BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks kemudian janin turun menyusuri jalan lahir. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal yaitu proses pengeluaran janin pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2006).

2.1.2 Fisiologi

Pada masa kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relatif tenang yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi, dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Mekanisme regulasi yang mengatur aktivitas kontraksi miometrium selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran (Prawirohardjo, 2008).

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan prematur atau serotinus), mempunyai onset yang spontan (tidak di induksi), setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan persentasi verteks (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artifisial (seperti forseps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), mencakup kelahiran plasenta yang normal (Forrer, 2001).

2.1.3 Jenis Persalinan

Manuaba (2009) membagi jenis persalinan menurut cara persalinan, menjadi :

1. Partus biasa (normal atau spontan) : proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu.
2. Partus sendiri : tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
3. Partus luar biasa (abnormal) : persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi sesar.
4. Partus anjuran : bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

2.1.4 Faktor Persalinan

Menurut Mochtar (2003), faktor yang mempengaruhi persalinan diantaranya :

1. *Passage* (Jalan Lahir)

   Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

2. *Power* (Tenaga)

   Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. *Power* merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari :

a. His (kontraksi otot uterus)

   His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

b. Kontraksi otot-otot dinding perut

c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan meneran

d. Ketegangan dan *ligamentous action* terutama ligamentum rotundum

3. *Passenger*

   a. Janin

      Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

   b. Sikap

      Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi, di mana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi serta lengan bersilang di dada.

   c. Letak janin

      Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang di mana sumbu janin sejajar dengan dengan sumbu panjang ibu, keadaan ini bisa jadi bayi dalam keadaan letak kepala atau letak sungsang.

   d. Presentasi

      Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau

pemeriksaan dalam misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu dan lain-lain.

e. Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal pelvis) misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan atau UUK kanan belakang.

f. Placenta

Placenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau pasenger yang menyertai janin namun placenta jarang menghambat pada persalinan normal.

4. Psikologis

Perasaan positif berupa kelegaan hati seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu keadaan yang belum pasti sekarang menjadi hal yang nyata.

5. Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

2.1.5 Proses Persalinan

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan menurut Manuaba (2009), yaitu :

1. Teori Estrogen-Progesteron

   Pada 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai, terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan penurunan progesteron akan menyebabkan konstriksi pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

2. Teori Oksitosin

   Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*.

3. Teori Distensi Rahim

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

4. Teori Iritasi Mekanik

   Di belakang serviks terletak ganglion servikal (*Plexus Frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin, maka akan timbul kontraksi pada uterus.

5. Teori Prostaglandin

   Konsentrasi prostaglandin yang dikeluarkan oleh desidua meningkat sejak umur hamil 15 minggu. Prostaglandin dianggap dapat memicu persalinan, semakin tua umur kehamilan maka konsentrasi prostaglandin makin meningkat sehingga dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.

6. Teori Hipothalamus Pituitari dan Glandula Suprarenal

Teori ini menunjukkan bahwa pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipothalamus dan glandula suprarenal yang merupakan pemicu terjadinya persalinan.

7. Induksi Persalinan (*Induction of Labour*)

   Partus yang ditimbulkan dengan jalan :

   a. Memecahkan ketuban (amniotomi)

      Pemecahan ketuban akan mengurangi keregangan otot rahim sehingga kontraksi segera dapat dimulai.

   b. Induksi persalinan secara hormonal

      Injeksi drip oksitosin.

2.1.6 Kala Persalinan

Persalinan dibagi dalam empat kala yaitu kala pertama dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm), Proses ini terbagi dalam dua fase yaitu fase laten (8 jam) servik membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) servik membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering selama fase aktif. Kala dua dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Kala tiga dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala empat dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Prawirohardjo, 2006).

2.1.7 Tanda-Tanda Mulainya Persalinan

Tanda-tanda mulainya persalinan adalah lightening yaitu terbenamnya kepala janin kedalam rongga panggul karena berkurangnya tempat didalam uterus dan sedikit melebarnya simfisis. Pada kondisi ini biasanya ibu mengalami sering buang air kecil yang disebabkan oleh tekanan kepala janin pada kandung kemih. Kontraksi *Brakton-Hicks* pada saat uterus yang teregang dan mudah

terrangsang, hali ini dapat menimbulkan distensi dinding abdomen sehingga dinding abdomen menjadi lebih tipis dan kulit menjadi lebih peka terhadap rangsangan (Forrer, 2001).

