

ARTIKEL PENELITIAN

Memeriksa Striae Gravidarum untuk Memperkirakan Laserasi Perineum

Sinta Khrisnamurti¹, Detty Siti Nurdiati², Wahyu Ikka Setiyarini³

¹Program Magister Keperawatan Maternitas Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, UGM

²Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, UGM

³Komite Keperawatan RSUD Banyumas Jawa Tengah

Korespondensi: maniezstshinta@gmail.com

Submisi: 21 Maret 2016; Revisi: 28 Agustus 2018 ; Penerimaan: 30 Agustus 2018

ABSTRACT

Background: Striae gravidarum is a common phenomenon that occurs in pregnant women and a marker of decrease in skin elasticity. Poor elasticity of the perineum can result perineal laceration in vaginal childbirth. This study was to determine the relationship of striae gravidarum perineum with the occurrence lacerations in normal labor, and the factors that most influence the occurrence of mild and severe perineal lacerations.

Method: Used a cross sectional design, with a sample of 188 respondents. Assessment striae gravidarum using Atwal et al (2006) which has been modified, assessment of perineal lacerations used RCOG (2006). Data collection was done during the months of April to July 2015 in the maternity room Panembahan Senopati Bantul Hospital.

Result and Discussion: Factors that influence the occurrence of mild laceration were striae gravidarum moderate-severe (RP 1,230: CI 95% 1,23053-1,23066), primiparous (RP 1,2675: CI 95% 1,13709-1,41298). Factors that influence the occurrence of severe laceration were striae gravidarum moderate-severe (RP 1,676: CI 95% 1,246-2,255), primiparous (RP 1,117: CI 95% 1,1172-1,1175), the lithotomy position (RP 1,012: CI 95% 1,011-1,0629).

Conclusion: Striae gravidarum is factor that influence the occurrence of perineal laceration. Checking of striae gravidarum can be to estimate the severity of perineal laceration, the more scores striae gravidarum more severe perineal laceration that may be experienced by childbirth mothers.

Keywords: striae gravidarum; perineal laceration; childbirth

ABSTRAK

Latar Belakang: *Striae gravidarum* adalah fenomena yang lazim terjadi pada ibu hamil dan merupakan penanda penurunan elastisitas kulit. Elastisitas perineum yang kurang baik dapat mengakibatkan laserasi perineum pada persalinan vaginal. Penelitian ini untuk mengetahui hubungan *striae gravidarum* dengan kejadian laserasi perineum pada persalinan normal, dan faktor-faktor yang paling mempengaruhi terjadinya laserasi perineum ringan dan berat.

Metode: Menggunakan *cross sectional design*, dengan sampel sebesar 188 responden. Penilaian *striae gravidarum* menggunakan metode Atwal et al (2006) yang telah dimodifikasi, penilaian laserasi perineum menggunakan metode RCOG (2006). Pengumpulan data dilakukan selama bulan April-Juli 2015 di kamar bersalin RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Hasil dan Pembahasan: Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya laserasi ringan adalah *striae gravidarum* sedang-berat (RP 1,230: 95%IK 1,23053-1,23066), primipara (RP 1,2675: 95%IK 1,13709-1,41298). Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya laserasi berat adalah *striae gravidarum* sedang-berat (RP 1,676: 95%IK 1,246-2,255), primipara (RP 1,117: 95%IK 1,1172-1,1175), posisi litotomi (RP 1,012: 95%IK 1,011-1,0629).

Kesimpulan: *Striae gravidarum* merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya laserasi perineum. Memeriksa *striae gravidarum* dapat untuk memperkirakan tingkat keparahan laserasi perineum, semakin banyak skor *striae gravidarum* semakin parah laserasi perineum yang mungkin dialami ibu bersalin.

Kata kunci: *Striae gravidarum*; laserasi perineum; persalinan

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia termasuk tinggi di Asia. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menyatakan bahwa AKI mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini lebih tinggi dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu. Kondisi yang berbeda dimana Pemerintah Indonesia bertekad akan menurunkan AKI hingga 108 per 100 kelahiran hidup sesuai dengan target *Millennium Development Goals* (MDGs).¹

Unicef Indonesia menyatakan setiap satu jam, dimanapun di Indonesia, satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan.² Laporan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tahun 2011, jumlah kematian ibu yang dilaporkan sebanyak 5.118 jiwa. Penyebab langsung utama AKI terbanyak masih didominasi perdarahan (32%), disusul hipertensi dalam kehamilan (25%), infeksi (5%), partus lama (5%) dan abortus (1%).¹

Laserasi perineum, vulva dan vagina pada umumnya mengakibatkan perdarahan setelah persalinan, tetapi tidak semua laserasi mengakibatkan perdarahan. Laserasi yang mengenai arteri yang sulit ditemukan dapat mengakibatkan perdarahan post partum. Laserasi perineum adalah termasuk luka yang umum dari semua luka pada saluran genital bagian bawah.³

