

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penelitian Terkait

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

No	Penulis, Tahun, Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Lilis Karlina (2016) Gambaran Pengetahuan Suami Tentang Siaga Dalam Masa Kehamilan di Puskesmas Matakali Kecamatan Matakali Kabupaten Polewali Mandar	Metode deskriptif. Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>total sampling</i>	Tingkat pengetahuan suami tentang pengertian suami siaga adalah cukup sebesar 67.3%, tentang peran dan keterlibatan suami dalam masa kehamilan adalah baik sebesar 45.5%, dan dukungan suami dalam masa kehamilan adalah cukup sebesar 49.1%.
2.	Maghfirah Utari	Metode observasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Teknik <i>simple random sampling</i> . Uji <i>correlation spearman</i> .	Ada hubungan antara pengetahuan suami tentang manfaat buku KIA ($r = 0,339$ dan $p = 0,000$) dan pengetahuan suami tentang kehamilan risiko tinggi ($r = 0,484$ dan $p = 0,000$) dengan partisipasi suami dalam menghadapi kehamilan dan persalinan istri di Kecamatan Polokarto
3.	Mulyanti L. (2010) Hubungan Dukungan Suami Pada Ibu	Deskriptif korelasi dengan rancangan <i>cross sectional</i> . Instrumen penelitian kuesioner. <i>chi square test</i> .	responden yang tidak mendapat dukungan suami 17 orang (56,7%) sedangkan responden yang mendapat dukungan suami 13 orang

Hamil dengan Kunjungan ANC di Rumah Bersalin Bhakti IBI	(43,3%). Kunjungan ANC: 17 orang (56,7%) melakukan kunjungan ANC dengan baik dan 13 orang (43,3%) melakukan kunjungan ANC tidak baik. Dari <i>Chi square</i> test diperoleh $p = 0,007$, ada hubungan antara dukungan suami pada ibu hamil dengan kunjungan ANC.
4. Ruwaida, Said Usman (2015) Hubungan Pengetahuan dan Sikap Suami dengan Partisipasi dalam Mendampingi Persalinan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh Tahun 2015	Survey analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Instrumen penelitian kuesioner. <i>chi square test</i> . Ada hubungan pengetahuan suami dalam mendampingi persalinan dimana $p = 0,002 (<0,05)$ dan sikap suami dalam mendampingi persalinan dengan nilai $p = 0,002 (<0,05)$.

B. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” penginderaan manusia terhadap suatu objek tertentu. Proses penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan melalui kulit, sehingga terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoadmojo, 2012).

2. Tingkatan Pengetahuan

Ada 6 (enam) tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu:

- a. Tahu (*Know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dengan mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tingkat pengetahuan paling rendah untuk mengukur tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan.
- b. Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- c. Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks situasi yang lain
- d. Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

- e. Sintesis (*synthesis*) menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan terhadap teori atau rumusan yang telah ada
- f. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2012).

3. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2012), ada beberapa cara untuk memperoleh pengetahuan, yaitu:

- a. Cara Coba-Salah (*Trial and Error*) dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba engan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

- b. Cara Kekuasaan atau Otoritas, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli-ahli ilmu pengetahuan. Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris, atau penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa yang dikemukakannya adalah benar.
- c. Berdasarkan Pengalaman Pribadi, pengalaman adalah guru yang baik, sebagai sumber pengetahuan, atau pengalaman.
- d. Melalui Jalan Pikiran, manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya, baik melalui induksi maupun deduksi.
- e. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan ilmiah disebut metodologi penelitian ilmiah.

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2012). Pengukuran untuk mengetahui kedalaman pengetahuan, yaitu :

- a. Pengetahuan baik, apabila responden berpengetahuan 76%-100%
- b. Pengetahuan cukup, apabila responden berpengetahuan 60%-75%

- c. Pengetahuan kurang, apabila responden berpengetahuan < 60%

5. Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2012) yaitu:

- a. Usia
- b. Sosial ekonomi akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang. Ekonomi dikaitkan dengan pendidikan, bila ekonomi baik maka tingkat pendidikan akan tinggi tingkat pengetahuan akan tinggi juga.
- c. Kultur (budaya, agama) sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang, karena informasi yang baru akan disaring sesuai dengan budaya yang ada dan agama yang dianut.
- d. Pendidikan, dimana semakin tinggi pendidikan maka akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru.
- e. Pengalaman berkaitan dengan usia dan pendidikan individu. Pendidikan yang tinggi maka pengalaman akan luas, sedangkan semakin tua usia seseorang maka pengalaman akan semakin banyak.

