

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Ruptur Perineum

1. Pengertian Ruptur Perineum

Ruptur perineum adalah robekan perineum yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Robekan perineum terjadi pada hampir semua primipara dan tidak jarang pada persalinan berikutnya.¹

2. Pembagian Ruptur Perineum

Ruptur perineum dibagi dalam tingkatan-tingkatan sebagai berikut:⁶

- 1) Tingkat I : Ruptur hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.
- 2) Tingkat II : Ruptur mengenai selaput lendir vagina dan otot [perinea](#) transversalis, tetapi tidak mengenai springter ani.
- 3) Tingkat III : Ruptur mengenai seluruh perineum dan otot springter ani.
- 4) Tingkat IV : Ruptur sampai mukosa rektum.

3. Risiko Ruptur Perineum

Keluarnya bayi melalui jalan lahir sebagian besar menyebabkan robekan pada *vagina* dan *perineum*. Meski tidak tertutup kemungkinan robekan itu memang sengaja dilakukan untuk memperlebar jalan lahir. Risiko yang ditimbulkan karena robekan perineum adalah perdarahan, dengan perdarahan yang hebat ibu akan mengalami kondisi tidak berdaya, lemah, tekanan darah turun, anemia dan berat badan turun.⁷

4. Penanganan Ruptur Perineum

Bila dijumpai robekan *perineum* segera dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan menghindari robekan terbuka ke arah *vagina* karena dapat tersumbat oleh bekuan darah yang akan menyebabkan kesembuhan luka menjadi lebih lama.

Tujuan penjahitan robekan *perineum* adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Penjahitan dilakukan dengan cara jelujur menggunakan benang *catgut kromik*. Dengan memberikan anastesi lokal pada ibu saat penjahitan *laserasi*, dan mengulangi pemberian anastesi jika masih terasa sakit. Penjahitan dimulai satu cm dari puncak luka. Jahit sebelah dalam ke arah luar, dari atas hingga mencapai bawah *laserasi*. Pastikan jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Ikat benang dengan membuat simpul dalam *vagina*. Potong ujung benang dan sisakan 1,5 cm. Kemudian melakukan pemeriksaan ulang pada *vagina* dan anus untuk mengetahui terabanya jahitan pada *rectum* karena bisa menyebabkan *fistula* dan bahkan infeksi.⁷

5. Pengobatan Ruptur Perineum

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk ruptur perineum adalah dengan memberikan antibiotik yang cukup. Perawatan luka *perineum* pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan *vulva*. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :

- a. Mencegah kontaminasi dengan *rectum*
- b. Menangani dengan lembut jaringan luka
- c. Membersihkan darah yang menjadi sumber infeksi dan bau.⁷

6. Komplikasi

Risiko komplikasi yang mungkin terjadi jika *rupture perineum* tidak segera diatasi, yaitu :

a) Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai *tonus otot*.⁸

b) *Fistula*

Fistula dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya karena perlukaan pada *vagina* menembus kandung kencing atau *rectum*. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui *vagina*. *Fistula* dapat menekan kandung kencing atau *rectum* yang lama antara kepala janin dan panggul, sehingga terjadi *iskemia*.⁸

c) *Hematoma*

Hematoma dapat terjadi akibat trauma *partus* pada persalinan karena adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada *perineum* dan *vulva* berwarna biru dan merah. *Hematoma* dibagian *pelvis* bisa terjadi dalam *vulva perineum* dan *fosa iskiorektalis*. Biasanya karena trauma *perineum* tetapi bisa juga dengan *varikosis vulva* yang timbul bersamaan dengan gejala peningkatan nyeri. Kesalahan yang menyebabkan diagnosis tidak diketahui dan memungkinkan banyak darah yang hilang. Dalam waktu yang singkat, adanya pembengkakan biru yang tegang pada salah satu sisi *introitus* di daerah *rupture perineum*.⁸

d) Infeksi

Infeksi pada masa nifas adalah peradangan di sekitar alat genetalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh sehingga menimbulkan infeksi.⁸

B. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.⁶

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).⁹

2. Tahap-tahap persalinan menurut JNPKR, 2008:

1) Kala 1 (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), karena servik mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (affacemen) darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika servik mendatar dan terbuka. Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu :

- a. Fase Laten : dimana pembukaan servik berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7 – 8 jam
- b. Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi 3 fase :
 - Periode Akselerasi : berlangsung 2 jam menjadi 4 cm
 - Periode dilaktasi Maksimal : selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

- Periode deselerasi : berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap

Fase – fase yang dikemukakan diatas dijumpai pada primigravida, dan perbedaan dengan multigravida adalah :

Tabel 1.2

Perbedaan fase pada Primipara dan Multipara

PRIMI	MULTI
Servik mendatar (effacement)	Mendatar dan membuka bisa bersamaan Berlangsung 6 – 7 jam
Berlangsung 13-14 jam	

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

Pada kala pengeluaran janin his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin turun masuk keruang panggul sehingga terjadilah tekanan otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasakan seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mencedan yang terpinpin, akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primipara 11/2-2 jam, pada multipara ½-1 jam.

3) Kala III

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang berisi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat

kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, setelah plasenta terlepas. Terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Kala IV

Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya post partum

Tabel 1.3

Lamanya persalinan pada primi dan Multi

	Primi	Multi
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{3}{4}$ jam
Lama Persalinan	14 $\frac{1}{2}$ jam	7 $\frac{3}{4}$ jam

3. Sebab – sebab yang menimbulkan persalinan

1. Teori Penurunan Hormon

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

2. Teori Plasenta menjadi tua

Akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan

kontraksi rahim.

3. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.⁷

4. Tanda-tanda Permulaan Persalinann

- 1) Lightening atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- 3) Perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- 4) Perasaan sakit di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi kontraksi lemah dari uterus.
- 5) Servik menjadi lebih lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (bloody show)⁹

5. Tanda Inpartu

- a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b. Dapat terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah
- c. Dapat disertai ketuban pecah dini
- d. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan servik : pelunakan, pendataran maupun pembukaan servik¹⁰

6. Faktor-faktor Penting Dalam Persalinan

- 1) Power
- 2) Pasanger
- 3) Passage¹¹

C. Faktor-faktor yang berhubungan dengan ruptur perineum pada ibu bersalin.

Faktor maternal

1) Partus presipitatus

Partus presipitatus merupakan partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam. His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat. His yang terlalu kuat atau juga disebut *hypertonic uterine contraction*.¹²

Partus presipitatus ditandai dengan adanya sifat his normal, tonus otot di luar his juga biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadinya perlukaan jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum, sedangkan bahaya untuk bayi adalah mengalami perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat. Pada partus presipitatus keadaan diawasi dengan cermat, dan episiotomi dilakukan pada waktu yang tepat untuk menghindarkan terjadi ruptur perineum tingkat ketiga.¹²

2) Edema dan kerapuhan pada perineum.

Pada proses persalinan jika terjadi oedem pada perineum maka perlu dihindarkan persalinan pervaginam karena dapat dipastikan akan terjadi laserasi perineum.³

3) Paritas

Seorang Primipara adalah seorang wanita yang telah pernah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir. Pada primipara perineum utuh dan elastis, sedang pada multipara tidak utuh, longgar dan lembek.⁴

Pada saat akan melahirkan kepala janin perineum harus ditahan, bila tidak ditahan perineum akan robek terutama pada primigravida. Dianjurkan untuk melakukan episiotomi pada primigravida atau pada perineum yang kaku. Dengan perineum yang masih utuh pada primi akan mudah terjadi robekan perineum.¹²

Klasifikasi Paritas adalah :

- a. Primipara untuk hidup diluar adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak yang cukup besar untuk hidup didunia luar
- b. Multipara adalah wanita yang telah melahirkan anak lebih dari satu kali atau 2 anak atau lebih
- c. Grande Multipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan.¹²

4) Umur Ibu

Umur adalah dihitung berdasarkan tahun kelahiran yaitu lamanya hidup sejak lahir. Remaja wanita merupakan populasi risiko tinggi terhadap komplikasi kehamilan, penyulit ini terjadi karena pada remaja biasanya masih tumbuh dan berkembang sehingga memiliki kebutuhan kalori yang lebih besar dari wanita yang lebih tua. Sehingga akibatnya, mortalitas, perinatal, dan morbiditas maternal sangat tinggi pada remaja wanita hamil dibanding dengan wanita dalam usia 20-an.