British Royal College of Obstetrician and Gynecology (RCOG)⁴ mengklasifikasikan laserasi derajat I hanya terdapat laserasi epitel vagina, derajat II melibatkan otot-otot perineum tetapi tidak *sphincter* ani, derajat III robekan pada *sphincter* ani, yang yang selanjutnya dibagi menjadi IIIA (<50% ketebalan *sphincter* ani eksterna), IIIB (>50% ketebalan *sphincter* ani eksterna), IIIC (robekan sampai ke *sphincter* ani interna), derajat IV Robekan derajat III, yaitu *sphincter* ani eksterna dan interna, dengan disertai epitel/mukosa anal.⁴

Striae gravidarum adalah kelainan kulit yang umum muncul saat kehamilan. Penyebab striae gravidarum secara umum dan epidemiologinya tidak diketahui secara pasti. Risiko terkait paling kuat adalah penambahan berat badan selama kehamilan, usia ibu yang muda, dan riwayat dalam

keluarga.⁵ Striae gravidarum dikenal juga dengan sebutan *stretch marks* umumnya muncul pada usia kehamilan 24 minggu memiliki karakteristik garis-garis sepanjang minimal 5cm, dengan warna kemerahan, keunguan dan secara bertahap akan berubah menjadi berwarna putih atau garis *atrophic* hipopigmentasi pada masa post partum.⁶ Garis-garis striae gravidarum ini dapat berupa garis yang tipis ataupun garis yang lebar. Para ilmuwan telah menyatakan dalil bahwa beberapa hormon seperti estrogen, relaxin, dan hormon adrenokortikoid, menurunkan kerapatan antara kolagen, serat dan meningkatkan substansi dasar, yang menyebabkan suatu area peregangan yang dikenal sebagai striae.⁵

Metode untuk menilai striae gravidarum menggunakan metode dari Atwal et al yang memberikan sistem numerik dari kemunculan striae gravidarum.⁷ Dibagi menjadi 4 area yaitu abdomen, payudara, betis dan paha (*gluteus*). Setiap area diberikan maksimum nilai 6 dibagi menjadi 2, nilai 0-3 untuk jumlah striae, dan nilai 0-3 untuk warna striae. Untuk jumlah striae gravidarum dikelompokkan nilai 0 bila tidak ada striae, nilai 1 bila dijumpai kurang dari 5 garis striae, nilai 2 bila dijumpai 5-10 garis striae, dan nilai 3 bila dijumpai lebih dari 10 garis striae. Tingkatan warna striae dikelompokkan dengan nilai 0 bila tidak ada erithema, nilai 1 bila warna merah sedang (*pink*), nilai 2 bila warna merah gelap, dan nilai 3 bila warna keunguan. Total nilai adalah 24. Wanita dengan striae gravidarum dikategorikan dalam 4 kelompok, nilai 0-3 dimasukkan kelompok tanpa striae gravidarum, nilai 4-9 dimasukkan kelompok striae gravidarum ringan, nilai 10-15 dimasukkan kelompok striae gravidarum sedang, dan lebih dari nilai 16 dikelompokkan striae gravidarum berat.⁷ Pada penelitian ini dilakukan modifikasi instrumen untuk menilai warna striae yaitu nilai 0 warna putih, nilai 1 coklat muda, nilai 2 coklat tua, nilai 3 coklat tua kehitaman.

Warna kulit mempengaruhi perkembangan striae gravidarum pada wanita hamil. Striae gravidarum lebih umum berkembang pada wanita berkulit tidak putih atau ras *non white*.⁶ Frekuensi striae gravidarum pada wanita berkulit putih di Inggris sebanyak 53%.⁷ Frekuensi wanita ras Lebanon yang mengalami perkembangan striae gravidarum sebanyak 61%,⁵ wanita hamil Thailand

yang mengalami perkembangan striae gravidarum sebanyak 77,9%.

