

**KOMPRES HANGAT PERINEUM KALA DUA MENURUNKAN
KEJADIAN DAN DERAJAT RUPTUR PERINEUM PADA PRIMIPARA**
*PERINEAL WARM COMPRESSES DURING THE SECOND STAGE OF
LABOUR DECREASE INCIDENCE AND DEGREE OF PERINEAL
LACERATION IN PRIMIPAROUS*

UMIYANTI



**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp.1)
PROGRAM STUDI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



TESIS

KOMPRES HANGAT PERINEUM KALA DUA MENURUNKAN KEJADIAN DAN DERAJAT RUPTUR PERINEUM PADA PRIMIPARA

Disusun dan diajukan oleh :

UMIYANTI

Nomor Pokok : C105215105


Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 18 September 2018

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI
KOMISI PENASEHAT**


Dr. dr. Trika Irianta, SpOG(K)
Ketua


Dr. dr. Fatmawati Madya, SpOG
Anggota

Ketua KPPS Pendidikan Dokter Spesialis
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin




K. Arif, SpAn-KIC-KAKV


Prof. dr. Budu, Ph.D.Sp.M(K),M,MedEd

**KOMPRES HANGAT PERINEUM KALA DUA MENURUNKAN
KEJADIAN DAN DERAJAT RUPTUR PERINEUM PADA PRIMIPARA**

TESIS

Sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Pendidikan
Dokter Spesialis dan mencapai sebutan
Spesialis Obstetri dan Ginekologi

Disusun oleh

UMIYANTI

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1 (Sp.1)
PROGRAM STUDI ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : **Umiyanti**

No. Pokok : C105215105

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juni 2018

Yang menyatakan

Umiyanti



TESIS

KOMPRES HANGAT PERINEUM KALA DUA MENURUNKAN KEJADIAN DAN DERAJAT RUPTUR PERINEUM PADA PRIMIPARA

Disusun dan diajukan oleh

UMIYANTI

Nomor Induk C 105 215 105

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 18 September 2018

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi penasihat

Dr. dr. Trika Irianta, Sp.OG(K)

Pembimbing 1

Ketua Program Studi

Departemen Obstetri dan Ginekologi

Universitas Hasanuddin

Dr. dr. Fatmawati Madya, Sp.OG

Pembimbing 2

Ketua Departemen Obstetri dan Ginekologi

Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Deviana S. Riu, Sp.OG(K) Prof. Dr. dr.Syahrul Rauf, Sp.OG(K)

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji dan syukur ke hadapan ALLAH SWT, atas segala rahmat, berkat, karunia serta perlindungan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagaimana mestinya sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 pada Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis bermaksud memberikan informasi ilmiah mengenai hubungan panjang badan perineum dan kompres hangat perineum kala dua terhadap kejadian dan derajat ruptur perineum pada primipara yang dapat menjadi bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada **Dr.dr.Trika Irianta, SpOG(K)** sebagai pembimbing I dan **Dr. dr. Fatmawati Madya, SpOG** sebagai pembimbing II atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap permasalahan penelitian ini, pelaksanaan sampai dengan penulisan tesis ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada **Dr. dr. Isharyah Sunarno, Sp. OG(K)** sebagai pembimbing statistik yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam bidang statistik dan pengolahan data dalam penelitian ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada **dr. David**

Sp.OG (K) dan **dr. Retno B Farid, Sp.OG(K)** sebagai
gah yang memberikan kritik dan saran dalam menyempurnakan



penelitian ini.

Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kepala Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin **Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG(K)**; Ketua Program Studi **Dr. dr. Deviana Soraya Riu, Sp.OG(K)**; Sekretaris Program Studi, **dr. Nugraha Utama Pelupessy, Sp.OG(K)**, seluruh staf pengajar beserta pegawai di Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis selama pendidikan.
2. Penasihat akademik penulis **DR. dr. Samrichard R, Sp.OG** yang telah mendidik dan memberikan arahan selama mengikuti proses pendidikan.
3. Teman sejawat peserta PPDS-1 Obstetri dan Ginekologi khususnya angkatan Juli 2015 atas bantuan dan kerjasamanya selama proses pendidikan
4. Paramedis dan staf Departemen Obstetri dan Ginekologi di seluruh rumah sakit jejaring atas kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Kedua orang tua penulis **Anwar Thenu dan Rabiah Husain**, telah

memberikan restu untuk penulis melanjutkan pendidikan, disertai dengan doa, kasih sayang, dan dukungan yang luar biasa selama



penulis menjalani pendidikan.

6. Kakak dan adik kandung penulis, saudara-saudara dan keluarga besar yang telah memberikan kasih sayang yang tulus, dukungan, doa dan pengertiannya selama penulis mengikuti proses pendidikan.
7. Pasien yang telah bersedia mengikuti penelitian ini sehingga penelitian dapat berjalan sebagaimana mestinya.
8. Semua pihak yang namanya tidak tercantum namun telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga tesis memberikan manfaat dalam perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya serta Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada khususnya di masa yang akan datang.

Makassar, September 2018

Umiyanti



ABSTRAK

UMIYANTI. Kompres Hangat Perineum Kala Dua Menurunkan Kejadian Dan Derajat Ruptur Perineum Pada Primipara(dibimbing oleh Trika Irianta, Fatmawati Madya, Isharyah Sunarno, David Lotisna, Retno B Farid)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Panjang Badan Perineum dan Kompres Hangat Perineum Kala Dua Terhadap Kejadian dan Derajat Ruptur Perineum Pada Primipara.

Metode penelitian yang digunakan adalah *nonrandomized controlled trial*, Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Pendidikan Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin periode Januari 2018– Mei 2018. Total sampel yang diperoleh adalah 62 untuk kelompok kompres hangat perineum dan 62 untuk kelompok kontrol.

Hasil yang didapatkan setelah dilakukan uji hubungan dengan *Chi Square* adalah kompres hangat perineum yang dilakukan saat inpartu kala dua pada primipara berpengaruh terhadap kejadian ruptur perineum ($p = 0.030$) dan dapat mengurangi derajat ruptur perineum ($p = 0.004$). Selain itu, panjang badan perineum tidak berhubungan dengan kejadian ruptur perineum ($p = 1.000$) dan derajat ruptur perineum pada primipara ($p = 0.149$), namun kompres hangat perineum memiliki manfaat yang baik dalam mengurangi derajat ruptur perineum khususnya pada primipara dengan panjang badan perineum yang $< 3,3$ cm ($p = 0.006$).

Kata Kunci: Kompres hangat perineum, Panjang Badan Perineum, Ruptur Perineum, Primipara



ABSTRACT

UMIYANTI. *Perineal Warm Compresses During The Second Stage Of Labour Decrease Incidence And Degree Of Perineal Laceration In Primiparous* (supervised by Trika Irianta, Fatmawati Madya, Isharyah Sunarno, David Lotisna, Retno B Farid)

The research aimed to know the correlation of perineal warm compresses and perineal body length during the second stage on incident and degree of perineal laceration in primiparous.

Using nonrandomized controlled trial design which was conducted in the Department of Obstetrics and Gynecology, Teaching Hospital, Faculty of Medicine, Hasanuddin University from January to May 2018. There were 62 samples for the perineal warm compress group and 62 samples for the control.

After the Chi Square correlation test, the result indicates that there is a significant correlation between the perineal warm compresses during the second stage with the incident ($p = 0.030$) and degree ($p = 0.004$) of perineal laceration in the primiparous. However, the perineal body length does not have any correlation with the incident ($p = 1.000$) and degree ($p = 0.149$) of perineal laceration in primiparous, but perineal warm compresses decreasing the degree of the perineal laceration, particularly in perineal body length of < 3.3 cm ($p = 0.006$).

