

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asuhan Kebidanan

Dalam buku Asuhan Kebidanna, berdasarkan keputusan menteri kesehatan nomor 369 tahun 2007 dijelaskan bahwa bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kesakitan dan Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk menjadi kualitas tersebut, diperlukan suatu standar profesi sebagai acuan untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek *input*, proses, dan *output*. (Susanto,dkk, 2019:253)

2.1.1 Pengertian Asuhan kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanna juga menerapkan fungsi dan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/ masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil,

masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.
(Susanto,dkk, 2019:256)

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir, serta keluarga berencana.(Sujianti, Susanti.2009: 4)

Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil, persalinan, nifas bayi setelah lahir serta KB.(Yanti Efrida,dkk. 2015: 15)

2.1.2 Filosofi Asuhan Kebidanan

Filosofi asuhan kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka piker dalam memberikan asuhan kebidanan. Tujuan filosofi kebidanan adalah memberikan persepsi yang sama kepada bidan mengenai hal-hal penting dan berharga dalam memfasilitasi proses penganggulangan teori dan praktek. (Husanah,dkk. 2019: 3-7).

Secara filosofi kebidanan dapat dikatan suatu ilmu karena kebidanan memiliki karakteristik ilmu pengetahuan sebagai berikut:

- a. Bersifat universal yaitu berlaku untuk seluruh disiplin yang bersifat keilmuan.

- b. Bersifat generic yaitu mencirikan golongan tertentu dari pengetahuan ilmiah, contoh: ilmu-ilmu sosial.
- c. Bersifat spesifik yaitu memiliki ciri-ciri yang khas dari semua disiplin ilmu yang membedakannya dengan disiplin keilmuan lain.

Prinsip dasar filosofi kebidanan menurut ACNM (1996)(dalam Husanah, dkk. 2019: 4), meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Setiap individu meyakini bahwa mempunyai hak untuk merasa aman, mendapat pelayanan kesehatan yang memuaskan dengan memperhatikan martabatnya.
- b. Bidan meyakini bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses yang normal.
- c. Asuhan kebidanan difokuskan kepada kebutuhan individu, keluarga untuk perawatan fisik, emosi dan hubungan sosial.
- d. Klien ikut terlibat dalam menentukan pilihan.
- e. Asuhan kebidanan berkesinambungan mengutamakan keamanan, kemampuan klinis dan tanpa intervensi pada proses yang normal.
- f. Meningkatkan pendidikan pada wanita sepanjang siklus kehidupan.

Prinsip dasar filosofi kebidanan menurut Maternity services Advisory Commite (1995) dalam Hasanah, dkk (2019: 4) adalah sebagai berikut:

- a. Dalam persalinan melibatkan partisipasi orang tua dan anggota keluarga dalam menentukan asuhan.

- b. Pada masa post natal setiap ibu harus diberi pedoman tentang perawatan bayi dan tenaga penolong.
- c. Selama dirawat di rumah sakit, ayah dianjurkan untuk terlibat dalam merawat bayinya.

Beberapa prinsip filosofi asuhan kebidanan yang harus diperhatikan bidan diantaranya:

- a. Pusat asuhan adalah keluarga.
- b. Orientasi pada upaya promotif dan preventif keluarga.
- c. *Self determination*: menghormati, martabat manusia dan diri sendiri.
- d. *Respecting cultural and ethnic diversity*: menghormati perbedaan kultur dan etnik.
- e. *Safety*: memberi keamanan pada klien.
- f. *Satisfying*: memperhatikan kepuasan klien.

Sebagai wujud dari penerapan filosofi asuhan kebidanan, akan lebih baik apabila bidan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Asuhan kebidanan disusun untuk mengetahui kebutuhan ibu, bayi dan keluarga.
- b. Dalam pemberian asuhan kebidanan harus didukung dengan perhatian kepada otonomi individu.
- c. Merencanakan dan membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
- d. Berpandangan bahwa perempuan dan keluarga berhak secara penuh untuk menentukan dan memutuskan rencana asuhan.

- e. Mempertimbangkan kebutuhan pendidikan fisik, psikologi, sosial, budaya dan spiritual.
- f. Asuhan diberikan dengan berdasarkan pada bukti yang telah ada (*evidence based*).
- g. Asuhan diberikan dengan empati, mempertimbangkan konsekuensi dan berdasarkan kepercayaan.
- h. Memberikan asuhan dengan menggunakan pendekatan/ manajemen kebidanan.
- i. Menanamkan pada ibu dan keluarga bawa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah/fisiologis.
- j. Menerapkan komunikasi efektif dengan ibu dan keluarga serta dengan tenaga kesehatan lain.
- k. Mempunyai pandangan tentang pentingnya asuhan berkelanjutan.