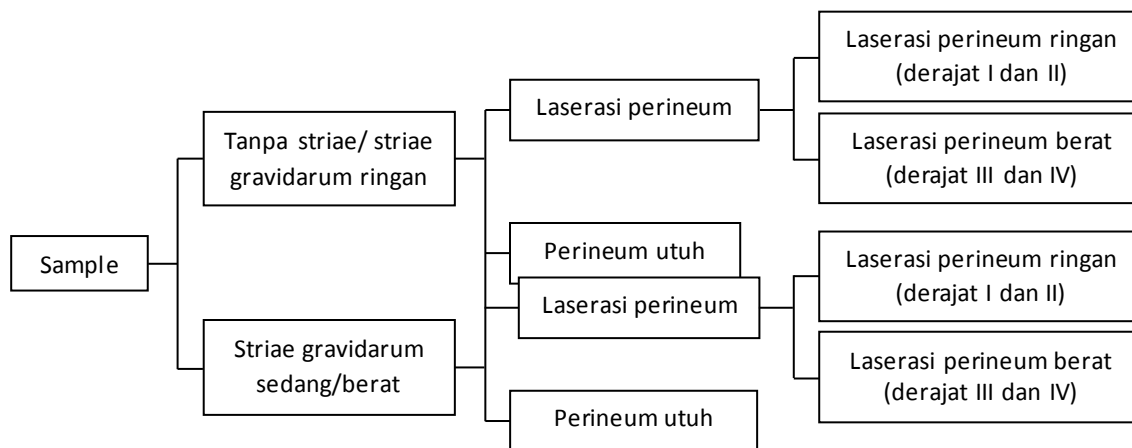
Wanita dengan striae striae gravidarum yang banyak ditemui di perut lebih banyak mendapatkan laserasi. Halperin menjelaskan bahwa ada hubungan bermakna antara jumlah striae gravidarum dengan laserasi perineum, dan menyarankan metode skoring striae gravidarum untuk memprediksi laserasi perineum yang kemungkinan terjadi.¹⁰ Striae gravidarum merupakan penanda elastisitas kulit dan otot, sehingga sangat penting melakukan investigasi striae gravidarum pada wanita hamil yang akan menjalani persalinan karena berhubungan dengan bagaimana penolong melakukan tindakan menjaga keutuhan perineum atau meminimalkan laserasi perineum pada persalinan.¹¹

Hipotesis penelitian ini adalah wanita dengan striae gravidarum sedang-berat cenderung

mengalami laserasi perineum dibandingkan dengan wanita tanpa striae gravidarum-striae gravidarum ringan.

METODE

Periodebulan Januari-Juni 2014 di RSUD Panembahan Senopati Bantul, jumlah persalinan normal adalah 787, yang mengalami episiotomi sebanyak 469 orang atau 59.60%, yang laserasi sejumlah 240 orang atau 30.49%, tanpa keterangan kondisi perineum 43 orang atau 5.46%. Penolong persalinan meliputi dokter spesialis kebidanan dan kandungan, residen dan bidan. Sampel ditetapkan sebesar 188 orang yang dibagi menjadi 2 kelompok, 94 responden pada kelompok tanpa striae gravidarum dan striae gravidarum ringan, 94 responden pada kelompok striae gravidarum sedang-berat.



Gambar 1. Rancangan penelitian

Kriteria inklusi adalah pasien partus vaginal/ pervaginam, usia 20 – 35 tahun, janin tunggal presentasi belakang kepala, usia kehamilan lebih dari 36 minggu. Kriteria eksklusi adalah taksiran berat janin lebih dari atau sama dengan 4000gram dideteksi melalui ultrasonografi (USG) atau ketika bayi ditimbang memiliki berat lebih dari atau sama dengan 4000gram, terdiagnosa mengalami polihidramnion yang deteksi melalui USG, kala II lama, janin mengalami kematian sebelum dilahirkan yaitu *intra uterine fetal death* (IUFD) dan *intra partum fetal death* (IPFD), persalinan dengan

instrumen, baik secara vaccum ekstraksi ataupun secara forcep ekstraksi, persalinan vaginal dengan induksi atau stimulasi, persalinan vaginal dengan episiotomi, partus presipitatus, anesthesia lokal secara infiltratif menjelang kala II.

Pengumpulan data mengenai striae gravidarum dilakukan saat responden masih inpartu kala I fase laten, atau maksimal 2 hari post partum, data mengenai laserasi perineum dilakukan setelah pelepasan *placenta* atau pada kala IV sebelum dilakukan jahit perineum. Data dianalisa statistik secara bivariabel menggunakan *chi square*, analisa multivariabel menggunakan regresi biner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Validasi observer dilakukan dengan uji *kappa* terhadap 4 orang observer, secara bersamaan menilai 25 orang responden. Hasil uji *kappa* penilaian *striae gravidarum* diperoleh 0,8034 ($P=0,00$), hasil uji *kappa* penilaian laserasi perineum

adalah 0,8678 ($P=0,00$). Nilai tersebut menunjukkan adanya kesamaan substansi, sehingga segera dilakukan pengumpulan data. Selama bulan April-Juli 2015 berhasil dikumpulkan sebanyak 188 subyek penelitian.