Keywords: Perineal Warm Compresses, Perineal Body Length, Perineal Laceration, Primiparous



DAFTAR ISI

	halaman
PRAKATA	iii
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR ARTI LAMBANG / SINGKATAN	xiv
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
a. Tujuan Umum	4
b. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	5
II. TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Perineum	6
a. Anatomi Perineum	6
b. Ruptur Perineum	10
fisiologi Otot Rangka	13
ompres Hangat Perineum	18



D. Persalinan Normal	22
E. Kerangka Teori	26
F. Kerangka Konsep	27
G. Hipotesis	28
H. Definisi Operasional	28
III. METODE PENELITIAN	31
A. Rancangan Penelitian	31
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	31
C. Populasi Penelitian	31
D. Sampel dan cara pengambilan Sampel	32
E. Kriteria inklusi dan eksklusi	33
F. Cara Kerja	34
G. Alur Penelitian	36
H. Pengolahan dan Penyajian	37
I. Aspek Etis	37
J. Waktu Penelitian	38
K. Personalia Penelitian	38
IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	39
A. Hasil Penelitian	39
1. Karakteristik Sampel Penelitian	41
2. Analisis Bivariat	41
Pembahasan	45
DAFTAR PUSTAKA	54



A. Kesimpulan	54
B. Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN	59



DAFTAR TABEL

Nomor		halaman
1	Distribusi karakteristik sampel penelitian	41
2	Analisis perbandingan kejadian dan derajat ruptur perineum antara kelompok yang dilakukan kompres hangat perineum dan yang tidak dilakukan kompres hangat perineum, serta kelompok dengan panjang badan perineum < 3.3 cm dan ≥ 3.3 cm	42
3	Analisis perbandingan derajat ruptur perineum antara kelompok yang dilakukan kompres hangat perineum dan kelompok yang tidak dilakukan kompres hangat perineum berdasarkan panjang badan perineum.	43



DAFTAR GAMBAR

Nomor		halaman
1	Vulva dan Perineum	6
2	Segitiga Urogenital	7
3	Tingkat Ruptur Perineum	11
4	Organisasi Otot Rangka	13
5	Refleks Tendon Golgi	17
6	Kerangka Teori	26
7	Kerangka Konsep	27
8	Alur Penelitian	36



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		halaman
1	Naskah Penjelasan Untuk Responden	57
2	Formulir Persetujuan Mengikuti Penelitian	60
3	Formulir penelitian	61
4	Prosedur Kompres Hangat Perineum	62
5	Rekomendasi Persetujuan Etik	63



DAFTAR ARTI LAMBANG / SINGKATAN

Lambang / singkatan	Arti dan keterangan
ATP	Adenosin Trifosfat
ADP	Adenosin Difosfat
DJJ	Denyut Jantung Janin
POP-Q	Pelvic Organ Prolapse – Quantification
SSP	Sistem Saraf Pusat



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Setiap tahun kurang lebih 600.000 perempuan meninggal dunia karena komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Sebagian besar terjadi di negara-negara berkembang. Perawatan antenatal, natal dan postnatal adalah salah satu cara pelayanan dasar untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkan. Pencegahan trauma perineum adalah salah satu pilihan terbaik dalam persalinan untuk meminimalkan trauma perineum dan mengurangi morbiditas ibu. Trauma jalan lahir paling sering terjadi pada persalinan pervaginam dan umumnya pada perempuan primipara. Ruptur perineum adalah salahsatu komplikasi dan merupakan masalah yang masih sering terjadi dalam persalinan pervaginam baik ringan seperti laserasi mukosa sampai robekan berat yang melibatkan otot perineum dan rektum. Ruptur perineum berhubungan dengan beberapa komplikasi seperti perdarahan, nyeri perineum, dyspareunia, fistula rektovaginal, abses perineum dan inkontinensia. Beberapa komplikasi juga memiliki efek negatif pada fisik, psikologi, aspek sosial dan kualitas hidup. Beberapa faktor risiko

ruptur perineum telah dilaporkan yaitu usia lanjut, primipara,



persalinan dengan alat, makrosomia, analgesia epidural, distosia, penggunaan oxytocin dan episiotomi. (Essa and Ismail 2016)

Badan perineum merupakan susunan piramida jaringan fibromuskular yang berada antara bagian distal dinding posterior vagina dan anus. Ukurannya kira-kira 2 cm sampai 5 cm. (Diana Hamilton 2004, Schorge 2008, Richard Warren 2009, Berek 2012). Pada tahun 2004, Deering dkk dari Bethesda meneliti panjang badan perineum dan ruptur pada persalinan. Mereka menghitung badan perineum dari 133 perempuan dari *forchette* ke bagian tengah anus, panjang rata-rata 3,9 cm. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara panjang badan perineum nullipara dan multipara. Badan perineum kurang atau sama dengan 2,5 cm sangat signifikan untuk kejadian ruptur perineum berat, dimana kejadiannya sepuluh kali lipat daripada badan perineum dengan ukuran lebih dari 2,5 cm (Deering SH 2004, Scott 2005). Sedangkan penelitian yang dilakukan di RS Al Azhar yang melibatkan 100 ibu hamil di dapatkan bahwa insiden terjadinya ruptur perineum lebih besar pada perempuan dengan panjang badan perineum ≤ 3 cm dibandingkan dengan perempuan dengan panjang badan perineum > 3 cm. (Sparks, Wong et al. 2009)

Kompres hangat perineum pada kala II merupakan salah-satu cara yang dapat di tawarkan untuk menurunkan kejadian ruptur perineum. Dimana dengan kompres hangat perineum kala II dapat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan



aliran darah, mengurangi nyeri, membuat otot-otot relaksasi, menjadi lebih elastis dan memberikan rasa nyaman kepada ibu. Studi meta analisis yang dilakukan pada 1.525 perempuan yang sampelnya ambil secara acak untuk dilakukan kompres hangat pada perineum kala II dibandingkan dengan yang tidak dilakukan kompres hangat menunjukkan hasil yang signifikan yaitu menurunkan kejadian ruptur perineum tingkat tiga dan empat pada kelompok yang dilakukan kompres hangat perineum. Walaupun tidak meningkatkan kejadian perineum intak saat persalinan. Kompres hangat perineum juga dapat diterima oleh ibu inpartu kala II, mudah dilakukan, tidak memerlukan biaya besar dan dapat dilakukan di semua tingkat fasilitas kesehatan itulah kenapa cara ini dapat menjadi pilihan asuhan persalinan kala II dalam menurunkan risiko ruptur perineum.(Aasheim, Nilsen et al. 2017)

Penelitian membandingkan perlakuan kompres hangat perineum kala II pada primipara dengan panjang badan perineum yang berisiko ruptur ini belum pernah dilakukan di Universitas Hasanuddin Makassar. Oleh karena itu kami akan melakukan penelitian ini, sehingga dapat diketahui apakah ukuran panjang badan perineum tertentu dengan perlakuan kompres hangat kala II dapat digunakan sebagai asuhan persalinan kala II dalam menurunkan risiko

dinya ruptur perineum terutama pada perempuan primipara.



B. RUMUSAN MASALAH

Apakah kompres hangat perineum kala II dan panjang badan perineum mempengaruhi kejadian dan derajat ruptur perineum pada primipara?

C. TUJUAN PENELITIAN

a. TUJUAN UMUM

Mengetahui hubungan kompres hangat perineum kala II dan panjang badan perineum terhadap kejadian dan derajat ruptur perineum pada primipara.

b. TUJUAN KHUSUS

- 1) Mengetahui kejadian dan derajat ruptur perineum pada kelompok primipara yang dilakukan kompres hangat perineum kala dua dan yang tidak dilakukan kompres hangat perineum kala dua.
- 2) Mengetahui kejadian dan derajat ruptur perineum pada kelompok primipara dengan panjang badan perineum < 3.3 cm dan ≥ 3.3 cm.
- 3) Membandingkan kejadian dan derajat ruptur perineum pada kelompok primipara yang dilakukan kompres hangat perineum kala dua dan kelompok yang tidak dilakukan kompres hangat perineum kala dua berdasarkan panjang badan perineum < 3.3 cm dan ≥ 3.3 cm.