C. Partisipasi Suami

1. Pengertian Partisipasi

Secara etimologis, partisipasi berasal dari bahasa Latin, kata "*pars*" artinya bagian dan "*capere*" (*sipasi*)" artinya mengambil, berarti "mengambil bagian." Bahasa Inggris berasal dari kata "*part*" berarti bagian,

menjadi kata kerja “*to participate*,” atau “*to participation*,” partisipasi berarti mengambil bagian atau mengambil peranan dalam aktivitas atau kegiatan (Efriza, 2012). Partisipasi merupakan suatu keterlibatan masyarakat secara sukarela untuk perubahan yang ditentukan oleh masyarakat itu sendiri, baik dalam upaya pembangunan lingkungan, kehidupan, dan diri mereka sendiri (Suyatno, 2003). Partisipasi merupakan suatu proses sosial masyarakat untuk dapat mengetahui kebutuhannya, mengambil keputusan yang terbaik dan dapat memenuhi kebutuhannya. Partisipasi yang diwujudkan dalam 4 M terdiri dari *man power* (tenaga), *money* (uang), *material* (benda-benda) dan *mind* (ide atau gagasan) (Notoatmodjo, 2010).

2. Manfaat Partisipasi

Menurut Heller dalam Notoatmodjo (2010), partisipasi memberikan banyak manfaat antara lain untuk meningkatkan kualitas teknis dari pengambilan keputusan, kenyamanan, dan komunikasi, serta memberikan latihan kepada bawahan dan memfasilitasi perubahan.

3. Jenis Partisipasi

Menurut pendapat Davis (dalam Hernawati, Saleh, dan Suwondo, 2014), jenis partisipasi sebagai berikut:

- a. Partisipasi pikiran (*psychological participation*) merupakan jenis keikutsertaan secara aktif dengan mengarahkan pikiran dalam suatu rangkaian kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu.

- b. Partisipasi tenaga (*physical participation*) adalah partisipasi dari individu atau kelompok dengan tenaga yang dimilikinya, melibatkan diri dalam suatu aktifitas dengan maksud tertentu.
- c. Partisipasi pikiran dan tenaga (*psychological and physical participation*) adalah partisipasi sifatnya lebih luas lagi yang mengikutsertakan aktifitas secara fisik dan non fisik secara bersamaan.
- d. Partisipasi keahlian (*participation with skill*) merupakan bentuk partisipasi dari orang atau kelompok yang mempunyai keahlian khusus, biasanya berlatar belakang pendidikan baik formal maupun non formal yang menunjang keahliannya.
- e. Partisipasi barang (*material participation*) adalah partisipasi dari orang atau kelompok dengan memberikan barang yang dimilikinya untuk membantu pelaksanaan kegiatan tersebut.
- f. Partisipasi uang (*money participation*) adalah partisipasi hanya memberikan sumbangan uang pada kegiatan, kemungkinan terjadi karena orang atau kelompok tidak bisa terjun langsung dari kegiatan tersebut.

Jenis dukungan suami dalam memberikan persiapan kelahiran diantaranya (Bobak, 2005) :

- a. Dukungan emosi harus dimodifikasi yang memungkinkan untuk mengasuh bayi dan memberi asuhan tambahan terhadap kebutuhan ibu

hamil, maka suami perlu mencari dukungan dari keluarga dan teman-teman.

- b. Dukungan instrumental, suami perlu mengetahui bahwa bergantung pada keluarga atau teman jika perlu bantuan.
- c. Dukungan informasi, suami perlu mengetahui siapa saja yang dapat memberikan nasehat tentang cara penyelesaian persoalan dan masalah yang tiba-tiba muncul.
- d. Dukungan penilaian, suami perlu menemukan orang lain yang dapat memberikan kriteria untuk mengukur keterampilannya.

4. **Kondisi Tumbuhnya Partisipasi**

Menurut Cary dalam Notoatmojo (2010), ada tiga kondisi untuk menumbuhkan partisipasi yaitu;

- a. Merdeka, untuk berpartisipasi yang berarti suatu keadaan yang memungkinkan anggota masyarakat untuk berpartisipasi;
- b. Mampu berpartisipasi, memiliki kompetensi dan kapasitas untuk berpartisipasi sehingga dapat berkontribusi untuk program;
- c. Mau berpartisipasi sesuai keinginan masyarakat untuk berpartisipasi dalam program.

