

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Tahun 2007 Menteri Kesehatan merencanakan P4K dengan stiker yang merupakan upaya terobosan dalam percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Melalui kegiatan peningkatan akses dan kualitas pelayanan, yang sekaligus merupakan kegiatan yang membangun potensi masyarakat, khususnya kepedulian masyarakat untuk ikut serta melakukan persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir. Program P4K merupakan prioritas dalam menurunkan AKI di Indonesia, hal tersebut didukung oleh Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 2008 tentang percepatan pelaksanaan P4K dengan penempelan stiker (Depkes RI, 2010).

1. Pengertian P4K

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes, 2009).

2. Tujuan P4K

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009), tujuan P4K digolongkan menjadi 2 yaitu:

a. Tujuan umum

Meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga bersalin dengan aman dan melahirkan bayi yang sehat.

b. Tujuan khusus

Tujuan khusus program P4K yaitu :

- 1) Dipahami setiap persalinan beresiko oleh masyarakat luas.
- 2) Memfokuskan pola motivasi kepada keluarga saat ANC dan adanya rencana persalinan yang disepakati antara ibu hamil, suami, keluarga dengan bidan.
- 3) Terdatanya sasaran dan terpasangnya stiker P4K.
- 4) Adanya kesiapan menghadapi komplikasi yang disepakati ibu hamil, suami, dan keluarga dengan bidan.
- 5) Adanya dukungan secara luas dari tokoh-tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, kader, dan dukun bayi.
- 6) Memantau kemitraan antara bidan, dukun bayi, dan kader.
- 7) Adanya rencana alat kontrasepsi setelah melahirkan yang disepakati antara ibu hamil, suami, dan keluarga, dengan bidan atau tenaga kesehatan.

3. Manfaat P4K

Manfaat P4K menurut Departemen Kesehatan RI (2009) diantaranya :

- a. Percepat fungsi desa siaga.
- b. Meningkatkan cakupan pelayanan *Antenatal Care* (ANC) sesuai standar.
- c. Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.

- d. Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
- e. Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
- f. Meningkatnya peserta KB pasca salin.
- g. Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
- h. Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

4. Sasaran P4K

Program P4K memiliki sasaran yaitu penanggungjawab dan pengelola program KIA provinsi dan kabupaten atau kota, bidan koordinator, kepala Puskesmas, dokter, perawat, bidan, kader, forum peduli KIA seperti forum P4K serta pokja posyandu (Depkes RI, 2009).

Indikator keberhasilan P4K ada 7 yaitu :

- a. Persentase desa melaksanakan P4K dengan stiker.
- b. Persentase ibu hamil mendapat stiker.
- c. Persentase ibu hamil berstiker mendapat pelayanan ANC sesuai standar.
- d. Persentase ibu hamil berstiker bersalin di tenaga kesehatan.
- e. Persentase ibu hamil, bersalin dan nifas berstiker yang mengalami komplikasi tertangani.
- f. Persentase menggunakan KB pasca salin.
- g. Persentase ibu bersalin di tenaga kesehatan mendapatkan pelayanan nifas.

5. Output P4K

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), output yang diharapkan adalah sebagai berikut:

- a. Semua ibu hamil terdata dan rumahnya tertempel stiker P4K.
- b. Bidan memberikan pelayanan antenatal sesuai dengan standar.

- c. Ibu hamil dan keluarganya mempunyai rencana persalinan termasuk kontrasepsi yang dibuat bersama dengan penolong persalinan.
- d. Bidan menolong persalinan sesuai standar.
- e. Bidan memberikan pelayanan nifas sesuai standar.
- f. Keluarga menyiapkan biaya persalinan, kebersihan dan kesehatan lingkungan.
- g. Adanya keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal dan Forum Peduli KIA atau Pokja Posyandu dalam rencana persalinan termasuk kontrasepsi pasca persalinan sesuai dengan perannya masing-masing.
- h. Ibu mendapat pelayanan kontrasepsi pasca persalinan.
- i. Adanya kerjasama yang mantap antara Bidan, Forum Peduli KIA atau Pokja Posyandu dan (bila ada) dukun bayi dan pendamping persalinan.

B. Operasionalisasi P4K

1. Pengertian

Operasionalisasi umumnya merupakan turunan dari tujuan umum suatu program dalam rentang waktu tertentu yang sudah ditetapkan oleh manajemen. Operasionalisasi P4K merupakan suatu rangkaian kegiatan yang memusatkan perhatiannya pada pelaksanaan dengan menerapkan yang terdapat di dalam isi stiker sebagai salah satu pelaksanaan untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai dalam suatu program dalam hal ini yaitu P4K. Adapun tujuan operasionalisasi merupakan tahapan-tahapan untuk mencapai tujuan strategis.