Menurut Sumarah (2009) membagi tanda persalinan sudah dekat, meliputi:

1. Terjadi His persalinan

   His atau kontraksi uterus yang terjadi teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar. Menimbulkan ketidaknyamanan yang disertai rasa sakit pada pinggang yang menjalar ke depan di sekitar abdomen bawah berlanjut terus semakin meningkat frekuensinya mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks dan semakin beraktivitas maka kekuatannya semakin bertambah.

2. Pengeluaran lendir dan darah (*bloody show*)

   Pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan pada kapiler pembuluh darah serviks yang diakibatkan oleh pendataran dan pembukaan serviks.

3. Pendataran dan pembukaan serviks

   Pendataran serviks adalah pemendekan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran yang panjang 1-2 cm menjadi suatu lubang dengan pinggir yang tipis, sedangkan pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang berupa lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui bayi kira-kira sebesar 10 cm.

4. Pengeluaran cairan

   Ketuban pecah menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan akan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Pecahnya ketuban dapat menyebabkan penurunan bagian terendah janin sehingga bisa meningkatkan dorongan pada perineum.

5. *Engagement Presenting Part*

   Kepala janin akan mengalami *engagement* atau terbenam ke dalam panggul. Pada primigravida peristiwa ini terjadi 3-4 minggu sebelum proses persalinan dimulai.

6. Pembentukan tonjolan ketuban

   Pembentukan tonjolan ketuban atau cairan amnion / ketuban yang terperangkap dalam serviks di depan *presenting part*, tonjolan ini terasa tegang pada saat his dan dapat mengalami ruptur. Ruptur selaput amnion dapat terjadi setiap saat dalam proses persalinan, biasanya terjadi pada akhir kala satu persalinan.

2.1.8 Mekanisme Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2008), pada minggu-minggu terakhir kehamilan, segmen bawah lahir meluas untuk menerima kepala janin, terutama pada primipara. Supaya janin dapat dilahirkan, janin harus beradaptasi dengan jalan lahir selama proses penurunan.

Putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran disebut mekanisme persalinan, yang terdiri dari :

1. *Engagement*

   Apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul. Pada wanita multipara hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang, sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul.

2. Penurunan (*decent*)

   Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul.

Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan, yaitu :

a. Tekanan dari cairan amnion
b. Tekanan langsung kontraksi fundus pada janin
c. Kontraksi diafragma dan otot-otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan

Pada kehamilan pertama, penurunan berlangsung lambat, tetapi kecepatan sama.

3. Fleksi

   Segera setelah kepala yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin. Dengan fleksi, diameter kepala suboksipitobregmatika yang berdiameter lebih kecil (9,5 cm) dapat masuk ke dalam pintu bawah panggul.

4. Putaran Paksi Dalam

   Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina iskiadika, tetapi putaran ini belum selesai sampai bagian presentasi mencapai panggul bagian bawah.

5. Ekstensi

   Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala muncul keluar akibat ekstensi, pertama-tama oksiput, kemudian wajah dan akhirnya dagu.

6. Putaran Paksi Luar

   Setelah kepala lahir, bayi berputar hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Putaran 45 derajat membuat

kepala janin kembali sejajar dengan punggung dan bahunya. Putaran paksi luar terjadi saat bahu *engaged* dan turun dengan gerakan kepala.

7. Ekspulsi

   Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis. Ketika seluruh tubuh bayi keluar, persalinan bayi selesai. Ini merupakan akhir tahap kedua persalinan.

2.2 Ruptur Perineum

2.2.1 Pengertian Ruptur Perineum

Pengertian ruptur sesuai dengan kamus kedokteran adalah robeknya atau koyaknya jaringan (Dorland,1998). Ruptur perineum merupakan robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan (Mohtar, 1998). Perineum merupakan ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak di bawah dasar panggul. Batas superior yaitu dasar panggul yang terdiri dari musculus levator ani dan *musculus coccygeus*. Batas lateral tulang dan ligamentum yang membentuk pintu bawah panggul, yaitu depan ke belakang *angulus pubicus*, *ramus ischiopubicus*, *tuber ischiadicum*, ligamentum *sacrotuberosum* dan *oscoccygeus.* Batas inferior yaitu kulit dan vagina (Oxorn, 2003).