Wanita usia subur disebut sebagai masa dewasa dan disebut juga masa reproduksi, dimana pada masa itu diharapkan orang telah mampu untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi dengan tenang secara emosional, dalam merawat kesehatan reproduksinya. Wanita usia subur dikategorikan menjadi:

- a. Usia < 20 tahun adalah usia sebelum produktif

- b. Usia 20-35 tahun adalah periode usia produktif
- c. Usia >35 tahun adalah usia post produktif

Reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Wanita hamil pada umur muda (< 20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum sepenuhnya optimal. Dari segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, dan emosional, dan dari segi medis sering mendapat gangguan. Sedangkan pada usia lebih dari 45 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran, juga wanita pada usia ini besar kemungkinan akan mengalami kelelahan.^{12,13}

5) Kesempitan panggul dan CPD (*chepalo pelvic disproportional*)

Merupakan disproporsi antara ukuran janin dengan ukuran panggul, dimana bentuk panggul tidak cukup lebar untuk mengakomodasi keluarnya janin pada kelahiran per vaginam. Jika tidak ada disproporsi (ketidaksesuaian) antara pelvis dan janin normal serta letak anak tidak patologis, maka persalinan dapat ditunggu spontan. Apabila dipaksakan mungkin janin dapat lahir namun akan terjadi trauma persalinan salah satunya adalah laserasi perineum.^{6,13}

6) Jaringan parut pada perineum dan vagina.

Pemeriksaan pada daerah perineum bertujuan untuk menemukan adanya jaringan parut akibat laserasi yang pernah terjadi sebelumnya atau bekas episiotomi, juga periksa adanya penipisan, fistula, massa, lesi, dan peradangan. Kadang-kadang setelah mengalami suatu persalinan traumatik disertai laserasi yang mengenai sfingter anus, otot belum benar-benar pulih. Jaringan parut pada jalan lahir akan menghalangi atau menghambat

kemajuan persalinan, sehingga episiotomi pada kasus ini dapat dipertimbangkan.⁵

7) Persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps)

Persalinan dengan tindakan menggunakan forcep menambah peningkatan cedera perineum ibu, trauma yang paling besar dengan menggunakan forsep rotasional. Persalinan dengan tindakan embriotomi harus mempertimbangkan keuntungan dan risiko komplikasi yang mungkin terjadi yaitu : perlukaan jalan lahir, cedera saluran kemih/ cerna, ruptura uteri, atonia uteri dan infeksi.¹⁶

8) Jarak kelahiran

Jarak kelahiran adalah rentang waktu antara kelahiran anak sekarang dengan kelahiran anak sebelumnya. Jarak kelahiran kurang dari dua tahun tergolong risiko tinggi karena dapat menimbulkan komplikasi pada persalinan. Jarak kelahiran 2-3 tahun merupakan jarak kelahiran yang lebih aman bagi ibu dan janin. Begitu juga dengan keadaan jalan lahir yang mungkin pada persalinan terdahulu mengalami robekan *perineum* derajat tiga atau empat, sehingga proses pemulihan belum sempurna dan robekan *perineum* dapat terjadi.¹²

Adapun pembagian jarak kelahiran menurut Depkes, 2004 adalah

- a. Kurang dari 2 tahun
- b. Lebih dari 2 tahun

Sejumlah sumber mengatakan bahwa jarak ideal kehamilan sekurang-kurangnya 2 tahun. Proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1-3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu yang singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa ke kondisi sebelumnya.¹⁷

9) Lama Persalinan kala II

Lama persalinan kala II adalah rentang waktu dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi yang berlangsung < 2 jam pada primigravida dan < 1 jam pada multigravida. Pada primigravida, menghadapi kelahiran merupakan suatu pengalaman baru yang akan dialaminya tanpa mengetahui apa yang akan terjadi nantinya sehingga membuat merasa tertekan dan dapat menimbulkan perasaan cemas dan khawatir sehingga menyebabkan partus lama.¹³

Faktor janin

1) Lingkar kepala janin

Kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras dari pada bagian-bagian lain yang akan dilahirkan. Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala tersebut.^{6,13}

Kepala janin besar dan janin besar dapat menyebabkan laserasi perineum. Kepala janin merupakan bagian yang terpenting dalam persalinan yang berpengaruh terhadap peregangan perineum pada saat kepala di dasar panggul dan membuka jalan lahir dengan diameter 5-6 cm akan terjadi penipisan perineum, sehingga pada perineum yang kaku dapat terjadi laserasi perineum. Pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melalui introitus vagina dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan.^{6,19}

2) Berat badan bayi

Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan kala II. Berat neonatus pada umumnya < 4000 gr dan jarang mebihi 5000 gr. Kriteria janin cukup bulan yang lama kandungannya 40

pekan mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750 – 3000 gram.