D. MANFAAT PENELITIAN

a. MANFAAT DIBIDANG PELAYANAN

Memberikan informasi ilmiah mengenai intervensi untuk mencegah terjadinya ruptur perineum berat yaitu dengan kompres hangat perineum kala dua dan menilai ukuran panjang badan perineum yang dapat menjadi indikator objektif untuk memperkirakan derajat ruptur perineum.

b. MANFAAT DIBIDANG AKADEMIK

1. Memberikan informasi ilmiah mengenai kompres hangat perineum kala II yang dapat menurunkan kejadian dan derajat ruptur perineum.
2. Memberikan informasi ilmiah mengenai panjang badan perineum yang dapat menjadi indikator kejadian dan derajat ruptur perineum.
3. Sebagai data dasar dan inspirasi untuk penelitian selanjutnya.



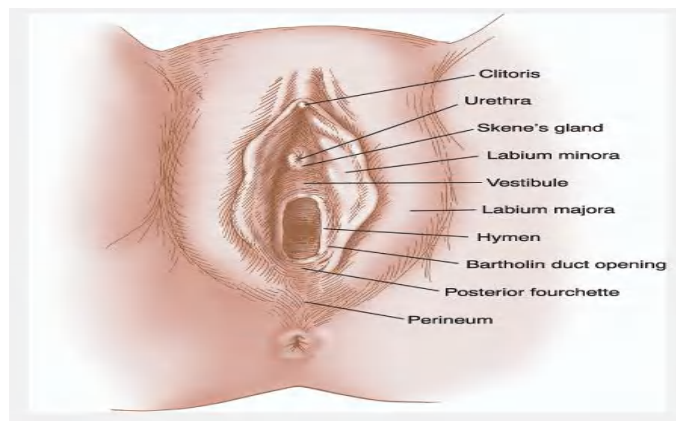
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PERINEUM

a. Anatomi perineum

Perineum berada di bagian paling bawah dari badan dan berada di antara vagina dan rektum. Dibatasi oleh tepi bawah tulang simpisis pubis pada bagian anterior, ujung tulang koksigeus pada bagian posterior dan tuberositas tulang ishium pada bagian lateral (Berek 2012).



Gambar 1. Vulva and Perineum (Berek 2012)

Perineum merupakan ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak dibawah dasar panggul. Berada di antara vagina dan rektum, bentuknya didominasi oleh otot bulbokavernosus dan perineal transversa (Leeman, Spearman et al. 2003).



Batas-batasnya adalah:

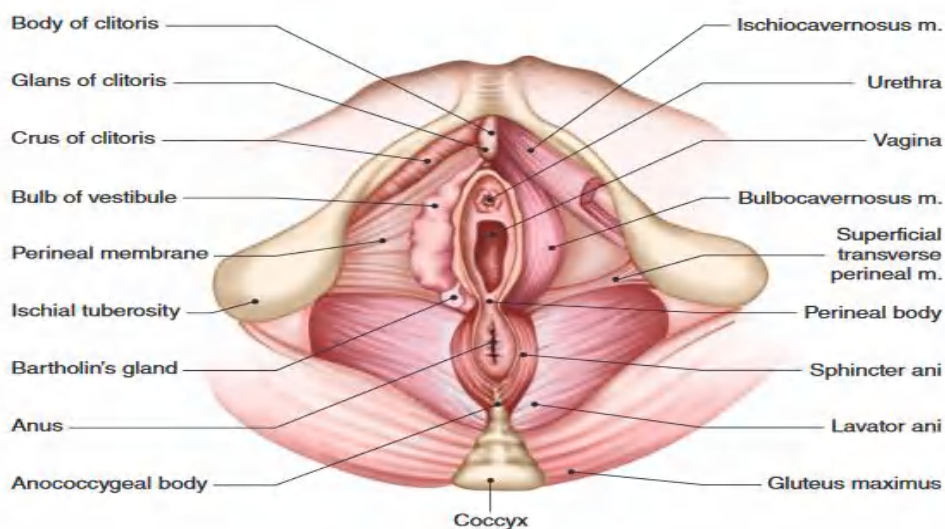
- a. Superior: Dasar panggul yang terdiri dari Muskulus Levator Ani dan Muskulus Koksigeus.
- b. Lateral: tulang dan ligamen yang membentuk pintu bawah pinggul (eksitus pelvis): yakni dari depan ke belakang angulus subpubikus, ramus iskiopubikus, tuber iskiadikum, ligamentum Sakrotuberosum, os koksigis.

- c. Inferior: kulit dan fascia

Area ini terbagi menjadi dua segitiga: bagian anterior merupakan segitiga urogenital dan pada bagian posterior merupakan segitiga anal (Foote, Posner et al. 2013)

UROGENITAL TRIANGLE

The urogenital triangle is bounded:



Gambar 2. Segitiga urogenital (Foote, Posner et al. 2013)

Segitiga Urogenital di batasi oleh:

- a. Batas anterior oleh sudut sub pubis



- b. Batas lateral oleh ramus iskiopubis dan tuberositas iskial
- c. Batas posterior oleh otot perineal transversal dan dasar diafragma urogenital

Segitiga Anal dibatasi oleh:

- a. Batas anterior oleh otot perineal transversal dan dasar diafragma urogenital
- b. Batas lateral oleh tuberositas iskial dan ligamentum sakrotuberous
- c. Batas posterior oleh koksigeus (Foote, Posner et al. 2013)

Badan perineum merupakan massa fibromuskular berbentuk piramidal yang ditemukan pada pertengahan yang menghubungkan segitiga anterior(urogenital) dan posterior(anal) dari perineum (Richard Warren 2009, F Gary Cunningham 2014)

Badan perineum juga merupakan jaringan penyambung yang memiliki serabut retikular, elastin dan kolagen yang liputi oleh substansi proteoglikan dan glikosaminoglikan. Kolagen merupakan komponen yang paling banyak dengan fungsi kekuatan dan ketegangan dari otot. Pada dinding dasar pelvis yang paling dominan adalah kolagen tipe I dan III (Essa and Ismail 2016)

Pada perempuan normal panjang badan perineum ini sekitar 4-5 cm, dan akan berkurang pada kondisi prolaps organ pelvik yang lanjut atau pada keadaan terjadinya robekan perineum pasca



persalinan yang tidak dikelola dengan baik (POGI 2013). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lucy Lisa dan dipublikasi pada tahun 2013 mengenai Perbandingan Ukuran Komponen POP-Q Perempuan Multipara dan Nullipara, didapatkan bahwa panjang badan perineum pada perempuan nullipara khususnya di Makassar adalah sebesar 3,27 cm dengan standar deviasi 0,22 (Lisa 2013).