2.1.3 Bentuk Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Bentuk asuhan kebidanan:

- a. Asuhan dan konseling selama kehamilan.
- b. Asuhan selama persalinan dan kelahiran.
- c. Asuhan pada bayi baru lahir.
- d. Asuhan pada bayi dan balita.
- e. Asuhan kebidanan komunitas.

- f. Asuhan pada ibu untuk wanita dengan gangguan reproduksi.(Yanti, 2015: 41).

2.1.4 Tujuan Asuhan Kebidanan

- a. Ibu dan bayi sehat, selamat, keluarga bahagia, terjaminnya kehormatan, martabat manusia
- b. Saling menghormati penerima asuhan dan pemberi asuhan Kepuasan ibu, keluarga serta bidan
- c. Adanya kekuatan diri dari perempuan dalam menentukan dirinya sendiri
- d. Adanya rasa percaya diri dari perempuan sebagai penerima asuhan
- e. Terwujudnya keluarga yang sejahtera dan berkualitas (Novianty, 2017).

2.1.5 Lingkup Asuhan Kebidanan

- a. Pra konsepsi
- b. Remaja
- c. Kehamilan/antenatal
- d. Persalinan/intranatal
- e. Nifas/postnatal
- f. BBL
- g. KB
- h. Pra menopause
- i. Menopause
- j. Postmenopause
- k. Kesehatan reproduksi (Novianty, 2017).

2.1.6 Standar Praktik Bidan

Standar Praktik Bidan adalah wewenang/batasan kewenangan dalam melaksanakan praktek kebidanan yang meliputi 24 standar yang dikelompokkan menjadi 5 bagian, yaitu :

- a. Standar pelayanan umum:
 1. Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat
 2. Pencatatan dan pelaporan (Novianty, 2017).
- b. Standar pelayanan antenatal:
 1. Identifikasi ibu hamil
 2. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
 3. Palpasi abdominal
 4. Pengelolaan anemia pada kehamilan
 5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
 6. Persiapan persalinan (Novianty, 2017).
- c. Standar pertolongan persalinan:
 1. Asuhan persalinan kala I
 2. Persalinan kala II yang aman
 3. Penatalaksanaan aktif persalinan kala III
 4. Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi (Novianty, 2017).
- d. Standar pelayanan nifas
 1. Perawatan bayi baru lahir
 2. Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan

3. Pelayanan bagi ibu dan bayi masa nifas (Novianty, 2017).
- e. Standar penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal
1. Penanganan perdarahan dalam kehamilan TM III
 2. Penanganan kegawatan pada eklampsia
 3. Penanganan kegawatan pada partus lama/macet
 4. Persalinan dengan penggunaan vakum ekstraktor
 5. Penanganan retensio plasenta
 6. Penanganan perdarahan post partum primer (1-24 jam setelah kelahiran)
 7. Penanganan perdarahan post partum sekunder (2 hari setelah kelahiran)
 8. Penanganan pada infeksi nifas sepsis puerperalis
 9. Penanganan pada asfiksia neonatorum/sulit bernafas (Novianty, 2017).

2.2 Konsep *Continuity Of Care*

2.2.1 Pengertian *Continuity of care*

Continuity of care merupakan bagian dari filosofi kebidanan. *Continuity of care* mempunyai arti bahwa seorang wanita mengembangkan kemitraan dengan bidan untuk menerima asuhan selama masa kehamilan, masa persalinan, dan masa nifas.

Menurut reproductive, maternal, newborn, and child health (RMNCH), “*continuity of care*” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari

prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal, dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya.

Continuity of care merupakan asuhan kebidanan yang berkesinambungan yang diberikan pada ibu dan bayi yang dimulai pada saat kehamilan, persalinan Bayi Baru Lahir, nifas dan KB (Irawati, 2012).

Bidan merupakan penyedia utama dalam asuhan pada wanita pada sebagian besar Negara di dunia. Sesuai filosofi bidan, asuhan berpusat pada wanita (*women-centered care*) pada pelayanan kesehatan primer yang bergantung pada hubungan antara bidan dan wanita selama daur kehidupan. Model asuhan kebidanan merupakan normalitas, asuhan berkesinambungan (*continuity of care*), dan dirawat oleh bidan yang telah dikenal dan dipercaya selama persalinan.