2. Pelaksanaan operasionalisasi P4K

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), operasionalisasi P4K meliputi :

- a. Memanfaatkan pertemuan bulanan di tingkat desa atau kelurahan untuk meningkatkan partisipasi aktif ibu hamil, keluarga dan masyarakat dalam membantu mempersiapkan persalinan yang aman bagi ibu.
- b. Aktifnya forum peduli KIA yang sudah ada di masyarakat misalnya GSI, Forum Desa Siaga serta Pokja Posyandu.
- c. Kontak ibu hamil dan keluarga dalam pengisian stiker yang dilakukan bersama bidan didampingi kader.
- d. Pemasangan stiker di rumah ibu hamil yang dilakukan setelah mendapat konseling, stiker dipasang didepan rumah sebagai penanda untuk pendataan dan pemantauan terhadap ibu hamil.
- e. Pengelolaan donor darah dan sarana transportasi atau ambulan desa.
- f. Penggunaan, pengelolaan, dan pengawasan tabungan ibu bersalin.
- g. Pembuatan dan penandatanganan amanat persalinan, dokumen, amanat persalinan untuk memperkuat pencatatan ibu hamil dengan stiker.

3. Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi meliputi :

- a. Tempat persalinan yaitu tempat yang dipilih oleh ibu dan keluarga untuk membantu proses persalinan, seperti di rumah sakit, klinik bersalin dan praktik mandiri bidan.
- b. Pendamping yaitu orang yang dipercaya mendampingi ibu saat persalinan yaitu suami atau keluarga maupun kerabat dekat yang bersedia mendampingi dan mendukung ibu selama menghadapi proses persalinannya.

- c. Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) yaitu dana atau barang yang disimpan oleh keluarga atau pengelola tabulin secara bertahap sesuai dengan kemampuannya, yang pengelolaannya sesuai dengan kesepakatan serta penggunaannya untuk segala bentuk pembiayaan serta antenatal, persalinan dan kegawatdaruratan pada ibu.
- d. Persalinan oleh tenaga kesehatan yaitu persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan trampil sesuai standar seperti dokter spesialis kandungan atau bidan yang telah memiliki surat ijin praktik.
- e. Transportasi yaitu alat transportasi yang dapat digunakan untuk mengantar calon ibu bersalin ke tempat persalinan termasuk rujukan dan siap setiap saat agar tidak terjadi keterlambatan mencapai tempat bersalin ibu. Transportasi bisa berupa ambulans desa, mobil pribadi maupun kendaraan roda dua atau sepeda motor.
- f. Calon pendonor darah yaitu orang-orang yang disiapkan oleh ibu, suami, keluarga dan masyarakat yang sewaktu-waktu bersedia menyumbangkan darahnya untuk keselamatan ibu melahirkan sehingga bila terjadi sesuatu yang memerlukan darah segera bisa teratasi. Calon donor yang disiapkan harus memenuhi syarat sebagai pendonor darah untuk ibu seperti salah satunya calon pendonor tidak menderita penyakit infeksi seperti malaria, hepatitis dan HIV/AIDS.
- g. Pemilihan kontrasepsi yaitu dimana kontrasepsi penting direncanakan saat kehamilan sehingga pada saat 42 hari ibu telah memiliki pilihan kontrasepsi yang tepat. Metode yang akan digunakan sebagai pedoman keluarga dalam memilih kontrasepsi dapat mengacu pada kriteria penggunaan kontrasepsi yang rasional. Kontrasepsi yang dapat dipilih oleh ibu dan suami seperti kontrasepsi IUD pascasalin, implan, suntik, pil, kondom, tubektomi serta pasektomi, dimana

sebelumnya ibu dan suaminya sudah berkonsultasi kepada petugas kesehatan (dokter atau bidan).

4. Faktor yang mempengaruhi operasionalisasi P4K

Menurut Dwijayanti (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi operasionalisasi P4K meliputi faktor internal dan eksternal, yaitu :

a. Faktor internal yaitu pengetahuan, sikap, dukungan keluarga dan nilai atau norma yang berlaku pada ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki pengetahuan dan informasi yang cukup tentang tujuan dan manfaat P4K akan mempengaruhi kesadaran dan sikap ibu hamil akan pentingnya program P4K, kemudian dukungan keluarga mempunyai peran penting untuk keberhasilan tujuan program P4K karena keluarga terdekat dapat memantau secara aktif kesehatan ibu hamil dan nilai atau norma juga memiliki pengaruh besar terhadap keberhasilan cakupan P4K, dalam hal ini tokoh masyarakat sangat berpengaruh terhadap nilai atau norma yang ada agar dapat mendukung pelaksanaan P4K.

b. Faktor eksternal yaitu sikap dan perilaku petugas kesehatan dan ketersediaan fasilitas kesehatan, faktor eksternal juga sangat berpengaruh baik dari keaktifan petugas kesehatan untuk pemantauan kesehatan ibu hamil dengan stiker P4K, serta ketersediaan fasilitas kesehatan yang mendukung yang dapat mempengaruhi cakupan P4K pada seluruh ibu hamil.