Suplai darah perineum berasal dari cabang a. Pudendus interna yang berasal dari cabang a. iliaka interna yang keluar dari pelvis melalui spina iskiadika dan mencapai perineum melalui foramen iskiadika. Arteri ini berjalan melalui ramus pubis hingga membran perineum dan bercabang ke M. bulbokavernosus dan klitoris. Percabangan arteri hingga ke rektal bagian inferior sebagai a. hemoroid interna. Arteri dari inferior rektal melewati fossa iskiorektal dan menyuplai darah ke M. Sphincter ani dan M. Levator ani. Cabang arteri ini menjadi sumber perdarahan bila terdapat luka superfisial pada anus atau fossa iskiorektal. Arteri ini berjalan bersama vena yang bermuara pada vena pudendus. Arteri pada vulva juga memberi cabang pada otot dan merupakan sumber perdarahan jika terjadi luka pada vulva. Arteri transversus perinei mensuplai permukaan perineum yang dapat menjadi sumber perdarahan jika terjadi lacerasi pada perineum. Cabang yang lain adalah percabangan ke M. Bulbokavernosus. Vena-vena pada



perineum tidak memiliki katup dan beranastomosis ke pleksus vena intrapelvis. Nervus pudendus berasal dari sacral 2- sacral 4 yang menginervasi sensorik maupun motorik perineum. Persarafan ini keluar dari pelvis melalui foramen iskiadika, berjalan sepanjang spina iskiadika hingga M. Obturator interna melalui fossa iskiorektal. Kemudian bercabang ke posterior dan medial ke tuberositas iski dan bercabang tiga ke inferior rektal, perineum dan klitoris (Sokol and Shveiky 2008).

b. Ruptur perineum

Ruptur perineum atau robekan perineum lebih umum terjadi pada pada pasien primigravida karena perineumnya masih kaku. Faktor yang mungkin paling utama adalah luasnya arkus pubis (yang mencerminkan luasnya jalan lahir), ukuran dan posisi kepala janin. Semua jenis malpresentasi meningkatkan jumlah regangan yang terjadi pada perineum (Hanretty 2010).

Faktor risiko perlukaan jalan lahir : (POGI 2013)

1. Kepala janin terlalu cepat lahir
2. Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
3. Perineum kaku / banyak jaringan parut
4. Persalinan distosia bahu
5. Partus pervaginam dengan tindakan



Klasifikasi Derajat Robekan Perineum, derajat robekan perineum akut pasca persalinan menurut Sultan dibagi menjadi 4 derajat, yaitu : (POGI 2013)

1. Derajat I : robekan hanya mengenai mukosa vagina dan kulit perineum
2. Derajat II : robekan yang lebih dalam mencapai otot-otot perineum tetapi tidak melibatkan otot-otot sfingter ani
3. Derajat III : robekan sudah melibatkan otot sfingter ani, dibagi menjadi 3 sub grup, yaitu
 - a. III a :robekan mengenai < 50% ketebalan otot sfingter ani eksterna
 - b. III b :robekan mengenai > 50% ketebalan otot sfingter ani eksterna
 - c. III c :robekan sampai mengenai otot sfingter ani interna
4. Derajat IV : robekan sampai ke mukosa anus

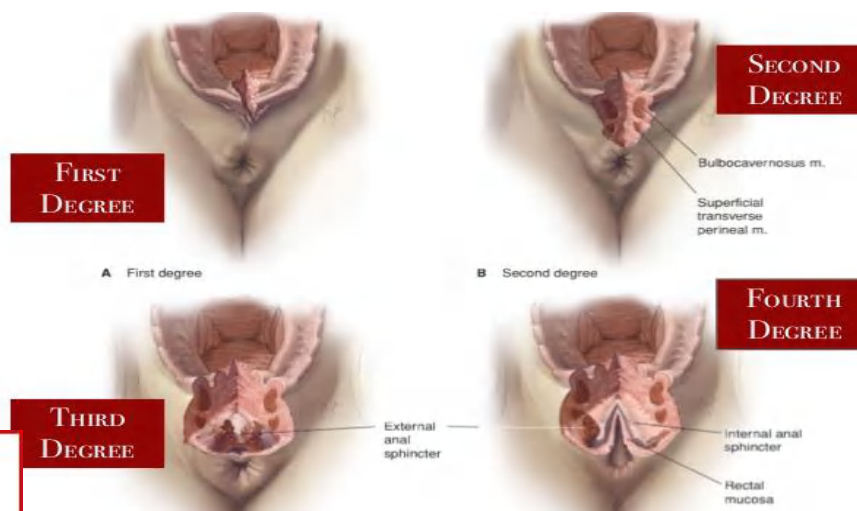


Fig. 3. Tingkat Ruptur perineum (Cunningham, Leveno et al. 2012)

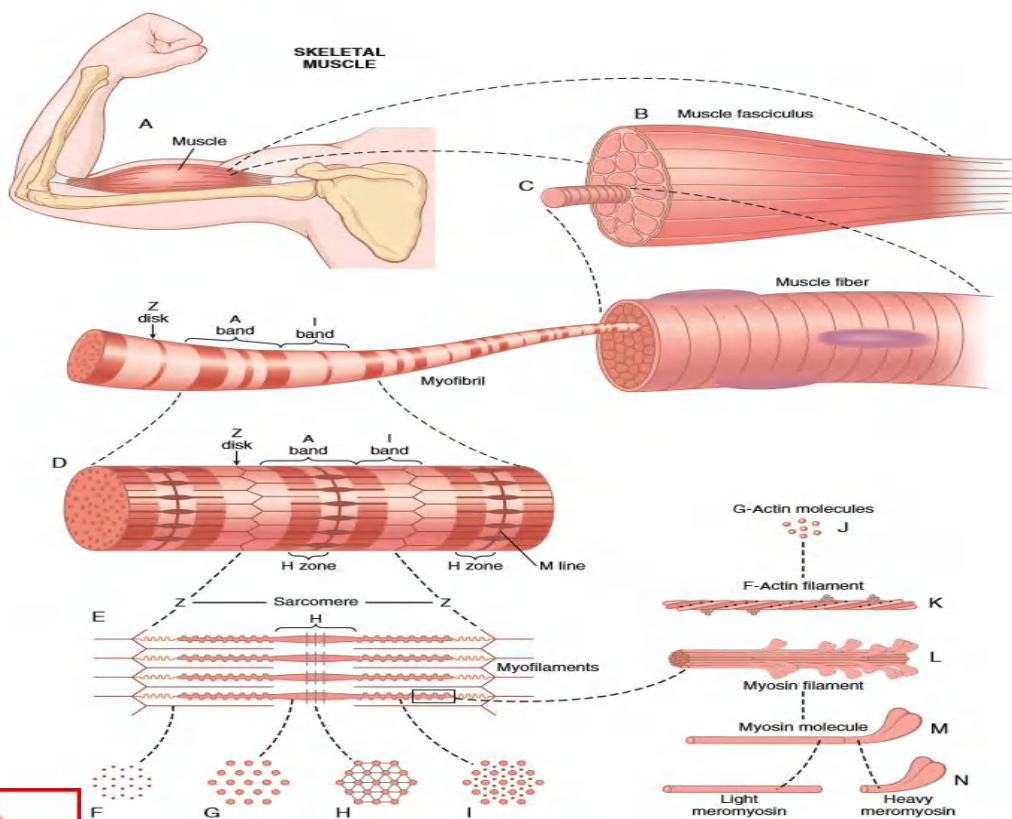
Penelitian yang dilakukan oleh Dua A et al(2009) mendapatkan hubungan yang signifikan untuk kejadian ruptur perineum tingkat tiga pada perempuan dengan badan perineum yang pendek dengan panjang rata-rata badan perineum dalam penelitiannya sekitar 3.7 ± 0.9 cm (Dua, Whitworth et al. 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian Rizk and Thomas (2000) *cit.* (Hokenstad, EL-Nashar et al. 2015) menemukan dalam penelitiannya bahwa panjang badan perineum yang kurang dari 4 cm berhubungan dengan peningkatan resiko episiotomi, ruptur perineum dan persalinan pervaginam yang membutuhkan alat bantu. Deering et al(2008) dalam penelitiannya mengukur panjang badan perineum 133 perempuan dari forset ke mid anus, dengan panjang rata-rata 3.9 cm. Tidak ada perbedaan signifikan antara panjang badan perineum perempuan nullipara dan multipara. Panjang badan perineum 2.5 cm atau kurang secara signifikan meningkatkan ruptur perineum berat dengan kemungkinan 10 kali lipat dibandingkan dengan panjang badan perineum dengan ukuran lebih dari 2.5 cm. Perempuan dengan badan perineum yang pendek juga meningkatkan resiko persalinan pervaginam dengan menggunakan alat bantu (Deering, Carlson et al. 2004). Sedangkan Samia (2011) dalam penelitiannya menunjukkan perbedaan signifikan kejadian ruptur perineum secara statistik antara dua grup yaitu tinggi

a grup dengan panjang badan perineum ≤ 3.5 cm dibandingkan dengan grup dengan panjang badan perineum ≥ 3.5 cm (Eid 2011).