Tabel 1. Sebaran subyek penelitian berdasarkan variabel

| Variabel | n | % |
|--|-----|------|
| Striae gravidarum : | | |
| • Tanpa striae gravidarum dan striae gravidarum ringan | 94 | 50 |
| • Striae gravidarum sedang-berat | 94 | 50 |
| Lasserasi perineum : | | |
| • Perineum utuh | 13 | 6,9 |
| • Laserasi ringan | 96 | 51,1 |
| • Laserasi berat | 79 | 42 |
| Berat bayi : | | |
| • 2.500-3.000 gram | 77 | 41 |
| • 3.001-3.500 gram | 84 | 44,7 |
| • 3.501-4.000 gram | 27 | 14,4 |
| Malposisi/malpresentasi : | | |
| • Ada malposisi/malpresentasi | 14 | 7,4 |
| • Tidak ada malposisi/malpresentasi | 174 | 93,6 |
| Posisi persalinan : | | |
| • Posisi dorsal recumbent di tempat tidur | 162 | 86,2 |
| • Posisi litotomi di meja ginekologi | 26 | 13,8 |
| Paritas : | | |
| • Primipara | 92 | 48,9 |
| • Multipara | 96 | 51,1 |

Hasil analisa bivariabel dengan *chi square*, teridentifikasi hubungan variabel bebas dengan variabel terikat laserasi ringan adalah striae gravidarum sedang/berat, dan paritas primipara (tabel 2). Hasil analisa bivariabel teridentifikasi

hubungan variabel bebas dengan variabel terikat laserasi berat adalah striae gravidarum sedang/berat memiliki hubungan dengan laserasi berat, posisi persalinan litotomi dan paritas primipara (tabel 3).

Tabel 2. Tabulasi silang striae gravidarum dan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya laserasi perineum ringan

| Variabel | Kondisi perineum | | | | RP | 95% IK |
|--|------------------|------|------|------|-------|-------------|
| | Laserasi ringan | | Utuh | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Striae gravidarum : | | | | | | |
| • Striae gravidarum sedang-berat | 32 | 33,4 | 0 | 0 | 1,203 | 1,088-1,331 |
| • Tanpa striae gravidarum dan striae gravidarum ringan | 64 | 66,7 | 13 | 100 | 1 | - |
| Berat bayi : | | | | | | |
| • 3.501-4.000 gram | 8 | 8,3 | 1 | 7,7 | 0,971 | 0,761-1,239 |
| • 3.001-3.500 gram | 34 | 35,4 | 7 | 53,8 | 0,906 | 0,773-1,062 |
| • 2.500-3.000 gram | 54 | 56,3 | 5 | 38,5 | 1 | - |
| Malposisi/ malpresentasi : | | | | | | |
| • Ada malposisi/ malpresentasi | 3 | 3,1 | 1 | 7,7 | 0,847 | 0,479-1.497 |
| • Tidak ada malposisi/ malpresentasi | 93 | 96,9 | 12 | 92,3 | 1 | - |
| Posisi persalinan : | | | | | | |
| • Posisi litotomi di meja ginekologi | 6 | 23,1 | 0 | 0 | 1,144 | 0,963-1.232 |
| • Posisi dorsal recumbent di tempat tidur | 90 | 55,6 | 13 | 8 | 1 | - |
| Paritas : | | | | | | |
| • Primipara | 38 | 39,6 | 0 | 0 | 1,224 | 1,096-1,367 |
| • Multipara | 58 | 60,4 | 13 | 100 | 1 | - |

Tabel 3. Tabulasi silang striae gravidarum dan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya laserasi perineum berat

| Variabel | Kondisi perineum | | | | RP | 95% IK |
|--|------------------|------|------|------|-------|--------------|
| | Laserasi berat | | Utuh | | | |
| | n | % | n | % | | |
| Striae gravidarum : | | | | | | |
| • Striae gravidarum sedang-berat | 62 | 66 | 0 | 0 | 1,520 | 1,209-1,912 |
| • Tanpa striae gravidarum dan striae gravidarum ringan | 17 | 18,1 | 13 | 13,8 | 1 | - |
| Berat bayi : | | | | | | |
| • 3.501-4.000 gram | 18 | 22,8 | 1 | 7,7 | 1,211 | 0,952-1,539 |
| • 3.001-3.500 gram | 43 | 54,4 | 7 | 53,8 | 1,099 | 0,862-1,401 |
| • 2.500-3.000 gram | 18 | 22,8 | 5 | 38,5 | 1 | - |
| Malposisi/ malpresentasi : | | | | | | |
| • Ada malposisi/ malpresentasi | 10 | 12,7 | 1 | 7,7 | 1,067 | 0,867-1,314 |
| • Tidak ada malposisi/ malpresentasi | 69 | 87,3 | 12 | 92,3 | 1 | - |
| Posisi persalinan : | | | | | | |
| • Posisi litotomi di meja ginekologi | 20 | 25,3 | 0 | 0 | 1,220 | 1,095-1360 |
| • Posisi dorsal recumbent di tempat tidur | 59 | 74,7 | 13 | 100 | 1 | - |
| Paritas : | | | | | | |
| • Primipara | 54 | 68,4 | 13 | 100 | 1,765 | 1,291-2,4123 |
| • Multipara | 25 | 31,6 | 0 | 0 | - | - |

Hasil uji multivariat regresi biner menjelaskan faktor yang paling berpengaruh terhadap laserasi ringan adalah paritas primipara (tabel 4). Faktor yang paling berpengaruh terhadap laserasi berat

adalah striae gravidarum sedang-berat (tabel 5). Striae gravidarum sedang-berat memiliki hubungan dengan laserasi ringan dan laserasi berat.