Klasifikasi berat badan bayi lahir dapat dibedakan atas :

1. Bayi dengan berat normal yaitu 2500-4000 gram
2. Bayi dengan berat lebih yaitu ≥ 4000 gram
3. Bayi dengan berat rendah yaitu kurang dari 2500 gram

Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Kepala janin besar dan janin besar dapat menyebabkan laserasi perineum.¹⁴

3) Presentasi defleksi

Presentasi defleksi dibagi menjadi 3 yaitu defleksi ringan (presentasi puncak kepala), defleksi sedang (presentasi dahi), dan defleksi maksimal (presentasi muka). Pada sikap defleksi sedang, janin dengan ukuran normal tidak mungkin dapat dilahirkan secara pervaginam.⁶

4) Letak sungsang dengan *after coming head*

Apabila terjadi kesukaran melahirkan kepala janin dengan cara mauriceau, dapat digunakan cunam piper (Wiknjastro, 2007). Ekstraksi cunam adalah tindakan obstetric yang bertujuan untuk mempercepat kala pengeluaran dengan jalan menarik bagian terbawah janin (kepala) dengan alat cunam.

Komplikasi dapat timbul pada janin dan ibu, komplikasi pada janin adalah hematom pada kepala, perdarahan dalam tengkorak (*intracranial hemorrhage*), fraktur cranium, luka-luka lecet pada kepala. Sedangkan komplikasi yang terjadi pada ibu adalah rupture uteri, robekan pada portio uteri, vagina dan peritoneum, syok serta perdarahan postpartum.^{7,12}

5) Distosia bahu

Distosia bahu merupakan penyulit yang berat karena sering kali baru diketahui saat kepala sudah lahir dan tali pusat sudah terjepit antara panggul dan badan anak. Angka kejadian pada bayi dengan berat badan >2500 gram adalah 0,15%, sedangkan pada bayi dengan berat badan >4000 gram 1,7%. Distosia bahu umumnya terjadi pada makrosomia, yakni suatu keadaan yang ditandai oleh ukuran badan bayi yang relatif lebih besar dari ukuran kepalanya bukan semata-mata berat badan lebih >4000 gram. Kemungkinan makrosomia perlu dipikirkan bila dalam kehamilan terdapat penyulit-penyulit obesitas, diabetes melitus, kehamilan lewat waktu, atau bila dalam persalinan pemanjangan kala II. Distosia bahu juga dapat terjadi pada bayi anensefalus yang disertai kehamilan serotinus.¹⁵

Faktor penolong persalinan

1) Cara berkomunikasi dengan ibu

Jalin kerjasama dengan ibu dan dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5-6 cm tengah membuka vulva (crowning) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan robekan.^{6,8}

2) Cara memimpin mengejan dan dorongan pada fundus uteri

Setelah terjadi pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas, anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi. Beritahukan pada ibu bahwa hanya dorongan alamiahnya yang mengisyaratkan ia untuk meneran dan kemudian beristirahat

diantara kontraksi. Penolong persalinan hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar.¹⁴

Ibu dipimpin mengejan saat ada his atau kontraksi rahim, dan istirahat bila tidak ada his. Setelah *subocciput* di bawah simfisis, ibu dianjurkan untuk berhenti mengejan karena lahirnya kepala harus pelan-pelan agar perineum tidak robek. Pimpinan mengejan pada ibu bersalin yang tidak sesuai dengan munculnya his dan lahirnya kepala dapat mengakibatkan laserasi perineum hingga derajat III dan IV.^{14,20}