Continuity of care memastikan ibu dan bayi mendapatkan asuhan yang terbaik dari bidan pada seluruh periode kehamilan dan melahirkan. Hasil satu studi menemukan bahwa kontinuitas asuhan (*continuity of care*) bidan dapat mengurangi intervensi obstetric selama persalinan dan tidak ada kematian ibu sesuai dengan tujuan MDGs 4 dan MDGs 5 yaitu menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Asuhan yang berkesinambungan mengakui bahwa melahirkan yang aman sangat penting untuk kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak.

Continuity of care merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistic, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien.

Continuity of care dapat diberikan melalui tim bidan yang berbagi beban kasus, yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima semua asuhannya dari satu bidan atau tim praktiknya. Bidan dapat bekerja sama secara multidisiplin dalam melakukan konsultasi dan rujukan dengan tenaga kesehatan lainnya. Menurut WHO, dimensi pertama dari *continuity of care* yaitu dimulai saat prakehamilan, selama kehamilan, persalinan, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan. Dimensi kedua dari *continuity of care* yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat, dan sarana kesehatan. (Astuti, Susanti, dkk. 2017:30-31)

2.2.2 Tujuan *Continuity of Care*

Menurut Saifuddin (2009), tujuan umum dilakukan asuhan kehamilan yang berkesinambungan adalah sebagai berikut:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.

- c. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- d. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal.

2.2.3 Cakupan Pelayanan *Continuity of Care*

Menurut Prawirohardjo (2016), pelayanan kebidanan berkesinambungan dalam arti yang terbatas terdiri atas :

- a. Pengawasan serta penanganan wanita dalam masa hamil dan pada waktu persalinan.
- b. Perawatan dan pemeriksaan wanita sesudah persalinan,
- c. Perawatan bayi yang baru lahir, dan
- d. Pemeliharaan laktasi.

Dalam arti yang lebih luas usaha-usaha dimulai lebih dahulu dengan peningkatan kesehatan dan kesejahteraan para remaja sebagai calon ayah dan ibu, dan dengan membantu mereka dalam mengembangkan sikap yang wajar terhadap kehidupan kekeluargaan serta tempat keluarga dalam masyarakat. Termasuk pula bimbingan mereka untuk kelak menjadi ayah dan ibu yang baik serta pemberian pengertian tentang soal-soal yang bersangkutan dengan kesehatan reproduksi (Prawirohardjo, 2016).

2.2.5 Kelebihan *Continuity Of Care*

Kelebihan dari asuhan berkesinambungan ini yaitu:

1. Pasien menjadi lebih percaya dan terbuka karena merasa sudah mengenal si pemberi asuhan dan ibu lebih terpantau (Enkin, 2000) dalam Dewi, Sunarsih. 2014: 12.
2. Mendeteksi secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil.
3. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

Pelayanan berkesinambungan dilakukan oleh seorang professional yang sama atau dari satu tim kecil tenaga professional sehingga perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik.

2.3 Konsep Pendampingan

2.3.1 Definisi Pendampingan

Menurut Primahendra (2002) dalam Yulifah Rita (2018), mengatakan pendampingan adalah kegiatan pemberdayaan masyarakat dengan menempatkan tenaga pendamping yang berperan sebagai fasilitator, komunikator dan dinamisator. Pendampingan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan dan dapat bermakna pembinaan, pengajaran, pengarahan dalam kelompok yang lebih berkonotasi pada menguasai, mengendalikan dan mengontrol. Depsos RI (2007, h.4) pendampingan adalah proses relasi sosial antara pendamping dengan korban dalam bentuk pemberian

kemudahan (fasilitas) untuk mengidentifikasi keutuhan dan memecahkan masalah serta mendorong tumbuhnya inisiatif dalam proses pengambilan keputusan sehingga kemandirian korban secara berkelanjutan dapat diwujudkan.

2.3.2 Model Pendampingan

Seorang pendamping dapat menggunakan atau memilih model pendampingan/outreach mana yang akan digunakan sebagai kegiatan pendampingan. Menurut Stimson (Depsos, 1999 dalam Yulifah Rita, 2018) model pendampingan dibedakan menjadi dua model, yaitu:

1. Individual outreach

Pendampingan individu merupakan pendampingan yang memfokuskan intervensi pada diri dampingan (client centered) untuk memberdayakan individu dampingan.

