menghirup napas dengan mengangkat perut dan kemudian punggung ke atas dengan wajah

menghadap ke bawah.

c) Buang napas saat Anda perlahan-lahan mengangkat wajah, kemudian turunkan punggung dengan lembut sekali lagi (lihat gambar 8).

d) Lakukan latihan ini sebanyak delapan kali.



Gambar 2.9. Gerakan posisi merangkak

8) Gerakan 9 (Latihan pernafasan)

a) Bersandar pada dinding sambil duduk.

b) Dengan kedua kaki menyentuh lantai, tekuk kedua lutut sejauh yang anda bisa.

c) Tangan di samping perut. Bagian atas tubuh adalah tempat pijatan dimulai. Selanjutnya, tarik napas perlahan melalui hidung dan hembuskan melalui mulut.



Gambar 2.10. Gerakan latihan pernafasan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

4. Hubungan Senam Hamil dengan Kejadian Ruptur Perineum

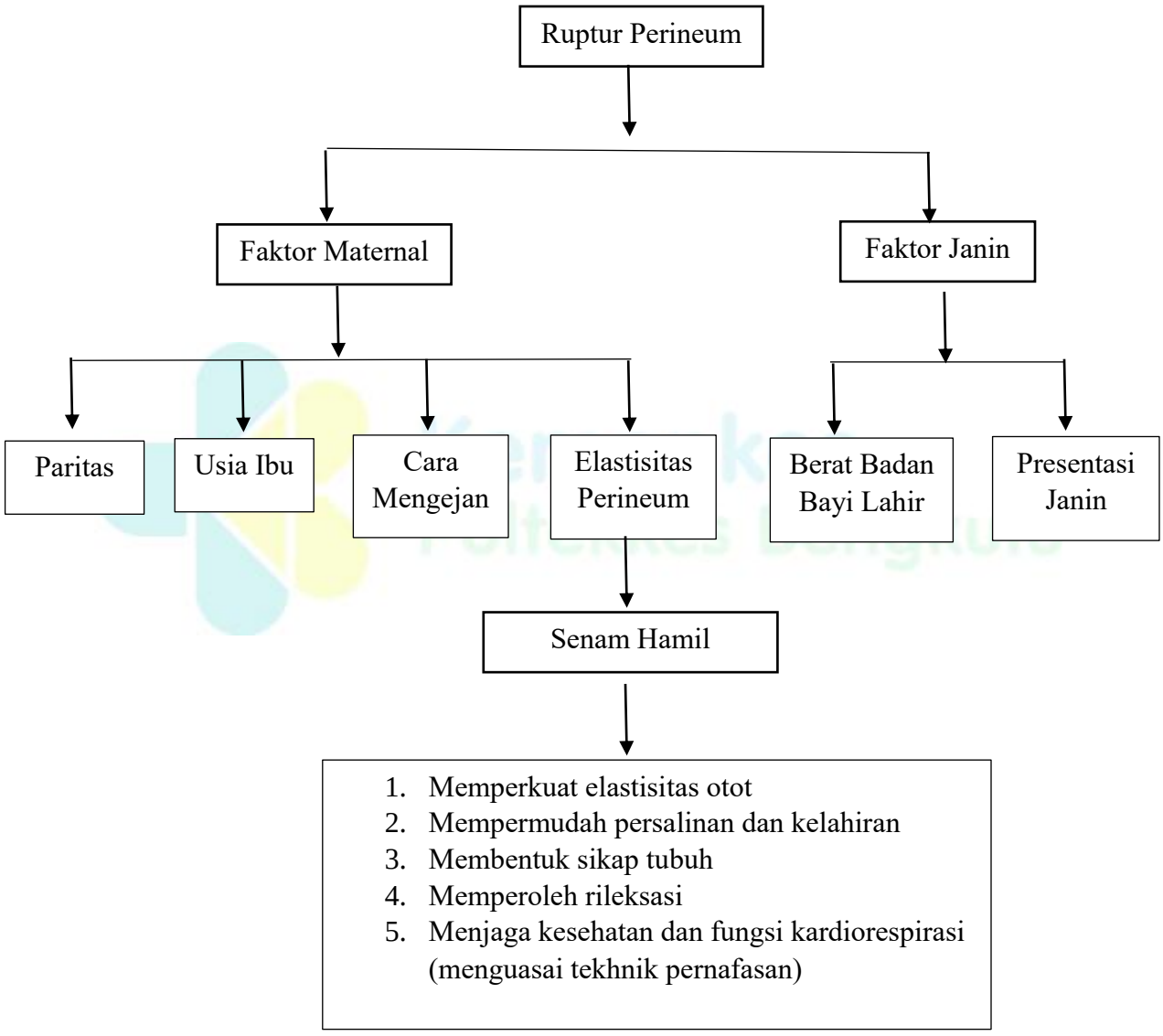
Penelitian (Indriyani et al., 2024) menunjukkan bahwa senam hamil dan kejadian robekan perineum secara signifikan berkorelasi, sebagaimana dibuktikan oleh nilai p sebesar 0,011 < 0,05 dan *odds rasio* (OR) sebesar 4,455. Oleh karena itu, ibu yang tidak rutin senam hamil sepanjang kehamilan memiliki kemungkinan 4,455 kali lebih tinggi mengalami robekan perineum dibandingkan dengan ibu yang secara konsisten senam hamil selama kehamilan.