B. FISILOGI OTOT RANGKA

Kira-kira 40 persen dari seluruh tubuh terdiri dari otot rangkadan 10 persen lainnya adalah otot polos dan otot jantung. Semua otot rangka dibentuk oleh sejumlah serat yang diameternya berkisar dari 10 sampai 80 mikrometer. Masing-masing serat ini terbuat dari rangkaian subunit yang lebih kecil. Ciri struktural yang paling menonjol pada serat otot rangka adalah adanya banyak miofibril. Setiap miofibril terdiri dari susunan teratur unsur-unsur sitoskeleton yang sangat terorganisasi berupa filamen tebal yaitu miosin dan filamen tipis yaitu aktin. (Hall and Guyton 2016)



Gambar. 4

Organisasi otot rangka, dari yang besar sampai tingkat molekuler



Miofibril; Filamen Aktin Dan Miosin. Setiap serat otot mengandung beberapa ratus sampai beberapa ribu miofibril yang diperlihatkan pada Gambar (C) berupa bulatan-bulatan kecil pada potongan melintang. Setiap miofibril (Gambar D dan E) kemudian, terletak berdampingan memiliki sekitar 1500 filamen miosin dan 3000 filamen aktin yang merupakan molekul protein polimer besar yang bertanggung jawab untuk kontraksi otot. Filamen-filamen ini dilukiskan secara diagram pada Gambar bagian E sampai L. Filamen tebal dalam diagram adalah miosin dan filamen tipis adalah aktin. Filamen miosin dan aktin sebagian saling bertautan sehingga menyebabkan miofibril memiliki pita terang dan gelap yang berselangseling. Pita-pita terang hanya mengandung filamen aktin dan disebut *pita I* karena mereka bersifat isotropik terhadap cahaya yang dipolarisasikan. Pita-pita gelap mengandung filamen miosin, juga ujung-ujung filamen aktin tempat mereka menumpang tindih miosin. dan disebut *pita A* karena mereka bersifat anisotropik terhadap cahaya yang dipolarisasikan. Perhatikan juga penonjolan-penonjolan kecil dari samping filamen miosin. Penonjolan ini merupakan jembatan penyeberangan. Mereka menonjol dari permukaan filamen miosin sepanjang seluruh filamen kecuali pada bagian tengah. Interaksi antara jembatan penyeberangan dan filamen aktin menyebabkan

Interaksi. (Hall and Guyton 2016)



Timbul dan berakhirnya kontraksi otot terjadi karena suatu potensial aksi berjalan disepanjang sebuah saraf motorik sampai ke ujungnya pada serat otot. Pada setiap ujung, saraf menyekresi substansi neurotransmitter, yaitu asetilkolin, dalam jumlah sedikit. Asetilkolin bekerja pada area setempat pada membran serat otot untuk membuka banyak saluran bergerbang asetilkolin melalui molekul-molekul protein dalam membran serat otot. Terbukanya saluran asetilkolin memungkinkan sejumlah besar ion natrium untuk mengalir ke bagian dalam membran serat otot pada titik terminal saraf. Peristiwa ini akan menimbulkan suatu potensial aksi dalam serat otot. Potensial aksi akan berjalan di sepanjang membran serat otot dalam cara yang sama seperti potensial aksi berjalan di sepanjang membran saraf. Potensial aksi akan menimbulkan depolarisasi membran serat otot, dan juga berjalan secara dalam di dalam serat otot, pada tempat di mana potensial aksi menyebabkan retikulum sarkoplasma melepaskan sejumlah besar ion kalsium, yang telah disimpan di dalam retikulum, ke dalam miofibril. Ion-ion kalsium menimbulkan kekuatan menarik antara filamen aktin dan miosin, yang menyebabkannya bergerak bersama-sama, dan menghasilkan proses kontraksi. Setelah kurang dari satu detik, ion kalsium dipompa kembali ke dalam retikulum sarkoplasma, tempat ion-ion ini disimpan sampai potensial

otot yang baru datang lagi pengeluaran ion kalsium dari miofibril
n menyebabkan kontraksi.(Hall and Guyton 2016)

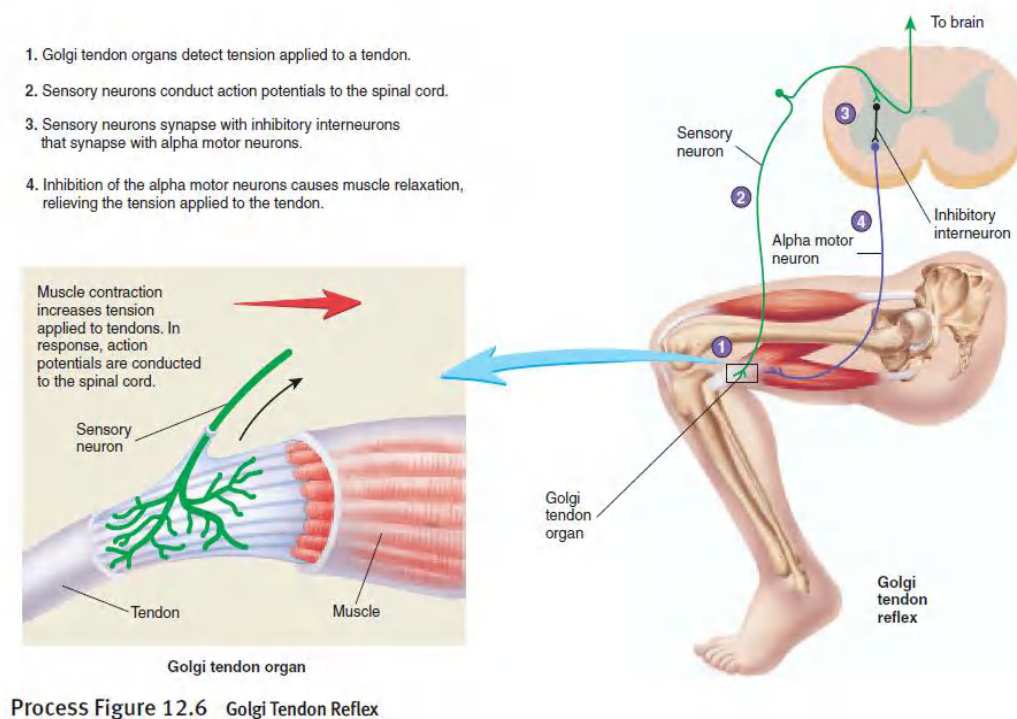


Untuk pengaturan fungsi otot yang tepat tidak hanya dibutuhkan eksitasi otot oleh neuron-neuron motorik anterior, namun juga dibutuhkan informasi umpan balik (feedback) yang dikirimkan secara terus menerus dari setiap otot ke medula spinalis, sehingga dapat menjelaskan keadaan otot setiap saat. Jadi, bagaimana panjang otot, bagaimana keadaan tegangan saat itu dan seberapa cepat perubahan panjang atau tegangannya, untuk menyediakan informasi ini, otot dan tendonya dipasok secara berlebihan oleh dua macam reseptor sensorik yang khusus, yakni: (1) *kumparan otot*, yang tersebar di seluruh bagian perut (belly) otot dan yang mengirimkan informasi mengenai panjang otot atau kecepatan perubahan panjang otot menuju sistem saraf, dan (2) *organ tendo Golgi*, yang terletak di tendo otot dan menyalurkan informasi mengenai tegangan atau kecepatan perubahan tegangan. Sebagian atau seluruh sinyal yang berasal dari kedua reseptor digunakan untuk mengatur otot itu sendiri, sebab hampir seluruh reseptor bekerja secara tak sadar. Walaupun begitu, reseptor-reseptor ini menyalurkan banyak sekali informasi tidak hanya ke medula spinalis saja tetapi juga ke serebelum dan bahkan ke korteks serebri, membantu fungsi setiap bagian sistem saraf dalam mengatur kontraksi otot. (Hall and Guyton 2016)

Bila organ tendo Golgi sebuah otot dirangsang oleh kenaikan panjang otot, sinyalnya akan dijalarkan ke medula spinalis guna menimbulkan refleks yang akan mempengaruhi otot yang sesuai.



