BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Persalinan

Persalinan (partus) merupakan proses fisiologik dimana uterus mengeluarkan atau berupaya mengeluarkan janin dan plasenta setelah masa kehamilan 20 minggu atau lebih dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan.\(^9\)

Persalinan dibagi menjadi tiga kala:

Kala satu persalinan : menyatakan periode mulainya persalinan sampai dilatasi lengkap serviks yang dibagi menjadi fase laten dan fase aktif.

Kala dua persalinan : menyatakan periode dari dilatasi serviks lengkap sampai kelahiran janin.

Kala tiga persalinan : menyatakan periode dari kelahiran janin sampai ekspulsi atau ekstraksi plasenta dan selaput amnion.\(^{11}\)

2.2. Persalinan Normal

Persalinan normal adalah persalinan dengan letak belakang kepala yang berlangsung spontan dalam 24 jam, tanpa menimbulkan kerusakan yang berlebih pada anak dan ibu.\(^{10}\) Persalinan normal juga sering disebut persalinan biasa yang artinya kelahiran seorang bayi genap bulan sehat dengan letak belakang kepala melalui jalan lahir alamiah dengan tenaga ibu sendiri secara spontan dalam waktu
paling lama 18 jam untuk primigravida dalam kondisi ibu yang tetap sehat kerusakan jalan lahir minimal (maksimal dengan ruptura perinei tingkat II). 

Suatu persalinan diawali dengan terjadinya his persalinan, yang ditandai dengan pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan yang sifatnya teratur dengan interval makin pendek dan kekuatannya makin besar yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks dan kalau semakin beraktifitas (jalan) kekuatan makin bertambah; pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda); pengeluaran cairan (ketuban pecah) dimana persalinan diharapkan dalam 24 jam.

Berikut ini dijelaskan bagaimana Pelvis Normal Wanita.

Saluran (kanal) pelvis yang menjadi jalan janin selama persalinan terdiri dari pintu atas panggul, rongga panggul, dan pintu bawah panggul.

1) Pintu atas panggul atau inlet

Pintu atas panggul (inlet) bagian belakangnya dibatasi oleh promontorium dan ala ossis sacri, sedangkan bagian depan oleh tulang-tulang pubis. Pada pelvis normal wanita, pintu atas panggul berbentuk bulat kecuali pada promontorium sakrum yang menonjol.

2) Rongga panggul

Rongga panggul adalah kanal yang melengkung diantara pintu bawah panggul. Pada pelvis normal wanita rongga ini berbentuk sirkuler dan melengkung ke dalam. Seluruh diameternya berukuran sekitar 12 cm.

3) Pintu bawah panggul atau outlet
Pintu bawah panggul berbentuk seperti wajik (diamond) dan bagian anterior dibatasi oleh arkus pubis dimana pada pelvis normal wanita membentuk sudut 90°. Pada bagian lateral dibatasi oleh spina iskiadik, dan dibagian posterior oleh koksigis dan ligamen skr-tuberosa. Diamater terpenting pada pintu bawah panggul adalah:

a) Diameter transversal atau diameter intertuberosa yang berukuran 11 cm.

b) Diameter antero-posterior yang diukur dari aspek arkus pubis ke ujung koksigis. Selama kelahiran kepala janin, koksigis melengkung kebelekang sehingga diameternya membesar. Diameternya yang membesar ini berukuran sekitar 13 cm. 11

2.3. Persalinan Tak Maju

Persalinan tak maju (persalinan macet) berarti bahwa meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena fakor mekanis. Kemacetan persalinan biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul. 11

2.3.1. Komplikasi Persalinan Yang Terjadi Pada Persalinan Tak Maju

a. Ketuban Pecah Dini

Bila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi.

b. Pembukaan Serviks yang Abnormal

Pembukaan serviks terjadi perlahan atau tidak sama sekali karena kepala janin tidak dapat turun dan menekan serviks tersebut. Pada saat yang sama, dapat terjadi
Edema serviks sehingga kala satu persalinan menjadi lama. Namun demikian kala satu dapat juga normal atau singkat jika, misalnya kemacetan persalinan terjadi hanya pada pintu bawah panggul. Dalam kasus ini hanya kala dua yang menjadi lama. Persalinan yang lama menyebabkan ibu mengalami ketoasidosis dan dehidrasi.