Menurut Ross dalam Notoatmodjo (2010), ada 3 prakondisi tumbuhnya partisipasi yaitu memiliki pengetahuan atau wawasan yang luas dan latar belakang yang memadai sehingga mampu mengidentifikasi masalah, memprioritaskan masalah dan melihat permasalahan secara

komprehensif serta memiliki kemampuan untuk belajar mengambil keputusan.

D. Suami SIAGA (Siap, Antar, Jaga)

1. Pengertian Suami SIAGA

Kamus besar bahasa Indonesia mengartikan bahwa suami adalah pria yang menjadi pasangan hidup resmi seorang wanita (istri) yg telah menikah. Suami adalah pasangan hidup istri (ayah dari anak-anak), mempunyai suatu tanggung jawab yang penuh dalam suatu keluarga tersebut dan suami mempunyai peranan yang penting, dimana suami sangat dituntut bukan hanya sebagai pencari nafkah akan tetapi sebagai *motivator* dalam berbagai kebijakan yang akan diputuskan termasuk merencanakan keluarga. Suami siaga yaitu kewaspadaan suami untuk menjaga kesehatan dan keselamatan istrinya yang sedang hamil sampai dengan persalinannya.

Suami siaga adalah suami yang siap menjaga istrinya yang sedang hamil, menyediakan tabungan bersalin, serta memberikan kewenangan untuk menggunakannya apabila terjadi masalah kehamilan (Karlina, 2016). Suami SIAGA (Siap, Antar, dan Jaga) adalah suami siap antar dan jaga istri selama suami bisa melakukannya. Peran dan tugas suami SIAGA meliputi suami bisa mulai mengurangi beban pekerjaan dan benar-benar mencurahkan perhatian sang istri, harus mendampingi istri saat pergi ke dokter memeriksakan kehamilan dan menjelang proses melahirkan; suami harus

memberitahu istri untuk selalu minum vitamin, makan makanan yang bernutrisi, banyak beristirahat dan anjuran lainnya. Hal ini akan membuat ibu hamil merasakan sangat diperhatikan oleh suaminya (Manuaba, 2009, dalam Karlina, 2016).

Makna dari suami siaga dalam meningkatkan upaya Gerakan Sayang Ibu (GSI) adalah kewaspadaan yang dilakukan oleh suami dalam menjaga kesehatan istri yang sedang hamil hingga proses persalinan berlangsung, secara fisik suami mempersiapkan dirinya untuk menjaga dan melindungi istrinya (Syafuddin, 2009). Suami harus menunjukkan lebih banyak perhatian dan kasih sayang serta memenuhi kebutuhan ibu hamil yang mengalami perubahan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, komplikasi persalinan, dan lebih mudah penyesuaian selama masa nifas. Kebutuhan ibu hamil meliputi (1) menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai; (2) merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut ke dalam keluarga; (3) memastikan tersedianya akomodasi sosial dan fisik dalam keluarga dan rumah tangga untuk anggota baru tersebut (Bobak, 2005).

2. Tugas Suami SIAGA

Tugas suami SIAGA diantaranya :

a. SIAP

Suami senantiasa siap memberikan yang terbaik untuk istri dan janinnya, sebagai suami siaga, siap dan ikhlas untuk memeriksa

kehamilan istrinya dan ikut mempersiapkan persalinan dengan tenaga medis (Gerakan Partisipatif Penyelamat Ibu Hamil, Menyusui dan Bayi, 2003). Suami harus memberitahu istri untuk selalu minum vitamin, makan makanan yang bernutrisi, banyak beristirahat dan anjuran lainnya. Hal ini akan membuat ibu hamil merasakan sangat diperhatikan oleh suaminya (Manuaba, 2009, dalam Karlina, 2016). Suami menyediakan tabungan bersalin, memberikan kewenangan untuk menggunakannya apabila terjadi masalah kehamilan (Karlina, 2016).