2. Community outreach

Pendampingan komunitas adalah model pendampingan yang berorientasi kepada komunitas atau penduduk yang bertujuan untuk mendorong perubahan dalam peer group, norma-norma masyarakat dan perilaku pada umumnya.

2.3.3 Tujuan Pendampingan

Menurut Yulifah Rita (2018), tujuan dari pendampingan ini yaitu untuk meningkatkan kesehatan (upaya promotif) dan pencegahan dengan deteksi dini komplikasi pada kehamilan (upaya preventif) khususnya pada ibu hamil yang mendapatkan dampingan berbasis *continuu of care*. Intervensi

yang dilakukan pada pendampingan bertujuan untuk mengubah perilaku dan dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Pemberian informasi yang sangat sederhana mengenai seputar kehamilan. Pada tahap ini pengetahuan baru bisa meningkatkan kewaspadaan keluarga dan ibu hamil terhadap informasi yang diberikan.
2. Pemberian informasi yang berkesinambungan dan lebih rinci tentang kehamilan sehat dan tanda bahaya dalam kehamilan.
3. Memutuskan untuk pilihan yang cocok untuk diri sendiri dari beberapa pilihan yang ada (comtemplative) dalam melakukan pemeriksaan kehamilan.
4. Membuat keluarga dan ibu siap untuk melakukan pilihannya, misalnya dalam hal terjadinya permasalahan selama kehamilan dan kecepatan dan ketepatan dalam memilih fasilitas kesehatan.

2.3.4 Fungsi Pendampingan

Menurut Yulifah Rita (2018) fungsi pendampingan yang dimaksud yaitu meliputi 4 fungsi yaitu:

1. Enabling and fasilitator Merupakan fungsi yang berkaitan dengan motivasi dan kesempatan bagi kelompok peduli kesehatan ibu dan keluarga ibu hamil. Tugas pada fungsi ini antara lain menjadi model, melakukan mediasi dan negosiasi, membangun consensus bersama serta melakukan manajemen sumber.
2. Empowering Fungsi ini berkaitan dengan pendidikan dan pelatihan guna memperkuat kapasitas kelompok (capacity building). Pendamping

berperan aktif sebagai agen yang memberikan masukan positif dan direktif berdasarkan pengetahuan dan pengalaman ibu hamil dan keluarga yang didampinginya, membangkitkan kesadaran, menyampaikan informasi, melakukan konfrontasi, menyelenggarakan penyuluhan bagi ibu hamil dan keluarga.

3. Protecting Fungsi ini terkait dengan interaksi antara pendamping dengan lembaga-lembaga eksternal atas nama dan kepentingan masyarakat dampungannya. Tugas pendamping pada fungsi ini adalah bekerjasama dengan kelompok dasa wisma (PKK), kelurahan setempat, bidan desa, fasilitas kesehatan dan dinas kesehatan, meningkatkan hubungan masyarakat dan membangun jaringan kerja.
4. Supporting Fungsi ini berorientasi kepada aplikasi keterampilan yang bersifat praktis yang dapat mendukung terjadinya perubahan positif pada dampungan (Yulifah Rita. 2018)

2.3.5 Tahapan Pendampingan

Tahapan pendampingan menurut Adi (2003) dalam Yulifah Rita (2018), sebagai berikut:

1. Persiapan Tahap persiapan dapat dilakukan secara formal dan nonformal, tahapan ini dilakukan untuk mempersiapkan pendamping yang bertujuan menyamakan persepsi antar anggota tim pendamping.
2. Assesment Tahap assessment mencakup kegiatan identifikasi masalah/kebutuhan (felt needs) dan potensi yang dimiliki oleh dampungan.

3. Perencanaan alternative kegiatan Pada tahap ini kelompok peduli kesehatan ibu secara partisipatif mencoba melibatkan dan mengajak keluarga ibu hamil untuk berpikir tentang kesehatan ibu hamil dan upaya-upaya yang akan dilakukan dalam menghadapi kemungkinan permasalahan yang terjadi selama kehamilan.
4. Rencana aksi Dalam tahap perencanaan alternative kegiatan kelompok peduli kesehatan ibu (community wolker) membantu masing-masing anggota kelompok untuk merumuskan dan menentukan program dan kegiatan yang akan dilakukan.
5. Implementasi Tahap rencana aksi merupakan tahapan pelaksanaan dari rencana yang sudah ditentukan dan dibuat bersama oleh kelompok.
6. Evaluasi Tapan evaluasi merupakan proses pengawasan dari kelompok peduli kesehatan ibu dan keluarga terhadap proses pendampingan yang dilakukan.
7. Terminasi Tahap terminasi merupakan tahap pemutusan hubungan secara formal dengan sasaran dampingan.

