

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada 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 (Saifuddin, 2013).

Persalinan adalah proses yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhir dengan kelahiran plasenta (Laily, 2012).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadinya pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2012).

Dari ketiga pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran janin, plasenta dan selaput ketuban dari uterus ibu. Yang dianggap normal apabila terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan tanpa disertai adanya penyulit.

2.1.2 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi empat tahap. Diantaranya yaitu Kala I sampai dengan Kala IV. Kala I dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Saifuddin, 2013).

1. Persalinan Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan satu sampai pembukaan lengkap (10 cm). pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat, sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dapat dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan ibu tersebut mengeluarkan lendir yang bersempu darah (*bloody show*). Lendir yang bersempu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis tersebut pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka. Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan

serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif ini masih dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu:

1. Fase akselerasi; dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
2. Fase dilatasi maksimal; dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.
3. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai baik pada primi gravida maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Berdasarkan kurve Fridman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan pada multigravida 2 cm/jam. Dengan demikian waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri intenum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka.

2. Persalinan Kala II

Persalinan kala II ini biasa disebut dengan pengeluaran. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada

multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan rasa mencedas. Ibu merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his. Dengan kekuatan his dan mencedas maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi (Bobak, 2011).

3. Persalinan Kala III

Persalinan kala III disebut juga pelepasan uri. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Bobak, 2011).

4. Persalinan Kala IV

Persalinan kala IV disebut observasi. Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan dalam pemberian asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

1. Tingkat kesadaran penderita
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya pendarahan. Pendarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Bobak, 2011).

2.1.3 Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Persalinan

1. Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh

karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Bobak, 2011).

2. Janin dan Plasenta(*Passanger*)

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Bobak, 2011).

3. Kekuatan (*Power*)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Bobak, 2011).

4. Psikis Ibu

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Ibu bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan ibu serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan

yang akan diperlukannya. Membantu ibu berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan ibu akan berhasil akhir persalinannya, membantu ibu menghemat tenaga, untuk menghindari kelelahan dan kehabisan tenaga mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang yang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada di sisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Bobak, 2011).

2.2 *Rupture perineum*

2.2.1 Pengertian

Perineum adalah jaringan antara vestibulum vulva dan anus dan panjang kira-kira 4 cm (Maemunah, 2010). Sedangkan menurut kamus Dorland perineum adalah daerah antara kedua belah paha, antara vulva dan anus. Perineum terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Saifuddin, 2013). *Rupture perineum* adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan (Mochtar, 2010)

Rupture perineum merupakan luka perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu saat proses persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan jahitan (Yeyeh, 2015).

2.2.2 Derajat *Rupture perineum*

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan, yaitu sebagai berikut :

1. Derajat I

Luasnya robekan hanya sampai mukosa vagina, komisura posterior tanpa mengenai kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik.

2. Derajat II

Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Jahit menggunakan teknik penjahitan *rupture perineum*.

3. Derajat III

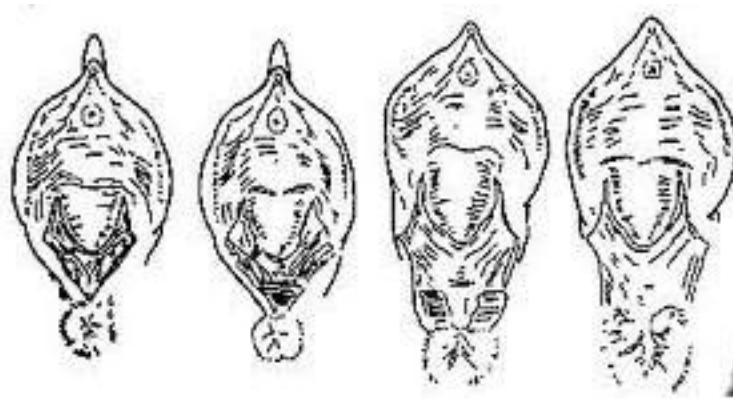
Robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum hingga otot sfingter ani.

4. Derajat IV

Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani sampai ke dinding depan rektum. Penolong asuhan persalinan normal tidak dibekali keterampilan untuk reparasi *rupture perineum* derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan(JNPK-KR, 2012).

Gambar 2.1

Derajat Laserasi



Sumber: Sujiyatini, 2011

2.2.3 Dampak Terjadinya *Rupture Perineum*

Beberapa dampak yang mungkin terjadi apabila terjadinya *rupture perineum* diantaranya:

1. Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan

penataksanaan 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 (Kemenkes RI, 2016).

2. Fistula

Fistula dapat terjadi tanda 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 rektum yang lama antara janin dan panggul, sehingga terjadi iskemia (Kemenkes RI, 2016).

3. 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 ruptur perineum (Kemenkes RI, 2016).