Seksio caesaria perlu dilakukan jika serviks tidak berdilatasi. Sebaliknya, jika serviks berdilatasi secara memuaskan, maka ini biasanya menunjukkan bahwa kemacetan persalinan telah teratasi dan kelahiran per vaginam mungkin bisa dilaksanakan (bila tidak ada kemacetan pintu bawah panggul).

**c. Bahaya Ruptur Uterus**

Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahim melalui kontraksi. Jika kontraksi berlanjut, segmen bawah rahim akan meregang sehingga menjadi berbahaya menipis dan mudah ruptur. Namun demikian kelelahan uterus dapat terjadi sebelum segmen bawah rahim meregang, yang menyebabkan kontraksi menjadi lemah atau berhenti sehingga kecenderungan ruptur uterus berkurang.

Ruptur uterus dapat terjadi secara komplet. Jika komplet (apabila uterus berhubungan langsung dengan rongga peritonium), perdarahan dapat terjadi dalam peritoneum. Namun jika ruptur uterus terjadi tidak komplet (apabila ruptur tidak mencapai viseral peritonium), perdarahan akan terjadi di belakang viesral peritoneum.

Ruptur uterus lebih sering terjadi pada multipara (jarang terjadi pada nulipara), terutama jika uterus telah melemah karena jaringan parut akibat riwayat seksio sesaria.
Ruptur uterus menyebabkan hemorrhagi dan syok. Bila tidak dilakukan penanganan, dapat berakibat fatal.

d. Fistula

Jika kepala janin terhambat cukup lama dalam pelvis, maka sebagian kandung kemih, serviks, vagina, dan rektum terperangkap di antara kepala janin dan tulang-tulang pelvik dan mendapat tekanan yang berlebihan. Akibat kerusakan sirkulasi, oksigenisasi pada jaringan-jaringan ini menjadi tidak adekuat sehingga terjadi nekrosis, yang dalam beberapa hari diikuti dengan pembentukan fistula. Fistula dapat berupa vesiko-vaginal (di antara kandung kemih dan vagina), vesiko-servikal (di antara kandung kemih dan serviks) atau rekto-vaginal (berada di antara rektum dan vagina), yang memungkinkan terjadinya kebocoran urine atau feses ke dalam vagina. Fistula umumnya terbentuk setelah kala dua persalinan yang sangat lama dan biasanya terjadi pada nulipara, terutama di negara-negara yang kehamilan para wanitanya dimulai pada usia dini.\textsuperscript{11}

e. Sepsis Puerperalis

Sepsis Puerpuralis adalah infeksi pada traktus genitalia yang dapat terjadi setiap saat antara awitan pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat gejala-gejala seperti : nyeri pelvic, demam 38,5\degree C atau lebih yang diukur melalui oral kapan saja, cairan vagina yang abnormal dan berbau busuk, dan keterlambatan dalam kecepatan penurunan ukuran uterus.
Infeksi merupakan bagian serius lain bagi ibu dan janinnya pada kasus-kasus persalinan lama dan persalinan tak maju, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang.12

2.3.2. Penyebab terjadinya persalinan tak maju11

Persalinan tak maju bisa disebabkan oleh beberapa hal, antara lain:

a. Disproporsi Sepalopelvik.


Disproporsi sepalopelvik dapat terjadi secara:

- Marginal (Ini berarti bahwa masalah bisa diatasi selama masa persalinan. Relaksasi sendi-sendii pelvik dapat memungkinkan berlangsungnya kelahiran per-vaginal)

- Moderat (sekitar setengah dari pasien-pasien pada kelompok lanjutan ini memerlukan persalinan dengan tindakan operasi)

- Definit (Ini berarti pelvis sempit, bentuk kepala abnormal dan/atau janin mempunyai ukuran besar yang abnormal, misalnya hidrosefalus. Operasi diperlukan pada persalinan ini).
b. Presentasi yang abnormal

Hal ini bisa terjadi pada: dah, bahu, muka dengan dagu posterior dan kepala yang sulit lahir pada presentasi bokong.

1. Presentasi Dahi

Pada presentasi dahi, bagian kepala janin antara tepi orbita dan ubun-ubun besar merupakan bagian terendah pada pintu atas panggul. Kepala janin dengan demikian menempati posisi tengah-tengah antara fleksi maksimal (oksiput) dan ekstensi maksimal (mentum dan muka). Kecuali bila kepala sangat kecil dan panggul sangat luas, selama tetap dalam presentasi dahi, penurunan kepala janin dan kemudian kelahiran tidak dapat terjadi.