Suami harus siap secara fisik (melindungi dan menjaga segala persiapan yang berhubungan dengan persalinan istrinya) dan psikis dalam memberikan dukungan kepada istri, serta kesiapan material (dana yang akan dibutuhkan untuk biaya pemeriksaan dan persalinan) (Supriatno, 2009).

b. ANTER

Suami harus mendampingi istri saat pergi ke dokter memeriksakan kehamilan dan menjelang proses melahirkan (Manuaba, 2009, dalam Karlina, 2016). Suami siap mengantar istri ke pemeriksaan dan tempat melahirkan (Supriatno, 2009).

c. JAGA

Suami menjaga istrinya yang sedang hamil dan suami memiliki pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas dan mengutamakan keselamatan istri yang mampu mengatasi masalah

kegawat daruratan kebidanan (Karlina, 2016). Suami siap menjaga dan menunggu istri saat melahirkan (Supriatno, 2009).

3. Peran Suami dalam Proses Persalinan dan Melahirkan

Peran suami dalam proses persalinan dan melahirkan menurut Bobak *et. al* (2005) diantaranya :

- a. Sebagai pelatih, suami secara aktif membantu wanita selama dan sesudah kontraksi persalinan dengan keinginan yang kuat untuk mengendalikan istri dan mengontrol dalam kelancaran proses persalinan.
- b. Sebagai satu tim, dengan berespon terhadap permintaan istri akan dukungan fisik/emosi, biasanya mengambil peran sebagai pengikut atau pembantu dan menunggu istri atau perawat memberitahukan apa yang harus dilakukannya.
- c. Sebagai saksi, bertindak sebagai teman dan memberi dukungan moral dan emosi dengan memperhatikan ibu bersalin dan melahirkan.

4. Hal-hal yang perlu diketahui Suami SIAGA

Beberapa hal yang perlu diketahui suami SIAGA dalam upaya menyelamatkan ibu hamil, tiga terlambat, yaitu terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan, empat terlalu, yaitu terlalu muda saat hamil, terlalu tua saat hamil, terlalu banyak anak dan terlalu dekat usia kehamilan, perawatan kehamilan, tabungan persalinan,

donor darah, tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas, serta pentingnya pencegahan dan mengatasi masalah kehamilan secara tepat (Karlina, 2016).

E. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau janin dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (spontan) (Kemenkes RI, 2015). Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan berbagai perubahan terjadi pada sistem reproduksi wanita dalam hitungan hari dan minggu sebelum persalinan dimulai (Bobak, 2005).

2. Asuhan Persalinan Normal

Persalinan dikatakan normal bila :

- 1) Usia kehamilan 37 sampai dengan 42 mg
- 2) Persalinan terjadi secara spontan
- 3) Presentasi belakang kepala
- 4) Berlangsung tidak lebih dari 18 jam
- 5) Tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin (WHO, 2013).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan asuhan persalinan normal adalah untuk menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan banyinya

melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal) (Kemenkes RI, 2015).

4. Tahapan Proses Persalinan Normal

Proses persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta/uri) meliputi kala I, kala II, kala III dan kala IV (Kemenkes RI, 2015).

1) Kala I

Kala satu persalinan normal dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus minimal 2x dalam 10 menit yang teratur dan meningkat. Kala satu dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten (pembukaan serviks 1 cm – 4 cm) dan fase aktif (pembukaan serviks 4 cm – 10 cm). Penatalaksanaan kala 1 :

- a) Pemenuhan kebutuhan nutrisi, istirahat, rasa nyaman, higiene personal ibu, dan pemberian asuhan sayang ibu selama proses persalinan.
- b) Pemantauan kemajuan proses persalinan dengan menggunakan partograf.

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai saat pembukaan serviks lengkap (10 cm) hingga seluruh tubuh bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multi gravida. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi.

- a) Tanda dan gejala kala II persalinan :
- (1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
 - (2) Perineum menonjol (Vulva-vagina dan anus membuka).
- b) Penatalaksanaan kala II
- (1) Persiapan penolong persalinan
 - (a) Mencuci tangan dengan benar.
 - (b) Sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril.
 - (c) Alat pelindung diri (APD).
 - (d) Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan.
 - (e) Penyiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi.
 - (f) Persipan ibu dan keluarga.
 - (g) Amniotomi (sesuai persyaratan dan indikasi)
 - (2) Memimpin persalinan fisiologis kala II
 - (a) Membimbing ibu untuk meneran
 - (b) Posisi ibu saat meneran
 - (3) Menolong kelahiran bayi.
 - (a) Posisi ibu saat melahirkan
 - (b) Pencegahan laserasi
 - (c) Melahirkan kepala
 - (d) Melahirkan bahu