3) Anjuran posisi meneran

Sebagai penolong persalinan harus membantu ibu untuk memilih posisi yang paling nyaman. Posisi meneran yang dianjurkan pada saat proses persalinan diantaranya adalah posisi duduk, setengah duduk, jongkok, berdiri, merangkak, dan berbaring miring ke kiri. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Keuntungan posisi duduk dan setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi, dan gaya gravitasi mempercepat penurunan bagian terbawah janin sehingga berperan dalam kemajuan persalinan. Sedangkan untuk posisi jongkok dan berdiri membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri. Beberapa ibu merasa bahwa merangkak atau berbaring miring ke kiri membuat mereka lebih nyaman dan efektif untuk meneran. Kedua posisi tersebut juga akan membantu perbaikan posisi *occiput* yang melintang untuk berputar menjadi posisi *occiput* anterior. Posisi merangkak dapat membantu ibu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring

miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ibu kelelahan dan juga dapat mengurangi risiko terjadinya laserasi perineum.^{14,16}

4) Ketrampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala

Saat kepala membuka vulva (5-6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk bersih di atas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum. Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.^{14,20}

5) Episiotomi

Episiotomi adalah bedah yang dibuat di perineum untuk memudahkan proses kelahiran.

Perineum harus dievaluasi sebelum waktu kelahiran untuk mengetahui panjangnya, ketebalan, dan distensibilitasnya. Evaluasi ini membantu menentukan apakah episiotomi dilakukan atau tidak. Perineum yang sangat tebal dan kaku serta resisten terhadap distensi, sehingga memerlukan episiotomi. Indikasi utama episiotomi adalah gawat janin. Episiotomi yang cepat sebelum saat crowning mungkin dilakukan dan dapat mencegah robekan yang tidak beraturan.¹⁸

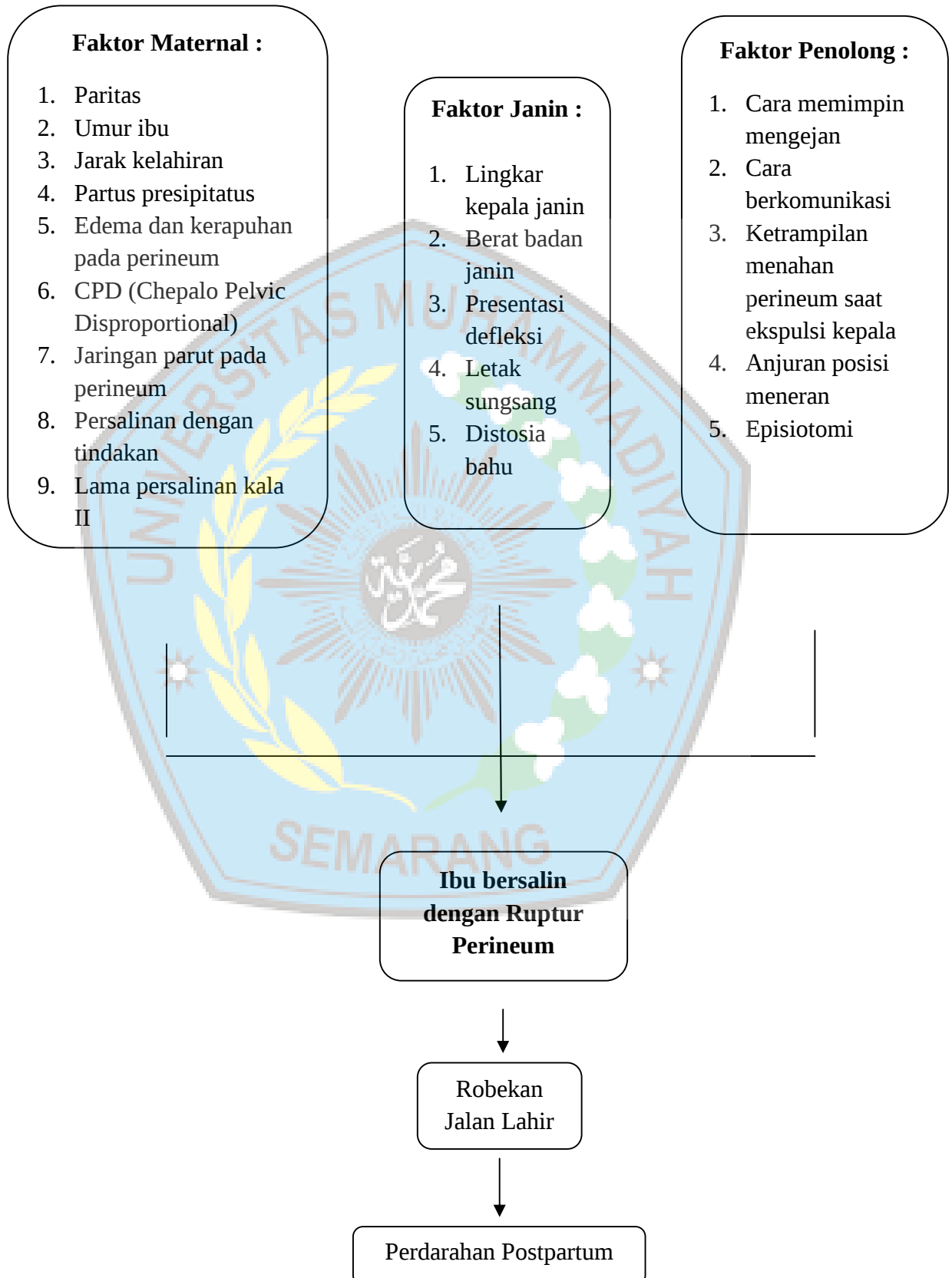
Salah satu cara untuk mengurangi robekan pada vagina dan perineum yang tidak beraturan dan lebar adalah dengan cara melakukan episiotomi. Episiotomi dapat membuat luka atau