2.3.6 Tanggungjawab Pendampingan

Tanggung jawab pendamping dikategorikan dalam 6 kegiatan kategori kegiatan, yaitu:

1. Outreach Outreach atau penjangkauan adalah kegiatan menjangkau dampingan di tempat-tempat mereka tinggal yang meliputi pemetaan dan pendampingan.

2. Trust building Dalam membangun kepercayaan kegiatan yang dilakukan pendamping meliputi membangun komunikasi yang efektif, membangun kepercayaan, dan mempercepat hubungan social.
3. Program Intervention Intervensi disesuaikan dengan kebutuhan dan permasalahan yang ada pada dampingan.
4. Community Partisipation Kegiatan yang dilakukan mengusahakan keterlibatan keluarga dalam upaya mengurangi permasalahan dampingan.
5. Advocacy Pendamping melakukan advokasi yang bertujuan untuk merubah kebijakan yang merugikan dampingan, Kegiatan yang dilakukan antara lain pendekatan ke system suber di lingkungan social dampingan.
6. Administrasi and Data base Kegiatan yang dilakukan pendamping, selain memberikan pendampingan di lapangan juga melakukan kegiatan administratif seperti mengikuti rapat bersama lembaga pemberi layanan publik untuk membuka akses pelayanan bagi dampingan, membuat pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan dampingan (Yulifah Rita, 2018).

2.4 Konsep Kehamilan

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dala tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal

periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus agar dapat berlangsung dengan baik, karena kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan ini bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat menjadi berisiko tinggi (Walyani, 2015).

2.5 Konsep Kecemasan

Kecemasan adalah salah satu gangguan tingkah laku di mana seseorang menganggap bahwa sesuatu yang sangat buruk akan terjadi (Hidayat, 2011).

Kecemasan juga merupakan perasaan afektif yang tidak menyenangkan yang disertai dengan sensasi fisik yang memperingatkan orang terhadap bahaya yang akan datang (Lestari, 2015).

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih utuh, serta perilaku terganggu tetapi dalam batas normal (Solehati T & Cecep EK, 2015:152) dalam meihartati,dkk, 2018:14. Berdasarkan kedua pengertian tersebut, bahwa kecemasan adalah suatu respon emosional dimana seseorang merasa takut pada suatu sumber ancaman yang belum jelas dan tidak teridentifikasi.

2.5.1 Kecemasan Pada Ibu Hamil

Kondisi psikologis yang dialami ibu selama hamil, kemudian akan kembali mempengaruhi aktifitas fisiologis. Kecemasan dapat mempengaruhi detak

jantung, tekanan darah, produksi adrenalin, aktifitas kelenjar keringat, sekresi asam lambung, dan lain-lain. Tekanan psikologis juga dapat memunculkan gejala fisik seperti letih, lesu, mudah marah, gelisah, pusing, susah tidur, mual atau merasa malas (Hermayoni NMI, 2014:14 dalam meihartati,dkk.2018:17)

Suasana psikologis ibu yang tidak mendukung akan mempersulit proses persalinan. Cemas yang berlebihan, khawatir dan takut tanpa sebab pada ibu hamil, dapat memicu kondisi yang berujung pada stress. Kondisi inilah yang mengakibatkan otot tubuh menegang, terutama, terutama otot-otot yang berada dijalan lahir ikut menjadi kaku dan keras sehingga sulit mengembang. Emosi yang tidak stabil juga akan membuat ibu merasakan sakit yang semakin hebat (Amalia, 2009 dalam Meihartati, 2018: 18)

Kecemasan sendiri merupakan respon terhadap situasi tertentu yang mengancam ditandai dengan ketegangan fisik dan ketakutan akan hal-hal yang akan terjadi. Hal ini didorong dengan kondisi hormonal yang cenderung menciptakan ketidakstabilan pikiran sehingga wanita yang sedang melahirkan menjadi lebih mudah panik dan cemas, sensitif, menjadi tidak rasional dan sebagainya (Andriana,2011:48 dalam Dewi,dkk.2019:4). Kecemasan pada ibu hamil dapat timbul khususnya pada trimester ketiga kehamilan hingga saat persalinan, dimana pada periode ini ibu hamil merasa cemas terhadap berbagai hal seperti normal atau tidak normal bayinya lahir, nyeri yang akan dirasakan, dan sebagainya (Usman, 2016).