(e) Melahirkan seluruh tubuh bayi

3) Kala III

Kala III adalah segera setelah bayi lahir hingga plasenta lahir lengkap sekitar 30 menit, disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Pada kala III penolong persalinan melakukan manajemen aktif kala III (MAK III). Menurut Nora dan Hilwan (2012), manajemen aktif kala III merupakan serangkaian intervensi yang direncanakan untuk mempercepat pelepasan plasenta dengan meningkatkan kontraksi rahim dan mencegah terjadinya pendarahan paska persalinan dengan menghindari atonia uteri. Tujuan manajemen ini untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama kala III persalinan, jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan.

a) Keuntungan MAK III :

- 1) Persalinan kala III lebih singkat
- 2) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- 3) Mengurangi kejadian retensio plasenta.
- 4) Mengurangi kemungkinan terjadinya perdarahan post partum khususnya yang disebabkan oleh atonia uteri atau retensio plasenta (Manuaba, 2014).

b) Penatalaksanaan/Langkah-langkah MAK III meliputi :

1) Pemberian suntikan oksitosin 10 IU (*Internasional Unit*), secara IM (*Intra Muskuler*) dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali

Memindahkan klem pada tali pusat, meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi maka jangan dilakukan penegangan.

3) Mengeluarkan plasenta.

Setelah plasenta terlepas, meminta ibu mengejan sedikit, mengeluarkan plasenta dengan mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus (dorso kranial)

Jika tali pusat bertambah panjang, pindah kan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- b) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinl dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

- f) Masase fundus uteri setelah melahirkan plasenta.

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras) (APN, 2012).

4) Kala IV

Segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam pasca bersalin. Tata laksana/prosedur kala IV meliputi :

- a) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.
- b) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan dari noda darah dan cairan tubuh, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir (keringkan tangan dengan handuk/tissue)
- c) Pastikan kandung kemih kosong
- d) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase dan menilai kontraksi
- e) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- f) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- g) Pantau keadaan bayi
- h) Tempatkan semua peralatan bekas dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi

- i) Buang bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah
- j) Bersihkan ibu dari segala paparan darah, cairan ketuban dan lendir darah, lalu bantu ibu untuk memakai pakaian yg bersih dan kering, pastikan ibu nyaman
- k) Dekontaminasi tempat bersalin dengan mengelap memakai klorin 0,5%
- l) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- m) Dalam 1 jam beri salep/tetes mata, vitamin K1 1 mg IM (di paha kiri bawah lateral), pemeriksaan fisik bayi baru lahir dan setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (di paha kanan)
 - (1) Lepas sarung tangan dan cuci tangan
 - (2) Lakukan dokumentasi

5. Faktor Esensial Persalinan

Faktor esensial yang memengaruhi proses persalinan dan kelahiran yang harus diketahui ibu hamil diantaranya (Bobak, 2005):

1) Penumpang (*passanger*)

Cara penumpang (*passanger*) atau janin karena plasenta harus melalui jalan lahir yang dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada

kelahiran normal, bergerak di sepanjang jalan lahir sebagai akibat interaksi beberapa faktor meliputi:

a) Ukuran kepala janin

Ukuran dan sifatnya relatif kaku, kepala janin sangat memengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri dari dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal, dan satu tulang oksipital yang disatukan oleh sutura membranosa: sagitalis, lamdoidalis, koronalis, dan frontalis. Rongga yang berisi membran ini disebut fontanel terletak antara pertemuan sutura-sutura tersebut. Setelah selaput ketuban pecah dalam persalinan, periksa dalam fontanel dan sutura dipalpasi untuk menentukan presentasi, posisi, dan sikap janin. Pengkajian ukuran janin memberi informasi usia dan kesejahteraan bayi baru lahir. Fontanel anterior lebih besar yang berbentuk seperti intan, terletak pertemuan sutura sagitalis, koronalis, dan frontalis; menutup pada usia 18 bulan. Fontanel posterior terletak di permukaan sutura dua tulang parietal dan satu tulang oksipital berbentuk segitiga; menutup pada usia 6-8 minggu.

Sutura dan fontanel membuat tengkorak fleksibel yang dapat menyesuaikan diri terhadap otak bayi, beberapa lama pertumbuhan setelah bayi lahir, karena belum menyatu dengan kuat maka tulang-tulang ini dapat saling tumpang tindih disebut molase, struktur kepala yang terbentuk selama persalinan. Kemampuan tulang saling

menggeser memungkinkan beradaptasi terhadap berbagai diameter panggul ibu.