Tabel 4. Faktor-faktor yang paling mempengaruhi terjadinya laserasi ringan

| Variabel | Model 1 | Model 2 |
|-----------------------------------|------------------------|---------------------------|
| | RP 95%IK | RP 95%IK |
| Striae gravidarum sedang/berat | 1,259 1,3871-1,3926 | 1,230 1,23053-1,23066 |
| Primipara | | 1,2675 1,13709-1,41298 |
| R2 | 0,105 | 0,160 |

1,1175), dan posisi litotomi (RP 1,012: 95%IK 1,012: 1,011-1,0629) memiliki hubungan dengan laserasi perineum berat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Wahman *et al* dalam penelitiannya menjelaskan bahwa *striae gravidarum* yang banyak muncul di area perut wanita hamil ada hubungan bermakna dengan laserasi perineum.⁹ Wanita dengan *striae gravidarum* di area perut lebih banyak membutuhkan episiotomi dan mengalami laserasi

Tabel 5. Faktor-faktor yang paling mempengaruhi terjadinya laserasi perineum berat

| Variabel | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | RP 95%IK | RP 95%IK | RP 95%IK | RP 95%IK |
| Striae gravidarum sedang/berat | 1,847 1,350-2,525 | 1,765 1,302-2,392 | 1,828 1,339-2.495 | 1,676 1,246-2,255 |
| Primipara | | 1,076 1,0760-1,0763 | | 1,117 1,1172-1.1175 |
| Posisi litotomi | | | 1,039 1,039-1,0393 | 1,0612 1,0611-1,0629 |
| R2 | 0,308 | 0,400 | 0,335 | 0,317 |

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah *striae gravidarum* memiliki hubungan dengan laserasi perineum, dan juga untuk mengetahui faktor-faktor selain *striae gravidarum* yang mungkin berperan. Tabel 1 memperlihatkan *striae gravidarum* dan beberapa variabel bebas yang mungkin mempengaruhi terjadinya laserasi perineum. Semua variabel bebas tersebut diujikan secara bivariat ataupun multivariat terhadap laserasi perineum.

Tabel 2 menunjukkan hubungan *striae gravidarum* dan variabel bebas lain dengan laserasi perineum ringan secara bivariat, dan tabel 4 menunjukkan hubungan secara multivariat. Tabel 4 secara jelas menunjukkan bahwa *striae gravidarum* (RP 1,230: 95%IK 1,23053-1,23066) dan primipara (RP 1,2675: 95%IK 1,13709-1,41298) merupakan variabel yang memiliki hubungan dengan laserasi ringan. Tabel 3 menunjukkan hubungan *striae gravidarum* dan variabel lain dengan laserasi perineum berat secara bivariat dan tabel 5 menunjukkan hubungan secara multivariat. Tabel 5 menunjukkan *striae gravidarum* (RP 1,676: 95%IK 1,246-2,255), primipara (RP 1,117: 95%IK 1,1172-

perineum. Data ini mendukung dugaan bahwa *striae gravidarum* berpengaruh terhadap risiko terjadinya laserasi perineum. Penelitian Halperin *et al* menemukan bahwa *striae gravidarum* umumnya muncul di area perut, tetapi juga kerap muncul di paha, kemudian payudara dan pantat.¹⁰ Halperin *et al* menyimpulkan bahwa *striae gravidarum* yang semakin banyak muncul di beberapa tempat akan memberikan skoring yang tinggi untuk skor *striae* total yang meningkatkan risiko laserasi perineum, meskipun secara analisa statistik regresi *exact* logistik I menunjukkan nilai yang tidak bermakna.¹³ Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Diana menyatakan *striae gravidarum* di area perut jumlah sedang-banyak berhubungan dengan laserasi perineum, subyek dengan *striae gravidarum* sedang/banyak yang lebih banyak dilakukan episiotomi, yang mana episiotomi tersebut mengakibatkan laserasi perineum derajat III-IV.¹⁴