Berdasarkan pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa ruptur perineum merupakan robekan pada ruang berbentuk jajaran genjang yang terletak di bawah dasar panggul yang terjadi secara alami tanpa tindakan mekanis pada saat persalinan.

2.2.2 Penyebab Ruptur Perineum

Faktor penyebab ruptur perineum diantaranya adalah faktor ibu, faktor janin dan faktor persalinan pervaginam. Faktor-faktor tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Faktor Ibu

   a. Paritas

      Paritas adalah pengalaman wanita berkaitan dengan kehamilan, abortus, persalinan prematur, dan persalinan aterm serta anak yang hidup (Manuaba, 2002).

      Menurut Sarwono (2002), klasifikasi berdasarkan jumlah persalinan yang telah dilakukan oleh ibu, maka paritas dapat dibagi menjadi 3, yaitu: 1) Primipara : seorang wanita yang peratama kali melahirkan, 2) Multipara : seorang wanita yang pernah melahirkan bayi variabel untuk beberapa kali, 3) Grande Multipara : seorang wanita yang melahirkan bayi variabel lebih dari 5 kali.

      Pada persalinan akan terjadi penekanan pada jalan lahir lunak oleh kepala janin. Jaringan lunak jalan lahir dan struktur di sekitarnya akan mengalami kerusakan pada setiap persalinan. Kerusakan pada setiap persalinan lebih nyata terdapat pada wanita primipara karena jaringan pada primipara lebih padat dan lebih rapuh (resisten) dari pada wanita multipara (Bobak, 2005).

   b. Meneran

      Secara fisiologis ibu akan merasakan dorongan untuk meneran bila pembukaan sudah lengkap dan reflek *ferguson* telah terjadi. Ibu harus dipimpin untuk meneran dengan benar pada saat ia merasakan dorongan dan memang ingin meneran (Jhonson, 2004). Beberapa cara yang dapat dilakukan dalam memimpin ibu bersalin ketika meneran untuk mencegah terjadinya ruptur perineum diantaranya :

      1. Menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiahnya selama kontraksi.
      2. Tidak menganjurkan ibu untuk menahan nafas pada saat meneran.

3. Mungkin ibu akan merasa lebih mudah untuk meneran jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, menarik lutut ke arah ibu, dan menempelkan dagu ke dada.
4. Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.
5. Tidak melakukan dorongan pada fundus uteri untuk membantu kelahiran bayi. Dorongan ini dapat meningkatkan resiko distosia bahu dan ruptur uteri.
6. Pencegahan ruptur perineum dapat dilakukan penolong pada saat bayi dilahirkan terutama saat kelahiran kepala dan bahu yaitu dengan cara tangan kanan menahan perineum ibu dan tangan kiri berada di simpisis pubis untuk mencegah kepala bayi defleksi terlalu cepat.

2. Faktor lahir

a. Berat Badan Bayi Baru Lahir

Makrosomia adalah berat janin pada waktu lahir lebih dari 4000 gram (Rayburn, 2001). Makrosomia disertai dengan meningkatnya resiko trauma persalinan melalui vagina seperti distosia bahu, kerusakan fleksus brakialis, patah tulang klavikula, dan kerusakan jaringan lunak pada ibu seperti laserasi jalan lahir dan robekan pada perineum (Rayburn, 2001). Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang 24 jam pertama kelahiran (Oxorn, 2003). Banyak faktor yang mempengaruhi berat badan lahir pada saat masih berada dalam kandungan, terdiri dari tiga faktor yang mempengaruhi yaitu faktor maternal, fetal dan plasental. Dengan memperhatikan hal di atas ternyata keadaan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin banyak sekali dan sangat kompleks.

Berat badan lahir pada janin yang berat badannya melebihi 4000 gram pada umumnya akan menimbulkan kesukaran persalinan apabila dijumpai

pada kepala yang besar atau kepala yang lebih keras (pada postmaturitas) karena hal ini dapat menyebabkan distosia sehingga seringkali akan menyebabkan ruptur perineum (Wiknjosastro, 2007).

Semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup kuat menahan regangan kepala bayi dengan berat badan bayi yang besar, sehingga pada proses kelahiran bayi dengan berat badan bayi lahir yang besar sering terjadi ruptur (Saifuddin, 2002).