Refleks ini seluruhnya bersifat menghambat. Jadi, refleks ini akan mencetuskan suatu mekanisme umpan balik negatif yang nantinya akan mencegah agar tegangan pada otot tidak terlalu besar.



Gambar. 5

Refleks Tendon Golgi

Bila ada tegangan pada otot yang mengakibatkan tegangan pada tendo menjadi ekstrem, maka efek penghambat dari organ tendo juga akan menjadi sedemikian besarnya sehingga menimbulkan reaksi mendadak pada medula spinalis dan dengan segera relaksasi seluruh otot. Efek ini disebut reaksi pemanjangan yang mungkin merupakan mekanisme pelindung agar otot tak robek atau tendonnya tak tertarik dari tempat pelekatnya pada tulang,



contohnya kita tahu bahwa perangsangan listrik secara langsung pada otot di laboratorium yang tak dapat dilawan oleh refleks negatif ini dapat berakibat merusak. Sedangkan perangsangan secara mekanik, kimiawi, radiasi elektromagnetik dan perubahan suhu membran yang masih bisa di lawan oleh refleks tendon dari organ tendon golgi akan memberikan sifat menghambat sehingga otot tidak rusak.(Hall and Guyton 2016)

Kompres hangat perineum yang dilakukan pada otot yang berkontraksi pada proses persalinan kala II di harapkan merangsang reaksi penghambat pada tendon otot sehingga memberikan rangsangan pada organ tendon Golgi yang berada di dalamnya sehingga ujung reseptor organ Golgi teregang dan memberikan masukan inhibitorik dengan efek relaksasi otot yang berguna meminimalkan resistensi perineum pada proses persalinan kala II.

C. KOMPRES HANGAT PERINEUM

Penggunaan kompres hangat perineum sudah diaplikasikan oleh bidan-bidan di beberapa negara berbeda untuk menurunkan trauma jalan lahir dan memberikan rasa nyaman kepada ibu dalam proses kelahiran. Stimulasi panas ini akan merangsang reseptor suhu pada kulit dan jaringan yang lebih dalam lagi sehingga mengurangi

nyeri sesuai dengan teori *Gate Control* yang menyebabkan relaksasi daerah perineum. Kompres hangat perineum adalah



memberikan rasa hangat pada daerah perineum dengan menggunakan media tertentu yang menimbulkan rasa hangat pada perineum. Kompres hangat dengan suhu 38-44 Celcius dapat dilakukan dengan handuk washlap yang direndam didalam air dengan suhu tersebut yang kemudian diaplikasikan ke perinenum selama 20 menit. Dalam literatur fisiologi dibahas bahwa kompres hangat perineum pada kala dua persalinan menyebabkan terjadinya vasodilatasi, meningkatkan aliran darah ke area perineum, relaksasi otot perineum, meningkatkan peregangan otot yang efektif sebagai transmisi nyeri dalam megurangi stimulasi nosiseptif, meningkatkan perlunakan jaringan fibrosa dan perpanjangan jaringan kolagen dan memberikan ketenangan kepada pasien. (Akbarzadeh, Vaziri et al. 2016)

Kompres hangat merupakan salahsatu termoterapi yang berhubungan dengan ketenangan dan relaksasi. Efek panas yang terjadi pada sel yaitu aktivitas metabolik meningkat sehingga meningkatkan permintaan O₂, nutrisi juga meningkat dan lebih banyak produk metabolik yang dihasilkan. Metabolisme yang dipercepat dapat menghasilkan banyak efek terapeutik yang bermanfaat untuk mengobati luka atau infeksi. Peningkatan metabolisme menyebabkan pelepasan CO₂ dan asam laktat yang menyebabkan keasaman

gan lebih besar yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Amin dan zat dilator jaringan seperti bradikinin juga dilepaskan



oleh pemanasan jaringan yang juga membantu dalam dilatasi pembuluh darah. Beberapa jaringan spesifik dalam tubuh seperti jaringan kolagen sensitif terhadap panas. Telah ditunjukkan dari penelitian sebelumnya bahwa suhu di atas 40 - 45 Celcius menyebabkan perluasan jaringan kolagen meningkat. Ini hanya terjadi jika jaringan secara bersamaan diregangkan dengan suhu batas terapeutik. Pemanasan jaringan dengan suhu terapeutik (40 - 45 ° C) mengurangi spasme otot. Termoterapi atau penggunaan panas cenderung mengurangi rangsangan kumparan otot dan meningkatkan aktivitas organ tendon Golgi dan mengakibatkan penurunan spasme otot. Sedasi ujung saraf sensorik dengan efek panas dalam batas terapeutik juga meredakan nyeri pada tingkat medula spinalis dapat menaikkan tingkat ambang nyeri. (Sanghavi and Sanghavi 2015, Bellew, Michlovitz et al. 2016)

Pada dasarnya setelah panas terabsorpsi pada jaringan tubuh, panas akan disebarakan ke daerah sekitar. Supaya tujuan terapeutik dapat tercapai jumlah energi panas yang diberikan harus disesuaikan untuk menghindari risiko kerusakan jaringan. Efek terapeutik termoterapi antara lain meliputi: meningkatkan elastisitas jaringan kolagen, mengurangi kekakuan sendi, mengurangi nyeri, mengurangi ketegangan otot, mengurangi edema/pembengkakan dan meningkatkan aliran darah. Panas dapat meningkatkan elastisitas jaringan kolagen dengan jalan meningkatkan aliran viskositas matrik



dan serat kolagen. Panas dapat mengurangi nyeri lewat mekanisme *gate control* dimana sensasi panas yang diteruskan lewat serabut C mengaburkan persepsi nyeri yang diteruskan oleh serabut A atau melalui peningkatan sekresi endorfin. Kekakuan otot yang disebabkan oleh iskemia dapat diperbaiki dengan jalan meningkatkan aliran darah pada area radang. Panas bekerja melalui beberapa mekanisme yakni: meningkatnya suhu, meningkatnya metabolisme, berkurangnya level pH, meningkatnya permeabilitas kapiler, pelepasan histamin dan bradikinin yang mengakibatkan vasodilatasi. (Arofah 2010)

Dua penelitian meta-analisis dengan 1.525 perempuan yang ikut secara acak dilakukan kompres hangat pada perineum selama kala dua persalinan dibandingkan dengan yang tidak dilakukan kompres hangat perineum memperlihatkan hasil yang signifikan dalam menurunkan laserasi perineum tingkat tiga dan empat. Walaupun kompres hangat perineum tidak menaikkan angka kejadian perineum intak pada persalinan. Kebanyakan kompres hangat perineum juga dapat diterima oleh perempuan dan itulah kenapa hal ini di anjurkan untuk ditawarkan. Karena kompres hangat perineum ini menurunkan kejadian ruptur perineum tingkat tiga dan empat maka tenaga medis yang berkecimpung didalam bidang Obstetri dan Ginekologi dapat memberikan asuhan ini saat kala dua persalinan untuk menurunkan kejadian ruptur perineum. Hal ini di review Cochrane mengenai literatur ajemen ruptur perineum terkait manfaat kompres hangat



perineum kala dua. Metode ini dapat dilakukan di tiap kelahiran, tidak invasif, murah, tidak menimbulkan kerugian dan klien merasa nyaman. Studi percobaan klinis acak baru-baru ini menunjukkan bahwa dengan menggunakan kompres hangat pada kala dua persalinan dapat mengurangi trauma perineum dan menghilangkan rasa nyeri kala dua. (Dahlen and Thornton 2015, Essa and Ismail 2016, Aasheim, Nilsen et al. 2017)

Tindakan lainnya yang mempunyai efek sama dengan kompres hangat perineum adalah masase perineum, dimana gerakan masase yang dilakukan ini pun akan menghasilkan energi panas dengan hasil efek akhir yaitu meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan memperbaiki sirkulasi tekanan tangan pada jaringan lunak yaitu otot, tendon atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi (Mander, 2004). Sudah banyak penelitian yang dilakukan terkait dengan masase perineum, namun penelitian kompres hangat perineum hubungannya dengan kejadian dan derajat ruptur perineum belum pernah dilakukan di Makassar.