4. Infeksi

Infeksi pada masa nifas adalah peradangan di sekitar alat genitalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh sehingga menimbulkan infeksi. Dengan ketentuan meningkat suhu tubuh melebihi 38°C, tanpa menghitung pireksia nifas. Setiap wanita yang mengalami pireksia nifas harus diperhatikan, diisolasi, dan dilakukan inspeksi pada traktus genitalis untuk mencari laserasi, robekan atau luka episiotomi (Kemenkes RI, 2016).

2.2.4 Jenis *Rupture Perineum*

1. Rupture Perineum Spontan

Merupakan ruptur perineum yang terjadi tidak disengaja atau bukan karena tindakan pembedahan

2. Rupture Perineum Episiotomi

Episiotomi adalah insisi bedah yang dibuat di perineum untuk memudahkan proses kelahiran (Prawirohardjo, 2016).

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi kejadian *Rupture Perineum*

Beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian *rupture perineum* diantaranya umur, paritas, berat badan janin,

penatalaksanaan persalinan, malpresentasi dan malposisi serta anomali kongenital (Prawirohardjo, 2016).

1. Umur

Reproduksi sehat berada pada usia aman untuk kehamilannya persalinan yaitu usia 20-35 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 35 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 (Prawirohardjo, 2016).

2. Paritas

Rupture perineum terjadi hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Pada ibu dengan paritas satu atau ibu primipara memiliki resiko lebih besar untuk mengalami *rupture perineum* daripada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan karena jalan lahir yang pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot-otot perineum belum meregang. Robekan perineum terjadi pada hampir semua

persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Saifuddin, 2013).

Daerah perineum bersifat elastis, tapi dapat juga ditemukan perineum yang kaku terutama pada primipara yang baru mengalami persalinan persalinan (Suririnah, 2013). Untuk kategori paritas diantaranya primipara untuk persalinan atau memiliki anak yang pertama, multipara 2-4 anak dan grandemultipara lebih dari 4 anak. (Saifuddin, 2013).

3. Berat badan Janin

Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang 24 jam pertama kelahiran. Semakin besar bayi yang dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya *rupture perineum*. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki bobot lebih dari 4000 gram. Robekan perineum terjadi pada kelahiran dengan berat badan bayi baru lahir yang besar. Hal ini terjadi karena semakin besar berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan resiko terjadinya *rupture 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 laserasi perineum (Saifuddin, 2013).

Janin besar adalah bila berat badan melebihi dari 4000 gram. Persalinan dengan berat badan janin besar dapat menyebabkan terjadinya *rupture perineum* (Mochtar, 2010).

Berat badan janin dapat mempengaruhi persalinan dan *rupture perineum*. Bayi yang mempunyai berat badan yang besar dapat menimbulkan penyulit dalam persalinan diantaranya adalah partus lama, partus macet dan distosia bahu (Jones, 2011).

Sebelum bersalin hendaknya ibu diperiksa Tinggi Fundus Uteri agar dapat diketahui Tafsiran Berat Badan Janin dan dapat diantisipasi adanya persalinan patologis yang disebabkan bayi besar seperti ruptura uteri, ruptura jalan lahir, partus lama, distosia bahu, dan kematian janin akibat cedera persalinan (Saifuddin, 2013).

4. Penatalaksanaan Persalinan

a. Cara memimpin mengejan dan dorongan pada fundus uteri

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Sujiyatini, 2011)

b. Ketrampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala

Mencegah laserasi yaitu dengan kerjasama yang baik antara penolong terutama saat kepala *crowning* (pembukaan 5-6 cm di vulva) serta kelahiran kepala yang terkendali dan perlahan memberikan waktu pada vagina dan perineum untuk

mengadakan penyesuaian untuk mengurangi robekan (Ambarwati, 2010).

Saat kepala janin sampai di dasar panggul, vulva mulai terbuka, rambut kepala kelihatan. Setiap his kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain doek steril, supaya tidak terjadi robekan perineum (Mochtar, 2010).

c. Anjuran posisi meneran

Penolong persalinan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi meneran dan menjelaskan alternatif-alternatif posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif (Bobak, 2011). Adapun macam-macam posisi meneran adalah :

1) Duduk atau setengah duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

2) Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

3) Jongkok atau berdiri

Posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar dua puluh delapan persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perlukaan jalan lahir).

4) Berbaring miring kekiri

Posisi berbaring miring kekiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplay oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat mencegah terjadinya laserasi / robekan jalan lahir.

d. Episiotomi

Penyembuhan luka pada perineum akan lebih sempurna bila pinggirnya lurus dan otot-otot mudah dijahit. Pada persalinan spontan sering terjadi robekan perineum yang merupakan luka dengan pinggir yang tidak teratur. Hal ini akan menghambat penyembuhan perineum sesudah luka dijahit. Oleh karena itu, dan juga untuk melancarkan jalannya persalinan, dapat dilakukan insisi pada perineum pada saat kepala janin tampak dari luar dan mulai meregangkan perineum (Saifuddin, 2013).