C. Kesiapan Menghadapi Komplikasi Persalinan

Salah satu upaya untuk mencegah keterlambatan penanganan komplikasi adalah dengan adanya kesiapan menghadapi komplikasi persalinan. Adanya kesiapan menghadapi komplikasi persalinan dapat dilakukan dengan

mempersiapkan rencana kelahiran dan mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi pada persalinan ibu. Mempersiapkan rencana kelahiran adalah rencana yang dibuat oleh ibu, bapak dan petugas pelayanan kesehatan untuk mengidentifikasi penolong dan tempat bersalin, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan.

Keluarga juga perlu mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi pada persalinan ibu, seperti mengidentifikasi tempat rujukan dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial serta mengidentifikasi pembuat keputusan pertama dan pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada di tempat (Rahmadani, 2017).

Komponen persiapan menghadapi persalinan dan komplikasi persalinan meliputi :

1. Persiapan Fisik

Merupakan kesiapan fisik ibu yang dipersiapkan dalam menghadapi proses persalinan dan kesiapan apabila mengalami kejadian komplikasi persalinan. Kesehatan fisik perlu diperhatikan menjelang persalinan agar saat proses persalinan berlangsung seorang ibu berada dalam kondisi yang sehat (Subakti dan Anggrarani, 2007). Kesiapan fisik yang dapat dilakukan oleh ibu hamil dalam menghadapi persalinannya yaitu mempersiapkan dan menjaga nutrisi, menjaga pola istirahat yang cukup, menjaga kebersihan diri, menjaga kebersihan payudara untuk persiapan laktasi dan melakukan aktifitas yang ringan.

2. Persiapan Psikis

Suatu keadaan mempersiapkan psikis ibu hamil menjelang persalinan dimana ibu menerima kondisi kehamilannya serta ibu siap menerima peran dan tanggung jawab yang lebih besar sebagai seorang ibu dalam merawat anak dan keluarganya serta mempersiapkan mental menjelang proses persalinan penting dilakukan agar pencapaian peran ibu dapat terwujud secara maksimal dan ibu siap secara psikis dan mental apabila dalam persalinan menghadapi komplikasi persalinan (Murya, 2007).

Pengetahuan juga termasuk di dalam persiapan psikis dimana keadaan ibu siap dan mengetahui tentang persalinan serta mengetahui tentang kejadian komplikasi persalinan yang dapat terjadi pada ibu sehingga ibu menjadi lebih siap mengadapinya. Pengetahuan yang perlu dipersiapkan oleh ibu hamil menjelang proses persalinannya seperti pengetahuan mengenai tanda-tanda persalinan yakni sakit perut hilang timbul, keluar lendir bercampur darah, dan keluar air ketuban. Ibu juga mengetahui bahwa persalinan merupakan proses fisiologis namun sewaktu-waktu dapat menjadi patologis dan terjadi komplikasi pada proses persalinan tersebut sehingga dengan ibu mengetahui hal tersebut ibu menjadi lebih siap dan tidak merasa cemas saat persalinan berlangsung (Manuaba, 2012).

3. Persiapan penolong dan tempat bersalin

Merencanakan tempat persalinan yang sesuai dengan keinginan dan kemampuan pasutri perlu dilakukan sedini mungkin sehingga dapat diketahui sebelumnya informasi mengenai biaya, fasilitas yang tersedia, dan penolong persalinan (Depkes RI, 2009). Dimana ibu dalam kondisi siap menghadapi persalinan dalam memilih tempat bersalin di tempat pelayanan kesehatan seperti

rumah sakit, polindes, rumah bersalin, puskesmas bersalin, maupun bidan praktik dan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan terampil yaitu dokter spesialis kandungan dan bidan.

4. Persiapan pendamping persalinan

Peran pendamping dalam persalinan adalah untuk memberikan dukungan kepada ibu berupa dukungan fisik, dukungan psikis, dukungan instrumen, serta dukungan informasi. Sehingga ibu dalam keadaan siap menjelang persalinannya dalam menentukan orang yang akan mendampinginya selama proses persalinannya nanti. Pendamping persalinan yang dapat dipilih oleh ibu yaitu suami, orang tua maupun kerabat dekat ibu.

5. Persiapan dana

Mempersiapkan suatu rencana persalinan merupakan hal yang penting, termasuk rencana bila terjadi komplikasi, persiapannya adalah dana untuk persalinan serta dana cadangan untuk kejadian komplikasi (Depkes RI, 2009). Sehingga ibu beserta keluarganya dalam keadaan siap dana untuk bersalin serta dana untuk cadangan apabila terjadi kegawatdaruratan baik berupa tabungan pribadi maupun jaminan kesehatan ibu.