robekan yang beraturan dan sejajar, sehingga luka mudah untuk dijahit.^{19,21}

Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan: Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan, penyulit kelahiran pervaginam ; sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam, Janin prematur untuk melindungi kepala janin dari perineum yang ketat, Jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.^{8,20}

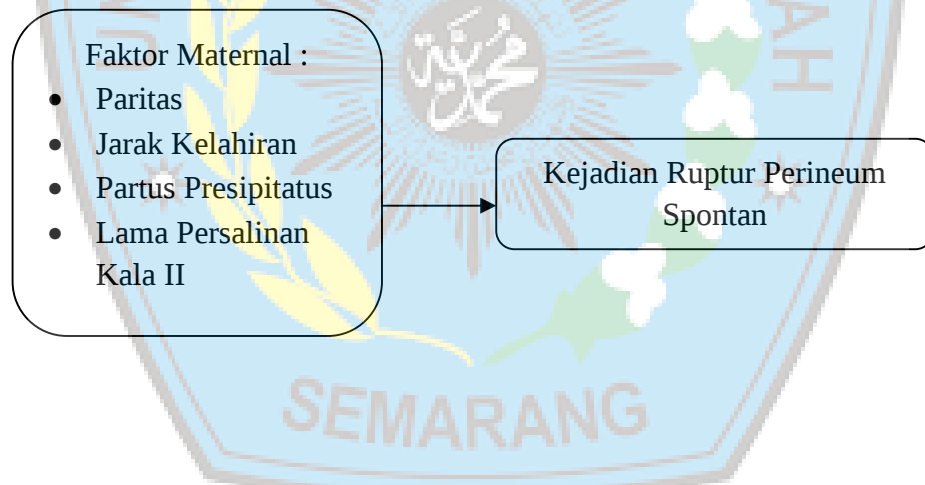


D. Kerangka Teori



D. Kerangka Konsep

Kecil kemungkinan untuk mengetahui penyebab ruptur perineum spontan secara rinci. Pada faktor maternal seperti CPD (*Chepalo Pelvic Disproportional*), edema perineum, dan faktor janin dinilai sedikit jumlahnya, karena sebagian besar melalui persalinan *sectio cesarea*, sedangkan faktor penolong dianggap sudah berkompeten dan tidak tercatat, disamping itu terdapat keterbatasan waktu penelitian, sehingga diperoleh kerangka konsep sebagai berikut :



F. Hipotesis

- Ada hubungan antara faktor paritas dengan kejadian ruptur perineum spontan
- Ada hubungan antara faktor jarak kelahiran dengan kejadian ruptur perineum spontan
- Ada hubungan antara faktor partus presipitatus dengan kejadian ruptur perineum spontan

- d. Ada hubungan antara faktor lama persalinan kala II dengan kejadian ruptur perineum spontan