Striae gravidarum adalah akibat berperannya glukokortikoid. Glukokortikoid adalah hormon yang mengatur metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Peran hormon selama kehamilan, glukokortikoid kurang baik dalam mempengaruhi

kulit pada pembentukan *fibroblast* dari serabut kolagen dan elastin. Ketika kulit berkembang karena mengakomodasi pertumbuhan janin di dalam kandungan, tidak ada kolagen yang cukup dan serabut elastin untuk mempertahankan kekencangan kulit sehingga terjadi kerusakan kolagen–elastin ditandai dengan terjadinya *striae gravidarum*.¹⁵

Teori Poidevin (1959) menyatakan wanita hamil memiliki kecenderungan untuk penurunan toleransi glukosa, kondisi yang merupakan tanda adanya hiperaktivitas dari adrenokortikoid, dan berkembangnya *striae*. *Striae gravidarum* berkembang karena adanya perkembangan dari estrogen, relaksin yang memberikan respon terhadap keregangan akibat pertumbuhan janin dan peningkatan berat wanita. Peningkatan hormon kortikoid selama hamil juga dianggap sebagai faktor yang berkontribusi. Kolagen bertanggungjawab terhadap kekuatan dan elastisitas kulit, dalam keadaan normal substansi interfibrillar adalah sangat kental dan tidak ada selip ataupun perpecahan dari benang fibril. Pada kehamilan mekanisme ini terganggu sehingga *sliding irreversible* dan terjadi perpecahan serat.¹⁵ Ketika kulit berkembang karena mengakomodasi pertumbuhan janin di dalam kandungan, tidak ada kolagen yang cukup dan serabut elastin untuk mempertahankan kekencangan kulit sehingga terjadi kerusakan kolagen–elastin ditandai dengan terjadinya *striae gravidarum*.¹⁵ Kolagen, elastin, dan serat fibrilin menurun pada wanita dengan *striae gravidarum* dibandingkan dengan wanita dengan kulit yang utuh tanpa *striae gravidarum*.¹¹ Primigravida lebih banyak memiliki skor *striae gravidarum* yang lebih tinggi dibandingkan dengan multigravida.¹⁶ *Striae gravidarum* sendiri tidak dapat ditunjuk sebagai penyebab langsung trauma perineum, tetapi *striae gravidarum* merupakan atribut penurunan elastisitas kulit yang diidentifikasi memiliki tendensi terhadap trauma perineum.¹³

Primipara pada uji statistik bivariabel memiliki hubungan dengan laserasi perineum ringan dan laserasi berat, dan pada uji statistik multivariabel memiliki hubungan dengan laserasi perineum ringan dan berat.¹⁷ Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Williams menemukan primigravida berisiko untuk mengalami laserasi derajat tiga

selain episiotomi dan persalinan operatif dengan *forcep*.¹⁸ Williams et al menyatakan primipara lebih banyak mengalami injuri *sphincter* anus daripada multipara.¹⁸ Insidensi trauma perineum berat untuk primipara sebesar 5,4% sementara untuk multipara sebesar 1,7%.¹⁹ Penelitian Svare et al menemukan primipara memiliki hubungan dengan laserasi perineum dan juga memiliki hubungan dengan injuri *sphincter* anus.^{20,21}

Jaringan lunak jalan lahir dan struktur di sekitarnya akan mengalami kerusakan pada setiap persalinan. Kerusakan akan lebih nyata pada wanita primipara karena pada jaringan primipara lebih padat dan jauh lebih resisten daripada wanita multipara.³ Perineum sendiri lebih tidak elastis pada nulipara dan elastisitas tersebut akan semakin meningkat dengan meningkatnya paritas. Elastisitas perineum yang semakin meningkat, episiotomi tidak lagi selalu perlu dilakukan.²² Perineum pada primipara cenderung lebih kaku dibandingkan pada multipara karena belum pernah teregang sebelumnya pada persalinan terdahulu. Perineum yang kaku dan tidak elastis akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin, juga menyebabkan robekan perineum yang luas sampai tingkat III.²³ Pada ibu dengan paritas satu atau ibu primipara memiliki resiko lebih besar untuk mengalami robekan perineum daripada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan jalan lahir yang belum pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum belum meregang. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama (primipara) dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (multipara).²⁴

Berat badan bayi 3.001-3.500 gram pada uji bivariabel memiliki hubungan dengan laserasi ringan tetapi pada uji multivariabel menunjukkan tidak ada hubungan. Berat bayi 3.501-4.000 gram tidak memiliki hubungan dengan laserasi ringan ataupun berat. Penelitian ini sesuai penelitian Nkwabong yang menyatakan kelompok bayi berat 3.000-3.500 dengan berat >4.000gram sama-sama memiliki pengaruh terhadap terjadinya laserasi perineum, tetapi bayi berat >4.000gram memiliki risiko mengakibatkan laserasi perineum yang lebih tinggi.²⁵