Perkiraan berat janin tergantung pada pemeriksaan klinik atau ultrasonografi dokter atau bidan. Pada masa kehamilan hendaknya terlebih dahulu mengukur tafsiran berat badan janin (Chalik, 2001).

b. Presentasi

Menurut kamus kedokteran, presentasi adalah letak hubungan sumbu memanjang janin dengan sumbu memanjang panggul ibu (Dorland,1998). Presentasi digunakan untuk menentukan bagian yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam.

Macam-macam presentasi dapat dibedakan menjadi presentasi muka, presentasi dahi, dan presentasi bokong.

a. Presentasi muka

Presentasi muka atau presentasi dahi adalah ketika letak janin memanjang, sikap ekstensi sempurna dengan diameter kepala yang masuk panggul adalah diameter kepala submentobregmatika yaitu sebesar 9,5 cm. Bagian terendahnya adalah bagian antara glabella dan dagu, sedang pada presentasi dahi bagian terendahnya antara glabella dan bregma (Oxorn, 2003). Sekitar 70% presentasi muka adalah dengan dagu di depan dan 30% posisi dagu di belakang. Keadaan yang menghambat masuknya kepala dalam sikap fleksi dapat menjadi

penyebab pesentasi muka. Sikap ekstensi memiliki hubungan dengan disproporsi kepala bayi dan panggul. Keadaan ini merupakan kombinasi yang serius, maka harus diperhitungkan kemungkinan panggul yang kecil atau kepala yang besar. Presentasi muka menyebabkan persalinan lebih lama dibanding presentasi kepala dengan UUK (Ubun-ubun Kecil) di depan, karena muka merupakan pembuka servik yang jelek dan sikap ekstensi yang kurang menguntungkan. Penundaan terjadi di pintu atas panggul, tetapi setelah persalinan lebih maju semuanya akan berjalan lancar. Ibu harus bekerja lebih keras, lebih merasakan nyeri dan menderita karena dapat mengakibatkan lebih banyak laserasi dari pada presentasi kepala bayi yang normal. Persalinan yang lebih lama dan rotasi yang sukar akan menyebabkan traumatik pada ibu maupun anaknya.

b. Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah sikap ekstensi sebagian (pertengahan), hal ini berlawanan dengan presentasi muka yang ekstensinya sempurna. Bagian terendahnya adalah daerah diantara margo orbitalis dan bregmatika dengan penunjuknya adalah dahi. Diameter bagian terendah adalah diameter vertikomentalis sebesar 13,5 cm yang merupakan diameter antero posterior kepala janin yang terpanjang (Oxorn, 2003).

Presentasi dahi primer yang terjadi sebelum persalinan mulai jarang dijumpai, kebanyakan adalah skunder yakni terjadi setelah persalinan dimulai. Bersifat sementara dan kemudian kepala fleksi menjadi presentasi belakang kepala atau ekstensi menjadi presentasi muka. Proses lewatnya dahi melalui panggul lebih lambat, lebih berat, dan lebih traumatik pada ibu dibanding dengan presentasi lain. Robekan perineum tidak dapat dihindari dan dapat meluas atas sampai fornices

vagina atau rektum, karena besarnya diameter yang harus melewati PBP (Pintu Bawah Panggul).

c. Presentasi Bokong

Presentasi bokong memiliki letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah dengan penunjuknya adalah sacrum. Berdasarkan posisi janin, presentasi bokong dapat dibedakan menjadi empat macam yaitu presentasi bokong sempurna, presentasi bokong murni, presentasi bokong kaki, dan presentasi bokong lutut (Oxorn, 2003). Kesulitan pada persalinan bokong adalah terdapat peningkatan risiko maternal. Manipulasi secara manual pada jalan lahir akan meningkatkan risiko infeksi pada ibu. Berbagai perasat intra uteri, khususnya dengan segmen bawah uterus yang sudah tipis, atau persalinan setelah *coming head* melewati servik yang belum berdilatasi lengkap, dapat mengakibatkan ruptur uteri, laserasi serviks, ataupun keduanya. Tindakan manipulasi tersebut dapat pula menyebabkan robekan perineum yang lebih dalam (Cunningham, 2005)

3. Faktor Persalinan pervaginam

a. Vakum Ekstrasi

Vakum ekstrasi adalah suatu tindakan bantuan persalinan, janin dilahirkan dengan ekstrasi menggunakan tekanan negatif dengan alat vacum yang dipasang di kepalanya (Mansjoer, 2002). Waktu yang diperlukan untuk pemasangan cup sampai dapat ditarik relatif lebih lama daripada forsep (lebih dari 10 menit). Cara ini tidak dapat dipakai untuk melahirkan anak dengan fetal distress (gawat janin). Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu adalah robekan pada serviks uteri, robekan pada vagina dan ruptur perineum. (Oxorn, 2003).