2. Presentasi Muka

Pada presentasi muka, kepala mengalami hiperekstensi sehingga oksiput menempel pada punggung janin dan dagu (mentum) merupakan bagian terendah.

3. Presentasi Bahu

Pada presentasi bahu, bahu merupakan bagian terbawah janin dan abdomen cenderung melebar dari satu sisi ke sisi yang lain sehingga tidak teraba bagian terbawah anak pada pintu atas panggul menjelang persalinan. Bila pasien berada pada persalinan lanjut setelah ketuban pecah, bahu dapat terjepit kuat di bagian atas pelvis dengan satu tangan atau lengan keluar dari vagina.

c. Abnormalitas pada janin

Hal ini sering terjadi bila ada kelainan pada janin, misalnya: hidrosefalus dan kembar dempet.
d. Abnormalitas Sistem Reproduksi.

Abnormalitas sistem reproduksi, misalnya tumor pelvik, stenosis serviks atau vagina dan perineum kaku.

2.4. Pengaruh Persalinan Tak Maju Pada Bayi

2.4.1. Perubahan pada tulang-tulang kranium dan kulit kepala

Akibat tekanan dari tulang-tulang pelvik, kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala) sering kali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala.

2.4.2. Kematian janin

Jika persalinan tak maju dibiarkan berlangsung lama, maka dapat mengakibatkan kematian janin yang disebabkan oleh tekanan yang berlebihan pada plasenta dan korda umbilikus. Janin yang mati itu akan melunak akibat pembusukan sehingga dapat mencetuskan terjadinya koagulasi intravaskuler diseminata (KID). Keadaan ini dapat mengakibatkan hemoragi, syok, dan kematian pada maternal.
2.5. Faktor Risiko

Ciri epidemiologik seperti usia, paritas, jarak antara dua kehamilan, penyakit dan gizi secara biologik mempengaruhi hasil akhir suatu kehamilan dan persalinan. Ada juga faktor-faktor lain seperti pendidikan, sosio ekonomi, sosio budaya, geografi, dan transportasi, kualitas dan kuantitas cakupan pelayanan kesehatan dan peran serta masyarakat sangat mempengaruhi kesejateraan dan kelancaran persalinan. Dibawah ini akan dijelaskan beberapa faktor risiko terjadinya persalinan tak maju.

2.5.1. Anatomi Tubuh Ibu Melahirkan

Ibu bertubuh pendek (<150 cm) yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi, dan terjadinya deformitas panggul merupakan resiko tinggi pada persalinan.

Menurut penelitian Sorimuda di Medan tahun 1998-1999 menemukan risiko untuk mengalami komplikasi persalinan 1,57 kali lebih besar pada kelompok yang tinggi badan < 150 cm dibandingkan dengan mereka yang tinggi badannya >150 cm. Ibu yang pendek mempunyai risiko persalinan tak maju.

2.5.2. Riwayat persalinan

Persalinan yang pernah dialami oleh ibu dengan persalinan prematur, persalinan dengan berat badan lahir rendah (BBLR), seksio caesaria, bayi lahir mati, atau persalinan dengan induksi serta semua persalinan tidak normal yang dialami ibu merupakan resiko tinggi pada persalinan berikutnya.

Menurut penelitian Sorimuda di enam RS di Medan tahun 1998-2000, resiko untuk mengalami persalinan komplikasi 3 kali lebih besar pada ibu yang mempunyai

Universitas Sumatera Utara
riwayat persalinan jelek, dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai riwayat persalinan jelek. Riwayat persalinan jelek pada kasus didapatkan persalinan tak maju 24,6%.

2.5.3. Usia


yang terjadi di atas 35 tahun merupakan proporsi persalinan yang cukup besar. Angka-angka tersebut, antara lain di Nigeria 15 %, di Senegal 17 %, di Bangladesh 25 %, di Srilanka 11% dan di AS 21 %.

2.5.4. Paritas

Paritas dapat dikelompokkan menjadi 4:

a. Golongan nullipara adalah golongan dengan paritas 0.
b. Golongan primipara adalah golongan dengan paritas 1.
c. Golongan multipara adalah golongan ibu dengan paritas 2-5.
d. Golongan grande multipara adalah golongan ibu dengan paritas > 5.