Malposisi/malpresentasi yang ditemukan pada penelitian ini semuanya adalah *dystochia* bahu, dan

dilakukan *manuever mc Robert*. Uji statistik tidak ada hubungan dengan laserasi ringan ataupun berat. Hasil penelitian berbeda dengan penelitian Gurol-Urganci et al, menjelaskan *dystohcia* bahu memiliki risiko terhadap laserasi perineum derajat tiga atau empat. Penelitian Gurol-Urganci et al menyatakan semakin berat bayi, semakin tinggi risiko terjadinya *dystochia* bahu.²⁶ Penelitian Malek-Mellouli et al juga menemukan *dystochia* bahu ada hubungan dengan *inkontinensia anal* post partum akibat dari laserasi perineum berat yang ditimbulkannya.²⁷ Perbedaan hasil penelitian ini dengan referensi penelitian terdahulu kemungkinan karena sampel pada penelitian ini lebih sedikit dan berat bayi dibawah 4.000 gram, sementara penelitian terdahulu menggunakan subyek dengan ukuran bayi 4.000 gram.

Posisi persalinan yang diterapkan dalam penelitian ini adalah posisi horizontal, yaitu posisi *dorsal recumbent* dan posisi litotomi. Penelitian ini secara statistik posisi litotomi berhubungan dengan laserasi perineum berat. Kondisi berbeda dengan penelitian Meyvis et al, secara statistik posisi litotomi tidak berhubungan dengan laserasi perineum berat, dengan persentasi subyek dengan posisi litotomi yang mengalami laserasi perineum berat sebesar 2,3%.²³ Peningkatan risiko laserasi perineum berat pada penelitian ini kemungkinan karena posisi litotomi sering diterapkan untuk melakukan suatu tindakan persalinan atau apabila diprediksi kemungkinan ada penyulit saat pertolongan kala II berlangsung, sehingga memudahkan penolong melakukan *manuever*.

Keterbatasan penelitian ini adalah penilaian tentang *striae gravidarum* adalah dianggap sebagai sesuatu yang baru, meskipun terdapat standar warna dan jumlah tetapi Atwal et al menyusun instrumen tersebut berdasarkan etnis dimana dia saat itu berada, sehingga peneliti dan observer lain mendapatkan kesulitan untuk mengartikan warna *striae gravidarum* pada etnis Asia di Indonesia.⁷ Upaya yang dilakukan untuk memaksimalkan adalah melakukan modifikasi dan kembali mempelajari cara penilaian *striae gravidarum*. Peneliti membagi kelompok wanita dengan *striae* menjadi dua kelompok yaitu kelompok tanpa *striae gravidarum* dan *striae gravidarum* ringan dengan asumsi wanita tersebut memiliki elastisitas kulit yang baik,

dan kelompok *striae gravidarum* sedang-berat dengan asumsi wanita tersebut memiliki elastisitas yang kurang baik. Waktu yang dialokasikan untuk penelitian ini terbatas, sehingga tidak semua faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi laserasi perineum dapat dikaji dan diteliti. Jumlah sampel kemungkinan kurang mencukupi untuk mendapatkan sebaran merata pada variabel terikat, sehingga terdapat sel yang kosong.

KESIMPULAN DAN SARAN

Penilaian *striae gravidarum* sebelum persalinan dapat untuk memperkirakan laserasi perineum yang mungkin dialami saat persalinan vaginal, semakin banyak *striae gravidarum* yang dialami wanita hamil maka ada kecenderungan mengalami laserasi berat saat persalinan nanti. Pada wanita yang akan melahirkan sebaiknya dilakukan penilaian skor *striae gravidarum* sehingga dapat diperkirakan laserasi perineum yang mungkin terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Direktorat Bina Kesehatan Ibu. 2012. Pengumpulan data dan kajian kualitas pelayanan kesehatan ibu pada tingkat pelayanan kesehatan dasar dan rujukan di Indonesia tahun 2012, Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
2. Soong B, Barnes Mt. 2005. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?, School of Nursing and Midwifery, Queensland University of Technology, BIRTH journal, 2005:1-7.
3. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. 2012. Maternity and Women's Health Care., Elsevier Mosby, St Louis, USA.
4. Power D, Fitzpatrick M, O'Herlihy C. 2006. Obstetric anal spincter injury: how to avoid, how to repair: A literature review. The Journal of Family Practice, 2006, Vol 55(3):193-200.
5. Osman H, Rubeiz N, Tamim H, Nassar AH. 2006. Risk factor for the development of *striae gravidarum*, AM J Obstet Gynecol, doi:10.1016/j.ajog.2006.08.044, Jan 2007:621-625.
6. Chang AL, Agredano YZ, Kimball AB. 2004. Risk factor associated with *striae gravidarum*., J Am Acad Dermatol, 2004 volume 51:881-885.
7. Atwal GSS, Manku LK, Griffiths CEM, Polson DW. 2006. *Striae gravidarum* in primipara, Department