D. PERSALINAN NORMAL

Persalinan merupakan suatu gejala klinik yang ditandai dengan kontraksi uterus yang teratur dan meningkat dalam hal frekuensi dan intensitasnya yang menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks (Buhimschi et al. 2005)



a. Fisiologi persalinan normal

Persalinan aterm dipahami sebagai suatu kejadian fisiologis dimana akibat berkurangnya efek penghambatan pada miometrium lebih diyakini dapat menyebabkan persalinan dibandingkan efek dari stimulasi uterus. Untuk lebih memahami aktivitas uterus selama akhir kehamilan dan persalinan, maka proses tersebut dijelaskan dalam empat fase. Selama persalinan uterus dipertahankan dalam keadaan tenang (fase 0) melalui satu atau lebih faktor inhibitor, termasuk progesterone, prostasiklin, relaxin, nitrat oksida, hormon paratiroid, peptide kalsitonin, dan vasoaktif intestinal. Sebelum mencapai usia kehamilan aterm, uterus dalam fase aktivasi (fase 1) dan stimulasi (fase 2). Fase aktivasi terjadi akibat respon satu atau lebih uterotropin (misal: estrogen) dengan peningkatan ekspresi protein penyebab kontraksi (reseptor myometrium yang peka terhadap prostaglandin dan oksitosin), aktivasi ion *channel* dan peningkatan *connexin-43* (komponen kunci gap *junction*). Setelah di aktivasi uterus dapat bereaksi oleh pengaruh uterotonin seperti oksitosin dan prostaglandin sehingga terjadi kontraksi (Liao, Buhimschi et al. 2005).

Fase 3 (involusi uterus) terjadi setelah persalinan dan di mediasi oleh oksitosin dan kemungkinan pula oleh trombin. Segera setelah lahirnya konseptus, dan selama sekitar satu jam



atau sesudahnya, myometrium harus dipertahankan pada kondisi tetap keras dan melakukan kontraksi/retraksi menetap, yang menyebabkan kompresi pembuluh-pembuluh besar uterus dan trombosis lumen-lumennya. Dalam cara yang terkoordinasi ini, perdarahan postpartum yang fatal dapat dicegah (Liao, Buhimschi et al. 2005).

b. Fase-fase persalinan normal

1. Kala I persalinan dimulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran serviks dan dilatasi serviks yang progresif. Kala I terbagi atas tiga fase berdasarkan dilatasi serviks:

a. Fase laten

Fase laten dimulai pada awal persalinan hingga pada suatu titik dimana terjadi perubahan lengkung kecepatan dilatasi serviks. Karakteristik fase ini berupa dilatasi serviks yang lambat dan durasinya bervariasi.

b. Fase aktif

Pada fase ini terjadi pembukaan dilatasi serviks yang lebih cepat dan umumnya dimulai pada pembukaan 4 cm.

Dibagi menjadi fase akselerasi dan fase deselerasi.



c. Fase penurunan

Pernurunan bagian terbawah janin umumnya dihubungkan dengan kala II persalinan (Liao, Buhimschi et al. 2005)

2. Kala II persalinan

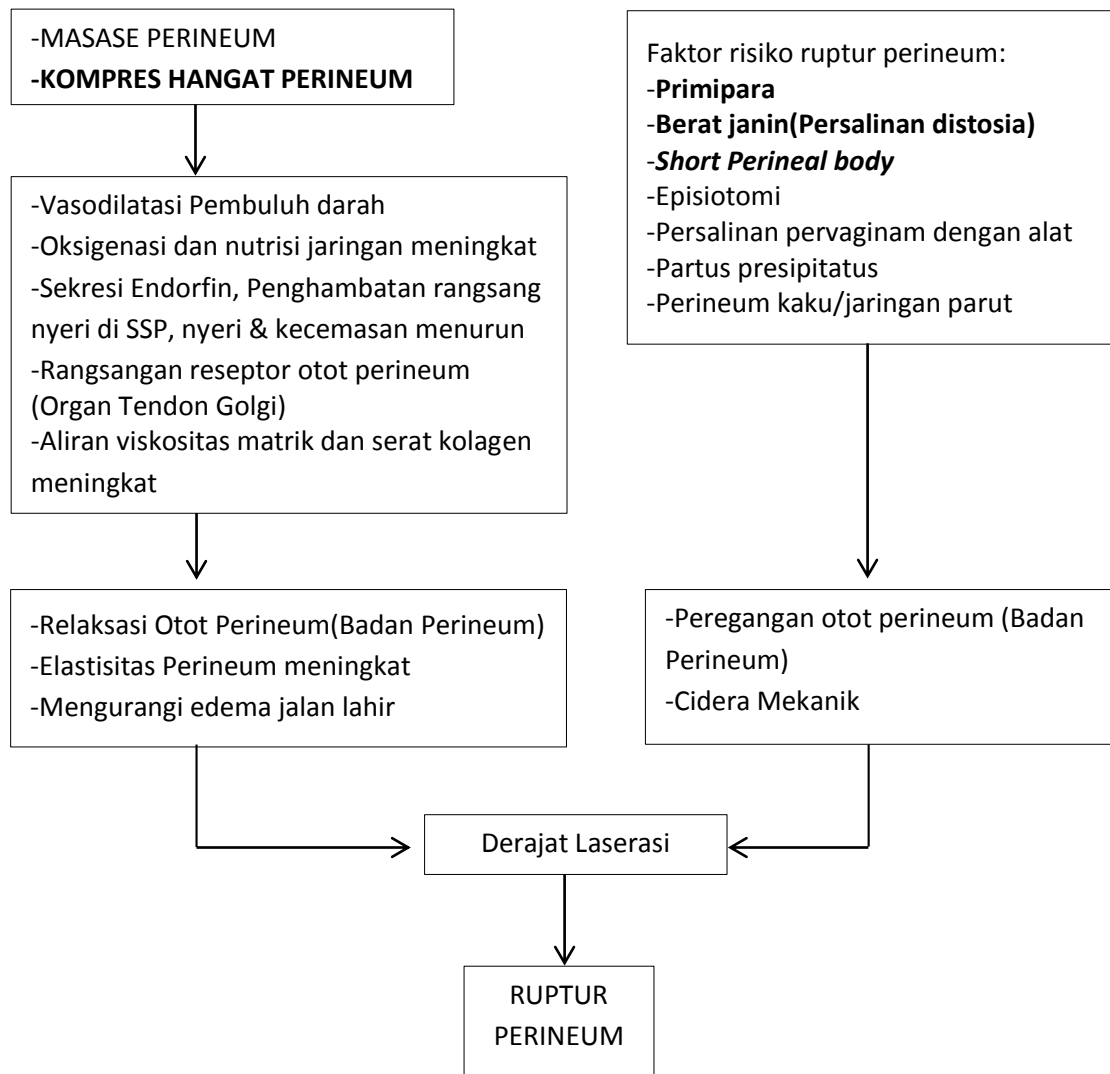
Kala II persalinan merupakan interval antara terjadinya dilatasi sempurna serviks (pembukaan 10 cm) dan lahirnya bayi. Kala II ini ditandai dengan penurunan bagian terbawah janin ke dalam panggul dan diakhiri dengan ekspulsi dari fetus. Indikasi mulainya kala II persalinan adalah peningkatan pengeluaran darah, dorongan mengedan yang kuat pada setiap kontraksi, dan terjadi mual muntah. Pada saat ini ibu mempunyai peranan aktif dibandingkan pada kala I persalinan sebab ibu harus mengedan untuk melahirkan bayinya (Liao, Buhimschi et al. 2005).