Ukuran bahu janin dapat memengaruhi proses persalinan, namun posisinya relatif mudah berubah selama persalinan, sehingga posisi yang satu lebih rendah daripada bahu lain, membuat diameter bahu lebih kecil dapat melalui jalan lahir. Lingkar paha janin biasanya sempit, sehingga tidak menimbulkan masalah.

b) Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi janin utama adalah 96% kepala terlebih dahulu, 3% sungsang (bokong lebih dahulu), dan 1% bahu. Presentasi puncak kepala (oksiput) janin yang berada di bagian depan, belakang, dan sisi panggul ibu. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.

c) Letak Janin

Letak janin adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu. Ada 2 macam letak yaitu (1) memanjang atau vertikal, dimana sumbu

panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu; (2) melintang atau horisontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sakrum (sungsang) yang tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

(1) Presentasi janin dan bokong (sakrum)

(a) Letak bokong sempurna

Letak : memanjang atau vertikal

Presentasi : bokong (tak sempurna)

Daerah penanda : sakrum

Sikap : fleksi kecuali untuk tungkai pada lutut

(b) Bokong dengan satu kaki keluar

Letak : memanjang atau vertikal

Presentasi : bokong (tak sempurna)

Daerah penanda : sakrum

Sikap : fleksi kecuali satu tungkai yang ekstensi pada paha dan lutut

(c) Bokong lengkap

Letak : memanjang atau vertikal

Presentasi : bokong (presentasi sakrum dan kaki)

Daerah penanda : sakrum (dengan kaki)

Sikap : fleksi umum

(2) Presentasi bahu

Letak : melintang atau horizontal

Presentasi : bahu

Daerah penanda : skapula (Sk)

Sikap : fleksi

d) Sikap Janin

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan yang lain. Janin mempunyai postur khas (sikap) saat berada di dalam rahim, sebagai akibat pola pertumbuhan dan penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi ke arah dada, dan paha fleksi ke arah sendi lutut, disebut fleksi umum. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak di antara lengan dan tungkai.

Diameter biparietal adalah diameter lintang terbesar kepala janin, dari semua diameter anteroposterior terlihat semua sikap ekstensi atau fleksi memungkinkan bagian presentasi dengan berbagai ukuran diameter memasuki panggul ibu. Kepala yang berada di dalam sikap fleksi sempurna memungkinkan diameter sukoksipitobregmatika (diamater kecil) memasuki panggul sejati dengan mudah.

e) Posisi Janin

Presentasi atau bagian presentasi menunjukkan bagian janin yang menempati pintu atas panggul. Daerah-daerah penanda di kepala yaitu (1) Presentasi kepala: oksiput, puncak kepala, sinsiput; Diameter kepala: sukoksipitobregmatika, oksipitofrontalis, oksipitomentalis (2) Presentasi kepala dan diameter biparietal. Pada presentasi kepala, bagian yang menjadi presentasi biasanya oksiput. Pada presentasi bokong yang menjadi presentasi sakrum. Pada letak lintang yang menjadi bagian presentasi skapula bahu. Apabila yang menjadi bagian presentasi oksiput adalah puncak kepala.

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sakrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadah) terhadap empat kuadran panggul ibu, misalnya : posisi oksipitoanterior kanan ditulis dengan OAKa, posisi oksipitotranversa kanan ditulis dengan OTKa.

Engagement menunjukkan diameter transversa terbesar bagian presentasi telah memasuki bagian atas panggul yang dapat diketahui melalui pemeriksaan abdomen/dalam. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal (9,25 cm) adalah diameter terlebar.

Stasiun adalah hubungan antara bagian presentasi janin dengan garis imajiner (bayangan) yang ditarik dari spina iskiadika

ibu. Stasiun dinyatakan dalam cm di atas atau bawah spina, misal jika bagian presentasi berada 1 cm di atas spina, maka stasiun -1.

2) Jalan Lahir (*Passageway*)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yaitu bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina) meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan otot dasar panggul, ikut menunjang keluarnya bayi. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

a) Tulang panggul

Tulang panggul dibentuk oleh gabungan ilium, ishium, pubis, dan tulang-tulang sakrum. Terdapat 4 sendi panggul yaitu simfisis pubis, sendi sakroiliaka kiri dan kanan, dan sendi sakrospinosa. Tulang ini dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian yaitu (1) panggul palsu adalah bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan dan (2) panggul sejati dibagi menjadi bidang pintu atas atau permukaan atas, panggul tengah atau rongga panggul, dan pintu bawah panggul.