6. Persiapan transportasi

Transportasi perlu dipersiapkan untuk mencegah terjadinya keterlambatan menuju tempat persalinan bila terjadi komplikasi persalinan. Pemilihan jenis transportasi yang akan digunakan berdasarkan pertimbangan jarak tempat bersalin dari rumah (Indiarti, 2007). Sehingga ibu hamil beserta keluarganya dalam keadaan siap kendaraan roda dua (sepeda motor) atau roda empat (ambulan maupun mobil pribadi) untuk menuju ke tempat bersalin atau tempat rujukan.

7. Persiapan calon donor darah

Persiapan donor darah perlu dilakukan oleh setiap ibu hamil karena setiap saat proses persalinan yang fisiologis dapat menjadi patologis. Bila sewaktu-waktu terjadi komplikasi maka sudah tersedia calon donor dengan golongan darah yang sesuai untuk mendonorkan darahnya kepada ibu dan tidak terjadi keterlambatan (Depkes RI, 2009). Sehingga ibu hamil dalam keadaan siap dengan calon donor darah baik itu dari keluarga, suami, maupun teman yang sesuai dengan golongan darah ibu, serta calon donor darah memenuhi syarat sebagai seorang pendonor darah.

8. Persiapan perlengkapan ibu dan bayi

Persiapan perlengkapan ibu dan bayi bertujuan untuk tetap menjaga kenyamanan ibu dan bayi setelah proses persalinan. Ibu bersalin beserta keluarganya tidak akan kebingungan atau berkemas-kemas lagi untuk mencari perlengkapan ibu dan bayi yang harus segera dibawa ke tempat bersalin (Subakti dan Anggarani, 2007). Ibu dalam keadaan siap dimana ibu telah mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi seperti baju ibu yang longgar berisi kancing di depan, handuk, waslap, sabun, celana dalam, kain panjang, peralatan mandi, perlengkapan rambut, serta bra khusus untuk menyusui dan perlengkapan bayi seperti handuk, selimut tebal, penghalas kain, baju bayi, popok, kaos kaki, sarung tangan, topi serta perawatan sehari-harinya, serta seluruh perlengkapan sudah siap dipakai, dicuci dan disetrika untuk menjaga kebersihannya.

D. Komplikasi Persalinan

1. Konsep persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan terhadap serviks (APN, 2017).

a. Metode persalinan

Menurut caranya persalinan dapat di kelompokkan atas dua cara yaitu:

1) Partus biasa (Normal) yaitu partus biasa atau partus spontan yaitu proses lahirnya janin dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang pada umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Manuaba, 2010).

2) Partus luar biasa (Abnormal) yaitu persalinan pervaginam abnormal dengan bantuan alat atau melalui dinding perut dengan operasi *Sectio caesarea* (SC) yaitu upaya mengeluarkan janin melalui pembedahan pada dinding perut dan dinding rahim (Kasdu, 2003). Persalinan SC dilakukan sebagai alternatif jika persalinan lewat jalan lahir tidak dapat dilakukan.

b. Pembagian tahapan persalinan

Menurut Acuan Persalinan Normal (2017) persalinan dibagi dalam empat kala, yaitu :

1) Kala I (Kala pembukaan)

Kala pembukaan berlangsung antara pembukaan 0-10 cm. dalam Proses ini terdapat dua fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana *serviks* membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana *serviks* membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi akan lebih kuat dan sering selama fase aktif. Lamanya kala 1 pada *primigravida* berlangsung 12 jam sedangkan pada *multigravida* sekitar 8 jam.

2) Kala II (Kala pengeluaran bayi)

Kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II biasanya akan berlangsung selama 2 jam pada *primigravida* dan 1 jam pada *multigravida*. Pada tahap ini kontraksi akan semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

3) Kala III (Kala pelepasan plasenta)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda terlepasnya plasenta yaitu *uterus* menjadi berbentuk bulat, tali pusat bertambah panjang, terjadi semburan darah secara tiba-tiba.

4) Kala IV (Kala pengawasan)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam *postpartum*. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan yang paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

c. Mekanisme terjadinya persalinan

Beberapa faktor yang berperan didalam sebuah proses persalinan meliputi :

1) *Power* (Kekuatan)

Kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi kontraksi dan tenaga meneran (Sondakh, 2013).

2) *Passenger* (Penumpang)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada *plasenta* adalah letak, besar, dan luasnya (Sondakh, 2013).

3) *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, *serviks*, otot dasar panggul, vagina dan *introitus* vagina (Sondakh, 2013).

4) Psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar disbanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Asrinah dkk, 2010).

5) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi (Sondakh, 2013).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persiapan persalinan

1) Usia

Menurut Arifin (2015), usia mempunyai hubungan dengan kesiapan dalam menghadapi persalinan dari kematangan usia saat hamil. Usia yang cukup dalam mengawali atau memasuki masa perkawinan dan kehamilan akan membantu seseorang dalam kematangan menghadapi masalah, dalam hal ini terkait kesiapan persalinan.

2) Paritas

Berdasarkan penelitian Husna dan Sundari (2015), ada hubungan antara paritas dengan kesiapan persalinan. Berdasarkan paritas, ibu multigravida akan lebih tenang menjalaninya karena mengulang pengalamannya yang dahulu. Ibu multigravida mempunyai pengalaman hamil dan bersalin yang lebih banyak, maka dapat mempengaruhi persiapan persalinannya.

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab solusi dalam hidupnya. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru (Walyani, 2015). Penelitian Putranti (2014), menyatakan bahwa semakin baik pengetahuan dan sikap ibu hamil maka semakin baik pula kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan.

4) Pekerjaan

Penelitian Sumiati (2015), menyatakan bahwa ada hubungan kesiapan ekonomi keluarga dengan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan.

Keadaan sosial ekonomi sangat mempengaruhi kehamilan ibu karena berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ibu selama kehamilan.

5) Perencanaan kehamilan

Perencanaan kehamilan berhubungan dengan penerimaan ibu terhadap kehamilannya, apabila ibu tidak menginginkan kehamilan karena tidak direncanakan maka dampak yang terjadi ibu mengalami stress.

6) Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan positif yang diberikan oleh orang-orang tertentu terhadap individu dalam kehidupannya serta dalam lingkungan sosial tertentu sehingga individu yang menerima merasa diperhatikan, dihargai, dihormati, dan dicintai (Sarafino dan Smith, 2014).

2. Komplikasi persalinan

a. Pengertian komplikasi persalinan

Komplikasi persalinan adalah kondisi dimana nyawa ibu dan atau janin yang ia kandung terancam yang disebabkan oleh gangguan langsung saat persalinan. Komplikasi persalinan merupakan suatu kegawatdaruratan obstetrik yang paling sering menyebabkan kematian pada ibu melahirkan. Banyak hal yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi persalinan yaitu status kesehatan ibu yang buruk, status kesehatan reproduksinya, akses ke pelayanan kesehatan, serta perilaku kesehatan yang kurang baik dari ibu itu sendiri (Misar, dkk, 2012).

b. Faktor yang mempengaruhi kejadian komplikasi persalinan

Komplikasi persalinan sering terjadi akibat dari keterlambatan penanganan persalinan, dan dianggap sebagai salah satu penyebab terjadinya kematian ibu bersalin. Faktor-faktor yang ikut berhubungan dengan kejadian komplikasi

tersebut antara lain usia, paritas, pendidikan, komplikasi kehamilan, penolong persalinan dan tempat persalinan. Selain itu kejadian komplikasi persalinan dapat di pengaruhi juga oleh status wanita dalam keluarga dan status keluarga dalam masyarakat (Misar, dkk, 2012).

c. Etiologi serta faktor resiko komplikasi persalinan

Pada penelitian yang telah dilakukan pada tahun 1990 yang diadakan oleh *Assesment Safe Motherhood*, ditemukan beberapa hal yang dianggap sebagai penyebab terjadinya komplikasi persalinan, antara lain :

- 1) Derajat kesehatan ibu rendah dan kurangnya kesiapan untuk hamil.
- 2) Pemeriksaan antenatal yang diperoleh kurang.
- 3) Pertolongan persalinan dan perawatan pada masa setelah persalinan dini masih kurang.
- 4) Kualitas pelayanan antenatal masih rendah dan dukunn bayi belum sepenuhnya mampu melaksanakan deteksi resiko tinggi sedini mungkin.
- 5) Belum semua rumah sakit kabupaten sebagai tempat rujukan dari puskesmas mempunyai peralatan yang cukup untuk melaksanakan fungsi obstetrik esensial.

d. Jenis komplikasi persalinan

Menurut *Asuhan Persalinan Normal (2017)*, komplikasi persalinan yang sering terjadi dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1
Jenis Komplikasi Persalinan