Hasil penelitian (Ardiana et al., 2020) menunjukkan dengan prevalensi 43 (63,2%), telah ditemukan bahwa banyak ibu yang masih belum berolahraga sebelum hamil. Robekan perineum terjadi lebih umum pada ibu yang tidak berolahraga selama kehamilan (27, atau 79,4%), sedangkan ibu yang berolahraga selama kehamilan cenderung tidak mengalami robekan perineum (18, atau 53%). Hasil uji *chi-square* menunjukkan adanya korelasi yang signifikan antara olahraga prenatal dan robekan perineum, dengan nilai p sebesar 0,006 (p<0,05).

Penelitian (Zumrotin et al., 2020) menunjukkan, menurut 21 orang (84%) dari 25 responden, wanita yang secara teratur melakukan aktivitas prenatal tidak mengalami robekan perineum, sedangkan 8 orang (80%) dari 10 responden melaporkan mengalami robekan perineum yang lebih besar dibandingkan ibu-ibu yang tidak secara teratur melakukan latihan prenatal. Latihan prenatal dan kejadian robekan perineum pada ibu primipara di Puskesmas Baureno, Kabupaten Bojonegoro saling terkait,

menurut analisis peringkat Spearman, yang menghasilkan nilai p sebesar 0,041 pada tingkat signifikansi 5%. Nilai p < 0,05 berarti H1 diterima.

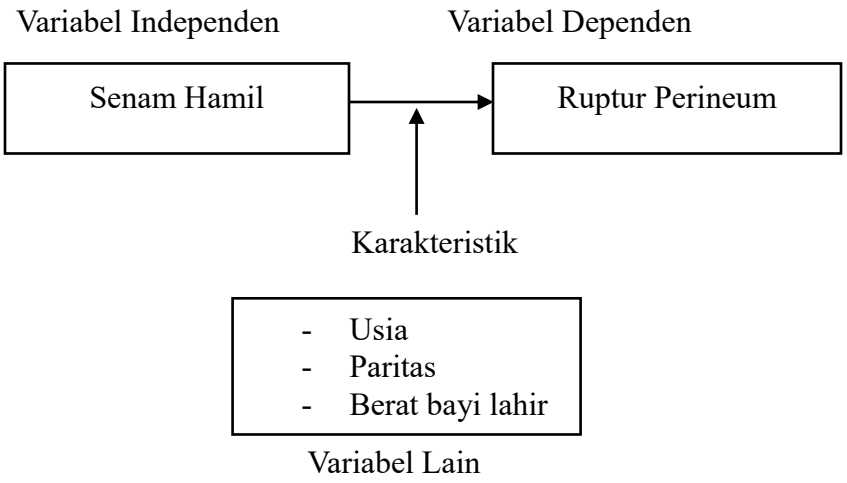
B. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Kurniawati et al., 2022) ; (Fasiha, 2022)

C. Kerangka Konsep



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Ha : Ada hubungan senam hamil dengan rupture perineum pada ibu bersalin di PMB Kota Bengkulu Tahun 2025