Bagian anterior pintu atas panggul yaitu batas atas panggul sejati dibentuk oleh tepi atas tulang pubis; bagian lateralnya dibentuk oleh linea iliopektinea yakni sepanjang tulang inominata;

dan bagian posterior dibentuk oleh bagian anterior tepi atas sakrum dan promontorium sakrum.

Rongga panggul atau panggul tengah merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior pendek dan dinding posterior yang jauh lebih cembung dan panjang. Rongga panggul melekat pada bagian posterior simfisis pubis, ishium, sebagian ilium, sakrum, dan koksigeum. Pintu bawah panggul adalah batas bawah panggul sejati, struktur berbentuk lonjong, agak menyerupai intan, di bagian interior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral oleh tuberositas ishium, dan di bagian posterior oleh ujung koksigeum. Pada kehamilan akhir, koksigeum dapat bergerak kecuali struktur tersebut patah dan telah menyatu dengan sakrum selama proses penyembuhan.

Diameter bagian bidang pintu panggul, tengah, pintu bawah dan sumbu jalan lahir menentukan mungkin tidaknya persalinan pervaginam berlangsung dan bagaimana janin dapat menuruni jalan lahir (pergerakan kardinal mekanisme persalinan). Sudut subpubis menunjukkan jenis lengkung pubis dan panjang ramus pubis, serta diameter intertuberositas, karena tahap awal janin harus melalui bagian bawah lengkung pubis, maka sudut subpubis yang sempit kurang menguntungkan, jika dibandingkan dengan lengkung yang bulat dan lebar. Panggul dasar dikelompokkan menjadi (1)

Gienkoid (tipe wanita klasik); (2) Android (mirip panggul pria); (3) Antropoid (mirip panggul kera antropoid); (4) Platipeloid (panggul pipih).

Pemeriksaan sudut lengkung pubis dengan menggunakan kedua ibu jari, dari permukaan luar pemeriksa menelusuri ramus pubis ke bawah sampai tuberositas. Pemeriksaan tulang panggul dapat dilakukan pada evaluasi prenatal pertama dan tidak perlu diulang jika ukuran panggul memadai dan bentuk sesuai. Pengukuran tulang panggul secara tepat dengan CT scan, ultrasonografi, film sinar X.

b) Jaringan lunak

Jaringan lunak pada jalan lahir terdiri dari segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Sebelum persalinan dimulai, uterus terdiri dari korpus uteri dan serviks uteri. Saat persalinan, kontraksi uterus menyebabkan korpus uteri berubah menjadi dua bagian yaitu (1) bagian atas yang tebal dan berotot; (2) bagian bawah yang berotot pasif dan berdinding tipis. Segmen bawah uterus secara bertahap membesar, karena mengakomodasi isi dalam rahim, sedangkan bagian atas menebal dan kapasitas akomodasinya menurun. Kontraksi korpus uteri menyebabkan janin tertekan ke bawah, terdorong ke arah serviks.

Serviks kemudian menipis dan berdilatasi (terbuka) secukupnya, sehingga memungkinkan bagian pertama janin turun memasuki vagina. Saat turun, serviks ditarik ke atas dan lebih tinggi dari bagian terendah janin. Dasar panggul adalah lapisan otot yang memisahkan rongga panggul di bagian atas dari ruang perineum di bawahnya yang membentuk janin berotasi ke arah anterior saat menuruni jalan lahir. Kemudian vagina mengembang, sehingga memungkinkan janin ke luar.

3) Kekuatan (*Power*)

Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter disebut kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong disebut kekuatan sekunder yang memperbesar kontraksi involunter.

4) Posisi ibu (*Position*)

Posisi ibu memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak (berdiri, berjalan, duduk, jongkok) memberi sejumlah keuntungan diantaranya :

- a) Mengubah posisi, menghilangkan rasa lelah, memberikan rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi.

b) Dianggap mengurangi insiden penekanan tali pusat dan memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi uterus biasanya lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks, sehingga persalinan lebih cepat.

c) Meningkatkan curah jantung ibu dalam keadaan normal selama persalinan seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah

d) Membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah.