Temuan Anamnesis Pemeriksaan	Rencana Asuhan Komplikasi Kala I Persalinan
1	2
Riwayat bedah sesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan atau semangat
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jangan lakukan pemeriksaan dalam 2. Baringkan ibu kesisi kiri 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis 4. Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan seksio sesaria 5. Dampingi ibu ketempat rujukan
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu menatalaksana gawat darurat obstetri dan neonatal 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan berikan dukungan dan semangat
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Dengarkan denyut jantung janin (DJJ) 3. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 4. Dampingi ibu ketempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir de lee, handuk atau kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untuk mengantisipasi jika ibu melahirkan di perjalanan
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur mekonium disertai tanda-tanda gawat janin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengarkan DJJ, jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai (lihat dibawah)
Ketubah pecah (lebih dari 24 jam atau ketuban pecah padakehamilan dengan usia gestasi kurang dari 37 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat
Tanda-tanda atau gejala infeksi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatur > 38°C 2. Menggigil 3. Nyeri abdomen 4. Cairan ketuban berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Pasang 25nfuse menggunakan jarum berdiamete besar (ukuran 16 atau 18), berikan RL/NS sejumlah 125 cc/jam 3. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan. Berikan dukungan dan semangat

1	2
Tekanan darah lebih dari 160/110 atau terdapat proteinuria (pre-eklampsia berat)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan RL/NS 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO₄ 20% atau 40% IV (5-8 menit) 4. Segera rujuk ke RS rujukan 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan semangat
Tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidamnion, kehamilan ganda)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ke fasilitas yang mampu melakukan seksio sesaria 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan beerikan dukungan semangat <p>Alasan : polihidramnion berkaitan dengan kelainan pada bayi dan makrosomia berkaitan dengan distosia bahu, atonia uteri, hipoglikemia dan robekan jalan lahir</p>
DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri, berikan oksigen dan anjurkan bernafas secara teratur 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan RL/NS dengan kecepatan 125 cc/jam 3. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan semangat
Primipara dalam fase aktif kala I persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Segera rujuk ibu kefasilitas yang mampu melakukan seskio sesaria 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan
Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang dll)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan semangat
Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian lain dari janin misalnya : lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel di dada atau miring ke kiri 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan semangat
Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan sarung tangan DTT/steril, masukan jari telunjuk dan tengah ke vagina, dorong kepala menjauhi tali pusat yang menumbung atau ibu diposisikan sujud/menungging dan dada menempel di kasur (minta keluarga membantu) 2. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan

1	2
Tanda dan gejala syok : 1. Isi nadi kurang dari frekuensi >100x/menit 2. Sistolik <90 mmHg 3. Pucat 4. Berkeringat dingin 5. Napas > 30 x/menit 6. Delirium atau tidak sadar 7. Produksi urin < 30 ml/jam	1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Naikkan kedua tungkai lebih tinggi dari kepala 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan RL/NS. Infuskan 1 lt dalam waktu 15-20 menit dilanjutkan dengan 2 lt dalam 45-60 menit berikutnya dan lanjutkan dengan 125 ml/jam 4. Segera rujuk ibu ke RS rujukan 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan beri dukungan semangat
Fase laten memanjang (dilatasi < 4 cm pada ≥ 8 jam dan kontraksi > 2 dalam 10 menit)	1. Segera rujuk ke RS rujukan 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan beri dukungan semangat
Temuan Anamnesis Pemeriksaan	Rencana Asuhan Komplikasi Pada Kala II Persalinan
1	2
Tanda dan gejala syok : 1. Nadi cepat, isi kurang (110 x/menit atau lebih) 2. Tekanan darah rendah (sistolik < 90 mmHg) 3. Pucat pasi 4. Berkeringat atau dingin, kulit lembab 5. Nafas cepat (> 30 x/menit) 6. Cemas, bingung atau tidak sadar 7. Produksi uurin sedikit (< 30 cc/jam)	1. Baringkan ibumiring ke kiri 2. Naikkan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah ke jantung 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL/NS. Infuskan 1 L dalam 15 sampai 20 menit, jika mungkin infuskan 2 L dalam satu jam pertama, kemudian 125 cc/jam 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Tanda atau gejala dehidrasi: 1. Nadi cepat (100 x/menit atau lebih) 2. Urin pekat 3. Produksi urin sedikit (< 30 cc/jam)	1. Anjurkan untuk minum 2. Nilai ulang setiap 30 menit (menurut pedoman partograf) jika kondisi tidak membaik dalam waktu 1 jam pasang infus dengan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL/NS 125 cc/jam 3. Segera rujuk ke RS PONEK 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Tanda atau gejala infeksi : 1. Nadi cepat (110 x/menit atau lebih) 2. Suhu lebih dari 38°C 3. Menggigil 4. Air ketuban atau cairanvagina yang berbau	1. Baringkan miring ke kiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan RL/NS 125 cc/jam 3. Berikan ampisilin 2 gr atau amoksisillin 2 gr per oral 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan

1	2
Tanda atau gejala pre-eklampsia ringan : 1. Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg 2. Proteinuria hingga 2+	1. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (saat diantara kontraksi atau meneran) 2. Miring ke kiri dan cukup istirahat , Nifedipin Slow Release 2 x 30 mg 3. Bila gejala bertambah berat maka lakukan penatalaksanaan pre-eklampsia berat
Tanda atau gejala pre-eklampsia berat atau eklampsia : 1. Tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih 2. Tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang 3. Nyeri kepala 4. Gangguan penglihatan 5. Kejang (eklampsia)	1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Pasang infus dengan menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan RL/NS 125 cc/jam 3. Berikan dosis awal 4 G MgSO ₄ 40 % IV dengan kecepatan 0,5-1 G/menit 4. Berikan dosis pemeliharaan MgSO ₄ 40% 1 G/jam segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Tanda Inersia Uteri : Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik	1. Anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan 2. Anjurkan untuk minum 3. Jika selaput ketuban masih utuh dan pembukaan > 6 cm lakukan amniotomi 4. Stimulasi puting susu 5. Kosongkan kandung kemihnya 6. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam (multigravida) segera rujuk ke RS PONEK 7. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda gawat janin : 1. DJJ < 120 atau > 160 x/menit mulai waspada tanda awal gawat janin 2. DJJ < 100 atau >180 x/menit	1. Baringkan ibu miring ke kiri, anjurkan ibu menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran 2. Nilai ulang DJJ setelah 5 menit : a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran b. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan neonatal
Kepala bayi tidak turun	1. Minta ibu meneran jongkok atau berdiri Jika penurunan kepala di partograf melewati garis waspada, pembukaan dan kontraksi memadai maka rujuk ibu ke fasilitas rujukan 2. Dampingi ibu saat merujuk
Tanda distosia bahu	Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan) :

1	2
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasat Mc Robert 2. Prone Mc Robert (menungging) 3. Anterior dysimpact 4. Perasat Corkscrew dari Wood 5. Perasat Schwartz-Dixon
Tanda cairan ketuban bercampur mekonium : Cairan ketuban berwarna hijau dan bercampur mekonium	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai DJJ : <ol style="list-style-type: none"> a. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran b. Jika DJJ abnormal, tangani sebagai gawat janin 2. Setelah bayi lahir lakukan penilaian segera
Tanda tali pusat menumbung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai DJJ, jika ada : <ol style="list-style-type: none"> a. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan b. Dampingi ibu ke tempat rujukan c. Posisikan ibu seperti sujud dan dada menempel pada kasur. Atau isi kandung kemih dengan larutan NS 0,9 /air steril sekitar 150-200 ml kemudian klem ujung kateter dan tinggikan bokong sambil ibu miring ke kiri agar kepala bayi tidak menekan tali pusat dan tangan lain di abdomen untuk menahan bayi pada posisinya 2. Jika DJJ tidak ada : <ol style="list-style-type: none"> a. Beritahukan ibu dan keluarganya b. Lahirkan bayi dengan cara yang paling aman
Tanda lilitan tali pusat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika tali pusat melilit longgar di leher bayi, lepaskan melalui kepala bayi 2. Jika tali pusat melilit erat di leher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera
Kehamilan kembar tak terdeteksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai DJJ 2. Jika bayi kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, lahirkan seperti bayi pertama 3. Jika kondisi diatas tidak terpenuhi, baringkan ibu miring ke kiri 4. Segera rujuk ibu ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Temuan Anamnesis Pemeriksaan	Rencana Asuhan Komplikasi Kala III dan IV Persalinan
1	2
Tanda retensio plasenta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan periksa dalam, jika plasenta ada di vagina keluarkan dengan cara menekan dorsokranial pada uterus 2. Jika plasenta masih didalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 IU IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan

1	2
	3. berikan RL/NS a. Segera rujuk ke RS PONEK b. Dampingi ibu ke tempat rujukan 4. Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL/NS dan 20 IU oksitosin 30 tetes/menit. a. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan b. Bila syarat untuk plaseenta manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke RS PONEK c. Dampingi ibu saat merujuk d. Tawarkan bantuan walaupun ibu ditangani oleh RS rujukan
Tanda/gejala Avulsi (putus): 1. Tali pusat putus 2. Plasenta tidak lahir	1. Nilai kontraksi melalui palpasi uterus 2. Minta ibu meneran bila ada kontraksi 3. Lahirkan plasenta dengan PTT dan tekanan dorsokranial 4. Lakukan massase setelah plasenta lahir 5. Jika setelah 30 menit sejak bayi lahir maka tangani sebagai retensio plsentia
Tanda bagian plasenta yang tertahan	1. Lakukan pemeriksaan dalam, keluarkan selaput ketuban dan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal 2. Lakukan massase uterus 3. Jika ada perdarahan hebat dan uterus berkontraksi baik, periksa adanya separasi parsial/ robekan jalan lahir
Tanda atonia uteri : Perdarahan pascapersalinan, uterus lembek dan tidak berkontraksi	1. Perdarahan yang menyertai uterus tidak berkontraksi harus ditatalaksana sebagai atonia uteri
Tanda robekan vagina, perineum atau serviks : Perdarahan pasca persalinan, plasenta lengkap dan uterus berkontraksi	1. Lakukan pemeriksaan jalan lahir 2. Jika terjadi laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks : a. Pasang infus RL/NS b. Segera rujuk ibu ke RS PONEK c. Dampingi ibu ketempat rujukan
Tanda gejala syok : 1. Nadi cepat, lemah (>100 x/menit) 2. Sistolik <90 mmHg 3. PucatKeringat dingin, kulit lembab 4. Nafas cepat >30 x/menit	1. Baringkan miring ke kiri 2. Naikan kedua tungkai (posisi syok) 3. Pasang infus RL/NS infuskan 1 L dalam 15 sampai 20 menit lanjutkan hingga 2 L dalam 1 jam pertama, kemudian 500 cc/jam] 4. Segera rujuk ke RS PONEK 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan

1	2
5. Gelisah, delirium/tidak sadar	
6. Produksi urin < 20 cc/jam	
Tanda dehidrasi :	
1. Nadi > 100 x/menit	1. Anjurkan ibu untuk minum
2. Temperatur >38° C	2. Nilai kondisi ibu setiap 15 menit (jam pertama) dan setiap 30 menit (jam kedua) pasca persalinan
3. Urin pekat	3. Jika dalam jam pertama kondisinya tidak membaik, pasang infus RL/NS 500 cc/jam
4. Produksi urin sedikit < 20 cc/jam	4. Jika temperatur tubuh tetap tinggi, ikuti asuhan untuk infeksi
	5. Segera rujuk ke RS PONEK
	6. Dampingi ibu ke tempat rujukan
Tanda infeksi :	
1. Nadi > 100 x/menit	1. Baringkan miring ke kiri
2. Temperatur >38° C	2. Pasang infus RL/NS 500 cc/jam
3. Keringat dingin	3. Berikan ampisilin atau amoksisillin 2 G per oral
4. Lochea berbau	4. Segera rujuk ke RS PONEK
	5. Dampingi ibu ke tempat rujukan
tanda kandung kemih penuh :	
1. Teraba bantalan air suprasimfisis	1. Kosongkan kandung kemih kemudian massase uterus hingga berkontraksi baik
2. Tinggi fundus diatas pusat	2. Jika tidak dapat berkemih, kateterisasi dengan teknik aseptik, kemudian massase uterus hingga berkontraksi baik
3. Uterus terdorong ke kanan	3. Jika ibu mengalami perdarahan periksa penyebabnya

Sumber : Asuhan Persalinan Normal. 2017

E. Hubungan Operasionalisasi P4K dengan Kesiapan Menghadapi Komplikasi Persalinan

Operasionalisasi P4K memberikan kontribusi dalam membantu ibu hamil lebih mempersiapkan persalinannya dan mencegah kemungkinan adanya komplikasi dalam persalinannya. Untuk menurunkan angka kematian ibu, P4K ditinjau lagi dari beberapa aspek yang berkaitan dengan usaha atau program pemerintah yang sudah dan pelaksanaan dari tenaga kesehatan, karena pelaksanaan dari operasionalisasi P4K sendiri masih menemukan beberapa

hambatan, sehingga kontribusi yang diharapkan sesuai tujuan masih belum terlaksana dengan optimal. Untuk menurunkan angka kematian ibu, banyak aspek yang harus dilihat karena kematian ibu merupakan masalah yang kompleks dan mempunyai penyebab secara langsung dan tidak langsung. Oleh karena itu adanya tindak lanjut secara nyata terkait kendala dan penyebab dari kematian ibu yang dihadapi dalam pelayanan kesehatan segera dilaksanakan guna tercapainya kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, khususnya dalam menurunkan angka kematian, kesakitan dan komplikasi (Herlina, 2017).

Menurut Notoatmodjo (2010), aplikasi (*application*) di artikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Dalam hal ini diharapkan ibu hamil dapat mengaplikasikan dalam kehamilan dan persalinan tentang hal-hal yang termasuk dalam operasionalisasi P4K yang meliputi tentang Hari Perkiraan Lahir (HPL), tanda-tanda persalinan, tanda-tanda bahaya persalinan, tempat persalinan yang aman, transportasi yang bisa digunakan ke tempat persalinan, tenaga kesehatan penolong persalinan, pendamping persalinan, persiapan biaya persalinan, mengantisipasi kegawat daruratan, pengambil keputusan utama dan pengganti. Pengetahuan yang baik tentang P4K juga sangat penting dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan, dengan ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik tentang operasionalisasi P4K maka ibu hamil pun akan mampu melakukan dan mendukung upaya P4K secara baik sehingga komplikasi baik pada kehamilan dan persalinan dapat ditanggulangi dengan tepat (Nasriyah dan Ika, 2016).