Tindakan episiotomi pada masa lalu dilakukan secara rutin terutama pada primipara. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah trauma pada kepala janin, mencegah kerusakan pada sfingter ani serta lebih mudah untuk menjahitnya. Kenyataannya tindakan episiotomi dapat menyebabkan peningkatan jumlah kehilangan darah ibu, bertambah dalam luka perineum, meningkatkan kerusakan pada spinter ani dan peningkatan rasa nyeri pada hari pertama postpartum (Bobak, 2011).

Adapun indikasi episiotomi adalah sebagai berikut (Bobak, 2011):

- 1) Gawat janin.
- 2) Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukan *ekstraksi forcep, ekstraksi vacum*.
- 3) Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina.
- 4) Perineum kaku dan pendek.
- 5) Adanya ruptur yang membakat pada perineum.
- 6) Prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.

Dianjurkan untuk melakukan episiotomi pada primigravida atau pada wanita dengan perineum yang kaku. Episiotomi ini dilakukan bila perineum telah menipis dan

kepala janin tidak masuk kembali kedalam vagina (Saifuddin, 2013).

Episiotomi dilakukan bila perineum sudah menipis dan kepala janin tidak masuk lagi dalam vagina, yaitu dengan jalan mengiris atau menggunting perineum. Ada tiga arah irisan diantaranya medialis, medio-lateralis dan lateralis. Tujuan episiotomi adalah supaya tidak terjadi robekan perineum yang tidak teratur (Mochtar, 2010).

5. Malpresentasi dan malposisi

a. Presentasi Kepala

Presentasi yang dimaksud dalam hal ini adalah presentasi puncak kepala dan presentasi dahi. Presentasi puncak kepala bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba Ubun-ubun Besar (UUB) yang paling rendah, dan UUB sudah berputar ke depan. Menurut statistik hal ini terjadi pada 1% dari seluruh persalinan. Komplikasi yang terjadi pada ibu adalah partus yang lama atau robekan jalan lahir yang lebih luas (Mochtar, 2010).

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dahi, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

Mekanisme persalinan kepala memasuki panggul biasanya dengan dahi melintang, atau miring. Pada waktu putaran paksi, dahi memutar ke depan. Maxilla (*fossa canina*) sebagai hipomoklion berada di bawah simpisis, kemudian terjadi fleksi untuk melahirkan belakang kepala melewati perineum, lalu defleksi, maka lahirlah mulut, dagu di bawah simpisis. Hal ini mengakibatkan partus menjadi lama dan lebih sulit, bisa terjadi robekan yang berat dan ruptura uteri (Mochtar, 2010).

b. Presentasi bokong

Presentasi bokong atau letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang (membujur) dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah (Mochtar, 2010).

Persalinan dengan penyulit seperti sungsang merupakan indikasi untuk melakukan episiotomi (Saifuddin, 2013).

c. Distosia bahu

Distosia bahu adalah suatu keadaan yang memerlukan tambahan manuver obstetrik karena jika dilakukan dengan tarikan biasa kearah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi (Cunningham, 2010).

Persalinan dengan distosia bahu sering terjadi kerusakan pada traktus genitalis bawah seperti *rupture perineum* (Jones, 2011).

Penanganan ruptur pada bayi yang mengalami distosia bahu Diperlukan seorang asisten untuk membantu. Tidak boleh melakukan penarikan atau dorongan sebelum memastikan bahwa bahu posterior sudah masuk panggul. Bahu posterior yang belum melewati PAP akan sulit dilahirkan bila dilakukan tarikan pada kepala. Untuk mengendorkan ketegangan yang menyulitkan bahu posterior masuk panggul tersebut, dapat dilakukan episiotomy yang luas, posisi Mc. Robert, atau posisi dada-lutut. Dorongan pada fundus juga tidak dikenakan karena semakin menyulitkan bahu untuk dilahirkan dan berisiko menimbulkan ruptur uteri.

Disamping perlunya asisten dan pemahaman yang baik tentang mekanisme persalinan, keberhasilan pertolongan persalinan dengan distosia bahu juga ditentukan oleh waktu. Setelah kepala lahir akan terjadi penurunan pH arteria umbilikal dengan laju 0,04 unit/menit. Dengan demikian, pada bayi yang sebelumnya tidak mengalami hipoksia tersedia waktu antara 4-5 menit untuk melakukan manuver

melahirkan bahu sebelum terjadi cedera hipoksik pada otak (Prawirohardjo, 2016).

6. Anomali Kongenital

Kelainan kongenital seperti Hidrosefalus. Hidrosefalus adalah penimbunan cairan serebrospinal dalam ventrikel otak sehingga kepala janin menjadi besar serta ubun-ubun menjadi lebar. Jumlah cairan bisa mencapai 1,5 liter bahkan ada yang sampai 5 liter. Sering dijumpai kelainan seperti spinabifida dan cacat bawaan lain pada janin (Mochtar, 2010).

Persalinan dengan kelainan hidrosefalus dianjurkan untuk dilakukan persalinan perabdominan untuk menghindari adanya cedera jalan lahir beserta cedera pada janin (Jones, 2011).