Persalinan yang kedua dan yang ketiga merupakan persalinan yang aman. Pada kehamilan selanjutnya risiko meningkat. Di Matlab, persalinan keenam dan berikutnya AKI tiga kali lebih besar dari persalinan yang kedua. Di Jamaika, AKI untuk persalinan yang keenam dan berikutnya dua kali lebih besar dari persalinan kedua. Berbeda dengan persalinan pertama yang berisiko, hanya dapat diatasi dengan pemeliharaan yang baik, tidak dapat dihindari bahwa kebanyakan persalinan paritas tinggi tidak direncanakan bahkan mungkin diinginkan.

Kemungkinan terjadinya kematian maternal pada ibu yang baru pertama kalinya melahirkan lebih tinggi daripada ibu-ibu yang sudah mempunyai dua sampai tiga orang anak. Setelah anak kelima angka kematiananya menjadi tinggi (34%). Oleh karena itu program keluarga berencana mempunyai jangkauan terbesar menurunkan risiko persalinan.
2.5.5. Sosial Ekonomi

Perbedaan pemukiman antara daerah perkotaan dan pedesaan ternyata mempengaruhi tinggi rendahnya kematian maternal, begitu juga dengan pendidikan. Perbedaan ini disebabkan oleh kurangnya fasilitas pelayanan kesehatan dan transportasi yang menghambat kelancaran rujukan. Jarak rumah yang jauh untuk mendapatkan bantuan tenaga ahli juga mempengaruhi persalinan.11

2.5.6. Kesediaan tenaga ahli dan Rujukan

Staf tidak terlatih untuk mengenali persalinan macet (partograf tidak digunakan), kegagalan dalam bertindak terhadap faktor-faktor risiko dan penundaan dalam merujuk ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi (misalnya untuk seksio seesar) merupakan faktor risiko terjadinya persalinan tak maju.11

2.6. Tanda-Tanda Persalinan Tak Maju

2.6.1. Kondisi Umum

Pada kasus persalinan tak maju akan ditemukan tanda-tanda kelelahan fisik dan mental. Dapat juga diobservasi hal-hal dibawah ini:

a) Dehidrasi dan ketoasidosis (ketonuria, nadi cepat, mulut kering)

b) Demam

c) Nyeri

d) Syok (nadi cepat, anuria, ekstremitas dingin, kulit pucat, tekanan darah rendah). Syok dapat disebabkan oleh ruptur uterus atau sepsis.
2.6.2. Pemeriksaan abdomen

Tanda-tanda persalinan tak maju yang dapat diketahui melalui pemeriksaan abdomen adalah:

a) Kepala janin dapat diraba diatas rongga pelvik karena kepala tidak dapat turun:

b) Kontraksi uterus sering dan kuat (tetapi jika seorang ibu mengalami kontraksi yang lama dalam persalinannya maka kontraksi dapat berhenti karena kelelahan uterus)

c) Uterus dapat mengalami kontraksi tetanik dan bermolase ketat di sekeliling janin;


2.6.3. Pemeriksaan vagina

Tanda-tanda persalinan tak maju yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

a) Bau busuk dari drainase mekonium

b) Cairan amniotik sudah keluar
c) Kateterisasi akan menghasilkan urine pekat yang dapat mengandung mekonium atau darah

d) Pemeriksaan vagina:
   - Edema vulva, terutama jika ibu telah lama mengejan
   - Vagina panas dan mengering karena dehidrasi
   - Pembukaan serviks tidak kompleter (kemungkinan membuka penuh dalam kasus obstruksi pintu bawah panggul)
   - Kaput suksedanum yang besar dapat diraba
   - Penyebab persalinan macet, antara lain kepala sulit bermolase akibat terhambat di pelvis, presentasi bahu, dan lengan prolaps.¹¹

2.7. Pencegahan

2.7.1. Pencegahan Primer

Seluruh faktor risiko persalinan tak maju dapat dicegah, misalnya memperbaiki perilaku diet, pelayanan kesehatan gadis dan wanita dalam pendidikan dan pekerjaan, sarana komunikasi dan transportasi serta mengenali dan merujuk ibu dengan risiko tinggi.¹¹

2.7.2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan penggunaan partograf. Partograf adalah grafik yang menunjukkan kemajuan persalinan dengan merekam kemajuan pembukaan serviks, turunnya bagian terendah janin dan his.¹⁶