3. Kala III persalinan

Kala III persalinan mengacu pada waktu dilahirkannya bayi hingga pelepasan dan ekspulsi plasenta dan selaput ketuban. Tiga tanda klasik pelepasan plasenta adalah: (1) bertambahnya panjang tali pusat, (2) semburan darah dari vagina yang menunjukkan pelepasan plasenta dari dinding uterus, (3) perubahan bentuk uterus sehingga terjadi penurunan fundus uteri (Liao, Buhimschi et al. 2005).



E. KERANGKA TEORI

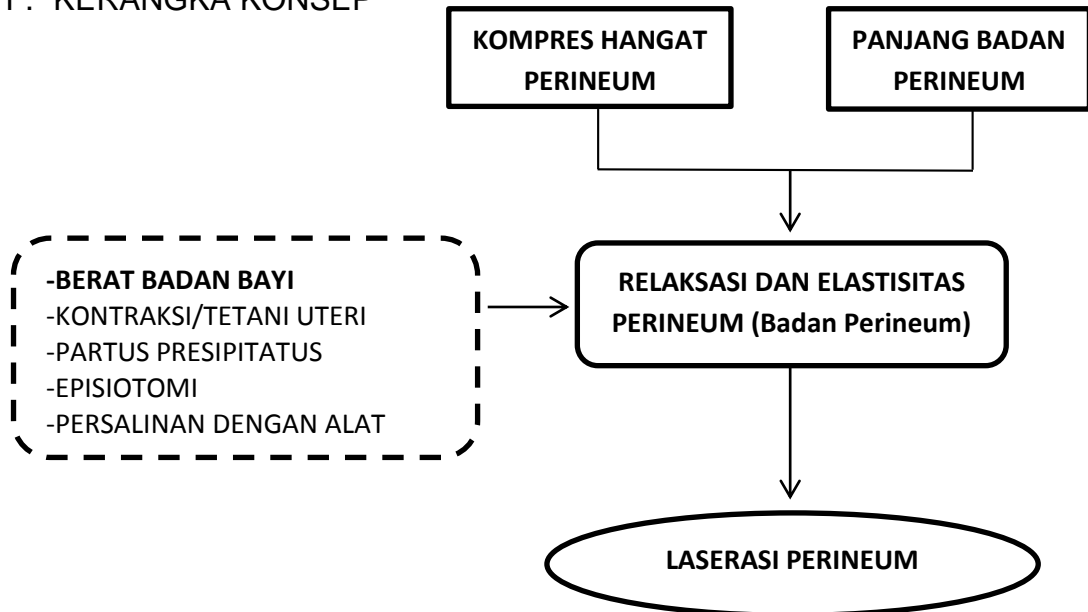


Gambar 6

Kerangka teori

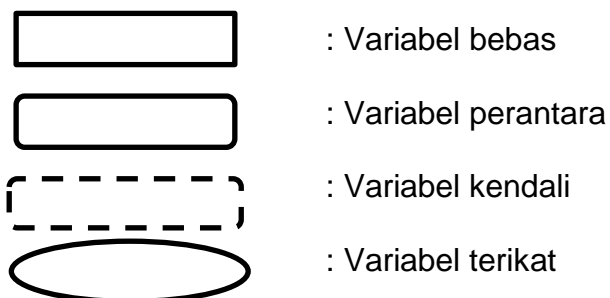


F. KERANGKA KONSEP



Gambar 7. Kerangka konsep

Keterangan:



Dalam penelitian ini beberapa variabel dapat diidentifikasi berdasarkan peran dan skalanya:

1. Variabel bebas adalah kompres hangat perineum dan panjang badan perineum
2. Variabel perantara adalah elastisitas perineum
3. Variabel kendali adalah berat badan bayi dan kontraksi uterus

Varibel terikat adalah derajat laserasi perineum



G. HIPOTESIS

1. Kompres hangat perineum pada kala II dapat mengurangi kejadian dan derajat ruptur perineum pada primipara.
2. Terdapat hubungan antara panjang badan perineum dengan kejadian dan derajat ruptur pada primipara

H. DEFINISI OPERASIONAL

1. Usia Ibu hamil

Digunakan batasan umur 20-35 tahun dimana umur dengan batasan ini memiliki risiko lebih rendah mengalami kehamilan dengan penyulit dibandingkan umur <20 tahun dan >35 tahun.

2. Usia kehamilan

Dihitung berdasarkan rumus Naegele dari hari pertama haid terakhir dengan siklus haid 28-32 hari, dihitung dalam minggu. Cukup bulan 37-42 minggu.

3. Janin normal

Janin dengan denyut jantung janin (DJJ) 120-160 kali per menit dengan ukuran kepala normal.

4. Kompres hangat perineum

Kompres yang dilakukan pada perineum pada saat kala II dengan menggunakan washlap yang sebelumnya direndam dalam baskom

yang berisi air bersih dengan suhu 38-44 Celcius, kemudian di kompreskan ke perineum ibu selama 20 menit (waktu akumulasi)



disaat terjadi kontraksi. Air hangat di dalam baskom di ganti tiap 15 menit agar suhu tetap terjaga dalam batasan yang di inginkan. Suhu air di ukur dengan menggunakan alat pengukur suhu termometer.

5. Panjang badan perineum

Ukuran badan perineum yang diukur dari forset sampai pertengahan anus. Peneliti membuat dua kategori yaitu:

- a) Kategori satu: panjang badan perineum ukuran < 3.3 cm
- b) Kategori dua: panjang badan perineum ukuran ≥ 3.3 cm

6. Inpartu

Bila didapatkan his sudah teratur, frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit, penipisan dan pembukaan serviks, dengan disertai pelepasan lendir bercampur darah dari vagina.

7. Kala II

Interval antara terjadinya dilatasi sempurna serviks (pembukaan 10 cm) dan lahirnya bayi.

8. Berat lahir bayi

Berat badan bayi yang baru saja dilahirkan, diukur peneliti atau asisten peneliti, dimana bayi tidak menggunakan baju apapun dan belum diberikan minum susu formula apapun kecuali kolustrum saat IMD dengan satuan gram.



9. Ruptur perineum

Ruptur perineum adalah robekan pada perineum, dibagi menjadi 4 derajat, yaitu:

1. Derajat I : robekan hanya mengenai mukosa vagina dan kulit perineum
2. Derajat II : robekan yang lebih dalam mencapai otot-otot perineum tetapi tidak melibatkan otot-otot sfingter ani
3. Derajat III : robekan sudah melibatkan otot sfingter ani, dibagi menjadi 3 sub grup, yaitu
 - a. III a : robekan mengenai < 50% ketebalan otot sfingter ani eksterna
 - b. III b : robekan mengenai > 50% ketebalan otot sfingter ani eksterna
 - c. III c : robekan sampai mengenai otot sfingter ani interna
4. Derajat IV : robekan sampai ke mukosa anus

Peneliti membagi menjadi dua kategori ruptur perineum, yaitu:

- a. Kategori satu: laserasi ringan, terdiri dari ruptur perineum derajat I dan II
- b. Kategori dua: laserasi berat, terdiri dari ruptur perineum derajat III dan IV
- c. Bila kondisi perineum tidak ada laserasi sama sekali, maka dikategorikan perineum utuh