- of Obstetrics and gynecology, Hope Hospital, Manchester, British Association of Dermatologists, 2006:965-969.
8. J-Orh R, Titapant V. 2008. Prevalence and associate factor for striae gravidarum, Department of Obstetric and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, J Med Assoc Thai Vol 91 No. 4, 2008:445-451.
 9. Wahman AJ, Finan MA, Emerson SC. 2000. Striae gravidarum as a predictor of vaginal laceration at delivery, Department of Obstetrics and Gynecology, New Orleans, Southern Medical Journal, 2000:873-876.
 10. Halperin O, Raz I, Ben-Gal L, Or-Chen K, Granot M. 2009. Prediction of perineal trauma during childbirth by assessment of striae gravidarum score, JOGNN, 2009:292-297.
 11. Kapadia S, Kapoor S, Parmar, Patadia K, Vyas M. 2014. Prediction of perineal tear during childbirth by assessment of striae gravidarum score., Department of Obstetrics and Gynecology, BJ Medical College, Gujarat, India, International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2014:208-2012.
 12. Viera AJ, Garrett JM. 2005. Understanding interobserver Agreement : the kappa statistic, Family medicine, Mei 2005;37 (5):360-3.
 13. Hiramaya F, Koyanagi A, Mori R, Zhang J, Sauza JP, Gulmezoglu AM. 2012. Prevalence and risk factor for third and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery:a multi-country study, Tokyo, Japan, BJOG 2012: 340-345.
 14. Diana S. 2005. Hubungan striae gravidarum dengan terjadinya laserasi perineum pada persalinan vaginal, Tesis, Minat ilmu kedokteran klinik maternal perinatal, FK UGM.
 15. Boran SU, Cengiz H, Erman O, Erkaya S. 2013. Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal Incontinence in Nulliparous Female,Turkey, The Eurasian Journal of Medicine, June 2013:176-180.
 16. Leduc D, Biringir A, Lee L, Dy J. 2013. SOGC Clinical Practice Guideline, Induction of Labour, J Obstet Gynaecol C no 296, September 2013: 1-18.
 17. Williams A. 2003. Third-degree perineal tear: risk factor and outcome after primary repair, Department of Obstetrics and Gynaecology, Royal Bolton Hospital, Bolton, UK, Journal of Obstetrics and Gynaecology, November 2003:611-614.
 18. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfirevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. 2006. How to repair an anal sphincter injury after vaginal birth delivery: result of a randomized controlled trial, Liverpool Woans Hospital, UK, RCOG 2006, BJOG 2006:201-207.
 19. Groutz A, Hasson J, Wengier A, Gold R, Skornick-Rapaport A, Lessing JB, Gordon D. 2011. Third- and fourth- degree tear:prevalence and risk factors in the third millennium, American Journal of Obstetrics and Gynecology, April 2011:347.e1-347.e4.
 20. Svare JA, Hansen BB, Lose G. 2014. Risk factor for urinary incontinence 1 year after the first vaginal delivery in a cohort of primiparous Danish women, International Urogynecol Journal, January 2014:47-51.
 21. Siswosudarmo R. 2012. Panduan tatacara membuat proposal penelitian dan menulis tesis, Yogyakarta, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada.
 22. Chigbu B, Onwere S, Aluka C, Kamanu C, Adibe E. 2008. Factors influencing the use of episiotomy during vaginal delivery in South Eastern Nigeria, East African Medical Journal 2008 May;85(5):240-3.
 23. Meyvis I, Rompaey BV, Goormans K, Lambers S, Mestdagh E, Mistiaen W. 2012. Maternal position and other variable: effect on perineal outcomes in 527 Births, Artesis University College, Antwerp, Belgium, Birth journal, June, 2012:1-7.
 24. Rygh AB, Skjeldested FE, Komer H, Eggebo TM. 2014. Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal spincter injury in nulliparous women: a population-based, case control study. BMJ open 2014; 4(7): e004592.
 25. Nkwabong E. 2014. Maternal and neonatal complications of macrosomia, Sage journal, Vol 44, Issue 4, 2014 doi:10.1177/0049475514539479.
 26. Bahrami N, Soleimani MA, Nia HS, Shaigan H, Afshar MH. 2012. Striae gravidarum in Iranian women: prevalence and associated factor, Life Science Journal-Acta Zhengzhou University Overseas Edition, Vol 9 Issue 4 p 3032-3037.
 27. Malek-mellouli M, Assen S, Ben Amara F, Gada, H, Masmoudi K, Reziga H.2014. Incidence and risk factors of postpartum anal incontinence:a prospective study of 503 cases, Tunis Med, Februari 2014:159-63.