b. Ekstrasi Cunam atau Forsep

Ekstrasi cunam atau forsep adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan dibantu dengan cunam yang dipasang di kepala janin (Mansjoer, 2002). Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu karena tindakan ekstrasi forsep antara lain ruptur uteri, robekan portio, vagina, ruptur perineum, syok, perdarahan post partum, pecahnya varises vagina (Oxorn, 2003).

c. Embriotomi

Embriotomi adalah prosedur penyelesaian persalinan dengan jalan melakukan pengurangan volume atau merubah struktur organ tertentu pada bayi dengan tujuan untuk memberi peluang yang lebih besar untuk melahirkan keseluruhan tubuh bayi tersebut (Syaifudin, 2002). Persalinan macet dengan anak mati merupakan indikasi dari embriotomi. Komplikasi yang mungkin terjadi antara lain perlukaan vagina, perlukaan vulva, ruptur perineum yang luas bila perforator meleset karena tidak ditekan tegak lurus pada kepala janin atau karena tulang yang terlepas saat sendok tidak dipasang pada muka janin, cedera saluran kemih/saluran cerna, atonia uteri dan infeksi (Mansjoer, 2002).

d. Persalinan Presipitatus

Persalinan presipitatus adalah persalinan yang berlangsung sangat cepat, berlangsung kurang dari 3 jam, dapat disebabkan oleh abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlau kuat, atau pada keadaan yang sangat jarang dijumpai, tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses persalinan yang sangat kuat (Cunningham, 2005). Sehingga sering petugas belum siap untuk menolong persalinan dan ibu mengejan kuat tidak terkontrol, kepala

janin terjadi defleksi terlalu cepat. Keadaan ini akan memperbesar kemungkinan ruptur perineum (Mochtar, 1998). Pernyataan ini juga didukung oleh pernyataan dari buku acuan asuhan persalinan normal (2008) laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali.

4. Faktor Penolong Persalinan

   Penolong persalinan adalah seseorang yang mampu dan berwenang dalam memberikan asuhan persalinan. Pimpinan persalinan yang salah merupakan salah satu penyebab terjadinya ruptur perineum, sehingga sangat diperlukan kerjasama dengan ibu dan penggunaan perasat manual yang tepat dapat mengatur ekspulsi kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi untuk mencegah laserasi.

2.2.3 Klasifikasi Ruptur Perineum

Menurut buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (2008), derajat ruptur perineum dapat dibagi menjadi empat derajat, yaitu :

1. Ruptur perineum derajat satu, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
   a. Mukosa Vagina
   b. Komisura posterior
   c. Kulit perineum
2. Ruptur perineum derajat dua, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
   a. Mukosa Vagina
   b. Komisura posterior
   c. Kulit perineum

d. Otot perineum

3. Ruptur perineum derajat tiga, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
   a. Sebagaimana ruptur derajat dua
   b. Ditambah otot internal sfingter ani
4. Ruptur perineum derajat empat, dengan jaringan yang mengalami robekan adalah :
   a. Sebagaimana ruptur derajat tiga
   b. Ditambah dinding depan rectum

2.2.4 Tanda dan Gejala Ruptur Perineum

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir (Depkes RI, 2004). Tanda-tanda yang mengancam terjadinya robekan perineum antara lain :

1. Kulit perineum mulai melebar dan tegang.
2. Kulit perineum berwarna pucat dan mengkilat
3. Ada perdarahan keluar dari lubang vulva, merupakan indikasi robekan pada mukosa vagina.
4. Bila kulit perineum pada garis tengah mulai robek, di antara fourchette dan sfingter ani.

2.2.5 Penanganan Ruptur Perineum

Penanganan ruptur perineum diantaranya dapat dilakukan dengan cara melakukan penjahitan robekan lapis demi lapis dan memperhatikan robekan agar tidak ada ruang kosong yang masih terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki bekuan-bekuan darah yang akan menyebabkan tidak baiknya penyembuhan luka robekan dan memicu terjadinya hematoma. Penanganan

pada luka bekas robekan perineum ini dapat dilakukan dengan cara memberikan antibiotik yang cukup (Moctar, 1998).