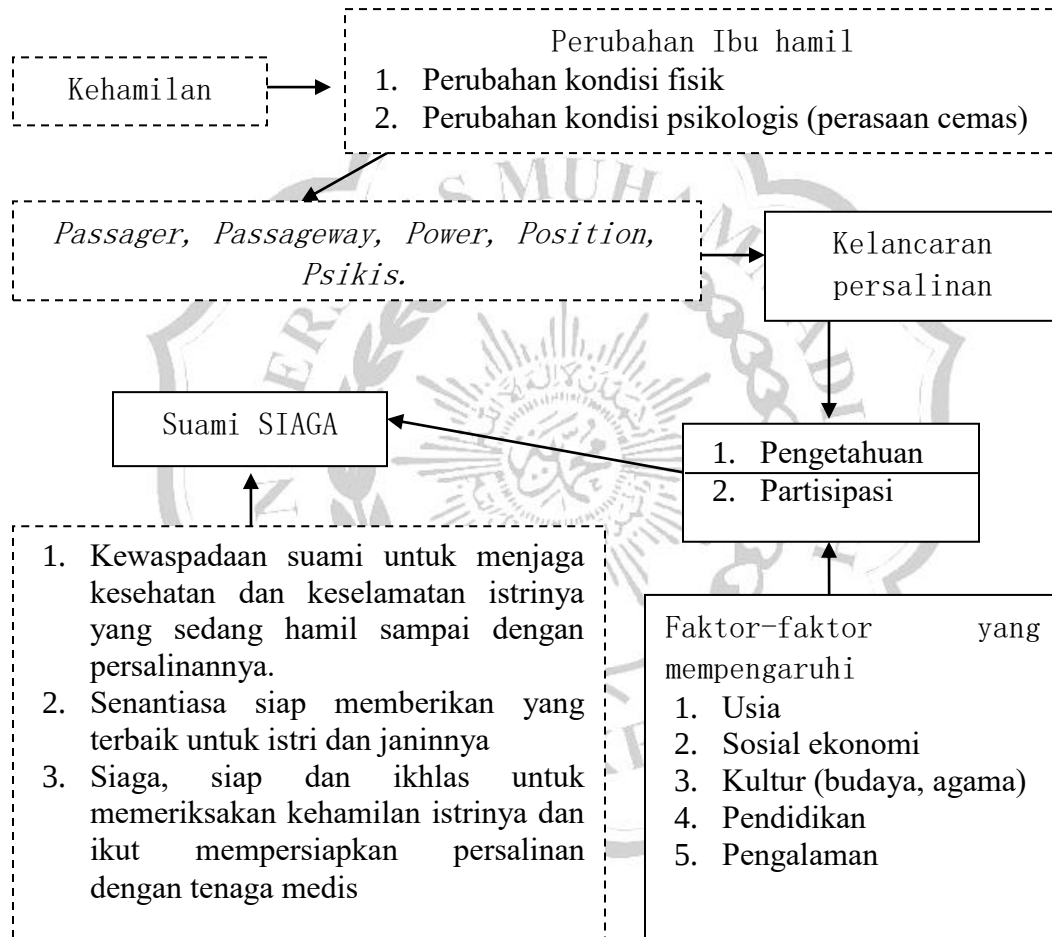
Saat janin menuruni jalan lahir, tekanan bagian presentasi pada reseptor regang dasar panggul merangsang refleks mengedan ibu. Rangsangan reseptor ini, akan merangsang pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior (reflek Ferguson) yang menambah intensitas kontraksi uterus. Apabila ibu mengedan pada posisi duduk atau berjongkok, maka otot-otot abdomen bekerja lebih sinkron (saling menguatkan) dengan kontraksi rahim.

5) *Psyche* (psikis)

Psikis ibu memengaruhi kelancaran proses persalinan diperlukan dukungan mental suami dan anggota keluarga yang berdampak positif bagi keadaan psikis ibu dalam mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran, anjurkan suami berperan aktif dalam mendukung dan

mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu (Rukiyah, 2009).

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber : Teori dimodifikasi dari Notoatmodjo (2012); Bobak dan Jensen (2005); Gerakan Partisipatif Penyelamat Ibu Hamil, Menyusui dan Bayi (2003)

G. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka konsep

H. Hipotesis Penelitian

Hipotesis di dalam penelitian ini adalah :

Ho : Tidak ada hubungan antara pengetahuan suami siaga dengan partisipasi suami dalam menghadapi persalinan

Ha : Ada hubungan antara pengetahuan suami siaga dengan partisipasi suami dalam menghadapi persalinan