Prinsip yang harus diperhatikan dalam menangani ruptur perineum adalah sebagai berikut,

1. Bila seorang ibu bersalin mengalami perdarahan setelah anak lahir maka tenaga kesehatan segera memeriksa sumber perdarahan tersebut apakah berasal dari retensio plasenta atau plasenta lahir tidak lengkap.
2. Bila plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi uterus baik, maka dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan pada jalan lahir selanjutnya melakukan identifikasi tempat robekan kemudian dilakukan penjahitan. Prinsip melakukan jahitan pada robekan perineum:
   a. Reparasi mula-mula 1 cm di atas titik pangkal robekan sebelah dalam/proksimal ke arah luar/distal. Jahitan dilakukan lapis demi lapis, dari lapis dalam kemudian lapis luar.
   b. Robekan perineum tingkat I : tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik, namun jika terjadi perdarahan segera dijahit dengan menggunakan benang catgut secara jelujur atau dengan cara angka delapan.
   c. Robekan perineum tingkat II : untuk laserasi derajat I atau II jika ditemukan robekan tidak rata atau bergerigi harus diratakan terlebih dahulu sebelum dilakukan penjahitan. Pertama otot dijahit dengan catgut kemudian selaput lendir. Vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur. Penjahitan mukosa vagina dimulai dari 1 cm di atas puncak robekan. Kulit perineum dijahit dengan benang catgut secara jelujur.

d. Robekan perineum tingkat III : penjahitan yang pertama pada dinding depan rektum yang robek, kemudian fasia perirektal dan fasia septum rektovaginal dijahit dengan catgut kromik sehingga bertemu kembali.
e. Robekan perineum tingkat IV : ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah karena robekan diklem dengan klem pean lurus, kemudian dijahit antara 2-3 jahitan catgut kromik sehingga bertemu kembali. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat I.

2.2.6 Pencegahan Ruptur Perineum

Menurut Mochtar (1998) persalinan yang salah merupakan salah satu sebab terjadinya ruptur perineum. Menurut Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal (2008) kerjasama dengan ibu dan penggunaan perasat manual yang tepat dapat mengatur ekspulsi kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi untuk mencegah laserasi atau meminimalkan robekan pada perineum. Cara-cara yang dianjurkan untuk meminimalkan terjadinya ruptur perineum diantaranya adalah :

1. Saat kepala membuka vulva (5-6 cm), penolong meletakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat sepertiganya di bawah bokong ibu dan menyiapkan kain atau handuk bersih di atas perut ibu, untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir.
2. Melindungi perineum dengan tangan kanan dengan kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan empat jari tangan pada sisi yang lain pada belakang kepala bayi.
3. Tangan kiri menahan di simfisis pubis agar kepala bayi agar posisi kepala tidak defleksi terlalu cepat pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

4. Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi secara bertahap dengan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

2.2.7 Bahaya dan Komplikasi Ruptur Perineum

Bahaya dan komplikasi akibat terjadinya ruptur perineum antara lain adalah sebagai berikut,

a. Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian perdarahan dan penatalaksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting untuk dilakukan. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda-tanda vital ibu dan mengevaluasi asal perdarahan serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai tonus otot uterus (Depkes, 2006).

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 (Depkes, 2006).

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

varikositas 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 ruptur perineum (Martius, 1997).

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. Dengan ketentuan meningkatnya suhu tubuh melebihi 38 derajat. Robekan jalan lahir selalu menyebabkan perdarahan yang berasal dari perineum, vagina, serviks dan robekan uterus (ruptur uteri). Penanganan yang dapat dilakukan dalam hal ini adalah dengan melakukan evaluasi terhadap sumber dan jumlah perdarahan. Jenis robekan perineum adalah mulai dari tingkatan ringan sampai dengan robekan yang terjadi pada seluruh perineum yaitu mulai dari derajat satu sampai dengan derajat empat. Ruptur perineum dapat diketahui dari tanda dan gejala yang muncul serta penyebab terjadinya. Dengan diketahuinya tanda dan gejala terjadinya ruptur perineum, maka tindakan dan penanganan selanjutnya dapat dilakukan tanpa menghitung pireksia nifas. Setiap wanita yang mengalami pireksia nifas harus diperhatikan, diisolasi, dan dilakukan inspeksi pada traktus gentitalis untuk mencari laserasi, robekan atau luka episiotomi (Liwellyin, 2001).