Ibu hamil yang mengalami kecemasan selama kehamilan akan meningkatkan resiko ketidak seimbangan emosional ibu setelah melahirkan. Cemas selama kehamilan juga meningkatkan resiko keterlambatan perkembangan motoric dan mental janin, serta dapat menyebabkan *colic* pada bayi baru lahir (Bakshi, 2008 dalam Meihartati, 2018: 18)

2.5.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Faktor yang menjadi penyebab timbulnya kecemasan biasanya berhubungan dengan kondisi kesejahteraan ibu dan bayi yang akan dilahirkan, penemuan jati dirinya dan persiapan menjadi orang tua, sikap memberi dan menerima kehamilan, keuangan keluarga, dukungan keluarga, support tenaga medis, usia ibu hamil, tingkat persiapan personal ibu, pengalaman traumatis ibu dan tingkat aktifitas (Janiwarty & Pieter, 2013 dalam Meihartati, dkk. 2018: 17-18)

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan yaitu,

a. Umur

Menurut Tobing (2007) kehamilan di umur kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan masalah, karena kondisi fisik belum siap. Untuk umur yang dianggap paling aman menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Dientang usia ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Sedangkan setelah umur 35 tahun, sebagian wanita digolongkan pada kehamilan beresiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan nada penyulit pada waktu persalinan. Dikurun umur ini, angka kematian ibu

melahirkan bayi meningkat, sehingga akan meningkatkan kecemasan (Zamriati, 2013).

b. Tingkat Pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2003), pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang sangat dibutuhkan untuk pengembangan diri dan peningkatan kematangan intelektual seseorang. Kematangan intelektual ini berpengaruh pada wawasan dan berpikir seseorang, baik dalam tindakan yang dapat dilihat maupun dalam cara pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang untuk lebih mudah menerima ide teknologi baru. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin berkualitas pengetahuannya dan semakin matang intelektualnya. Mereka cenderung lebih memperhatikan kesehatan dirinya dan keluarganya (Depkes, 1999).

Hal senada juga diungkapkan oleh purwatmoko (2001), dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin besar peluang untuk mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan. Sebaliknya rendahnya pendidikan akan menyebabkan seseorang mengalami stres, dimana stress dan kecemasan yang terjadi disebabkan kurangnya informasi yang didapatkan oleh orang tersebut (Zamriati, 2013)

c. Paritas

Menurut Kartono (1992) bagi primigravida, kehamilan yang dialaminya merupakan pengalaman pertama kali, sehingga trimester III dirasakan semakin mencemaskan karena semakin dekat dengan proses

persalinan. Ibu akan cenderung merasa cemas dengan kehamilannya, merasa gelisah, dan takut menghadapi persalinan, mengingat ketidaktahuan menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan. Sedangkan bagi ibu multigravida, mungkin kecemasan berhubungan dengan pengalaman masa lalu yang pernah dialaminya (Zamriati, 2013)

Pada ibu multigravida, wajar juga mengalami kecemasan, dimana kecemasan itu adalah kecemasan akan membahayakan rasa sakit yang dideritanya dulu sewaktu melahirkan. Apalagi bagi ibu yang memiliki pengalaman resiko tinggi, tingkat kecemasannya juga pasti akan meningkat. Dimana kehamilan ini memiliki resiko tinggi baik selama kehamilan maupun pada proses persalinan (Janiwarty & Pieter, 2012 dalam Zamriati, 2013).

d. Pekerjaan

Ibu hamil yang bekerja menunjukkan adanya interaksi ibu hamil dalam masyarakat luas dan keaktifan pada organisasi, sehingga ibu hamil yang bekerja akan memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dan lebih cepat mendapatkan informasi daripada ibu yang tidak bekerja (Astria, 2009).

e. Status kesehatan

Status kesehatan dapat diketahui dengan memeriksakan kehamilan ke pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memantau kemajuan kehamilan, peningkatan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental

ibu hamil. Kehamilan dengan komplikasi akan beresiko mengalami kecemasan dua kali dari kehamilan tanpa komplikasi (Astria, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan Solehati T & Cecep Ek (2015:155) mengatakan, bahwa faktor yang berkontribusi pada terjadinya kecemasan meliputi ancaman pada:

- a. Konsep diri
- b. Personal security system
- c. Kepercayaan, lingkungan
- d. Fungsi peran, hubungan interpersonal

Menurut Direktorat kesehatan jiwa DepKes RI (Solehati T & Cecep Ek 2015:155) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain sebagai berikut:

- a. Perkembangan kepribadian
- b. Tingkat maturasi
- c. Tingkat pengetahuan
- d. Karakteristik stimulasi
 - 1) Insensitas *stressor*
 - 2) Lama *stressor*
 - 3) Jumlah *stressor*
- e. Karakteristik individu
 - 1) Makna *stressor* bagi individu
 - 2) Sumber yang dapat dimanfaatkan respon *koping*
 - 3) Status kesehatan individu

2.5.3 Tingkat Kecemasan (Indikator Kualitatif)

Menurut Suliswati (2005), tingkat kecemasan dibagi 4 (empat), yaitu:

a. Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Individu akan berhati-hati dan waspada serta lahan persepsi meluas, belajar menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Respon cemas ringan seperti sesekali bernafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bergetar, telinga berdengung, waspada, lapang persepsi meluas, sukar konsentrasi pada masalah secara efektif, tidak dapat duduk tenang dan tremor halus pada tangan.

b. Kecemasan Sedang

Pada tingkat ini, lahan persepsi terhadap masalah menurun. Individu telah berfokus pada hal-hal yang penting saat itu dan mengesampingkan hal-hal yang lain. Respon cemas sedang seperti sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, muka merah dan pucat, anoreksia, gelisah, lapang pandang menyempit, rangsangan luar mampu diterima, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak enak, firasat buruk.

c. Kecemasan Berat

Pada tingkat ini, lapangan persepsi individu sangat sempit. Seseorang cenderung hanya memikirkan hal kecil saja dan mengabaikan hal yang penting. Tidak mampu berpikir berat lagi dan membutuhkan

lebih banyak pengarahan atau tuntutan. Responnya meliputi nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, rasa tertekan pada dada, berkeringat dan sakit kepala, mual, gugup, lapang persepsi sangat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah, verbalisasi cepat, takut pikiran sendiri dan perasaan ancaman meningkat dan seperti ditusuk-tusuk.

d. Panik

Pada tingkat ini, lapangan persepsi individu telah terganggu sehingga tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa, walaupun telah diberi pengarahan. Respon panik seperti napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, penglihatan kabur, hipotensi, lapang persepsi sempit, mudah tersinggung, tidak dapat berpikir logis, agitasi, mengamuk, marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali dan persepsi kacau, menjauh dari orang.

Berdasarkan penyebabnya, kecemasan diklasifikasikan dalam tiga macam yaitu:

1) Kecemasan objektif

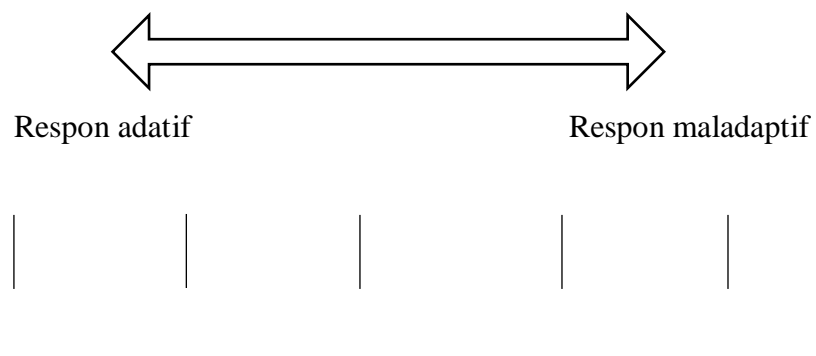
Kecemasan bisa disebabkan oleh ancaman-ancaman dari dunia eksternal, seperti penyakit, masalah keuangan, dan kegagalan, biasa disebut kecemasan objektif. Kecemasan ini dapat mengakibatkan perasaan tidak senang yang sangat hebat, namun Freud tidak mengungkapkan bahwa kecemasan ini merupakan penyebab penting dari tingkah laku abnormal.

2) Kecemasan Moral

Kecemasan dapat disebabkan oleh konflik internal terhadap ungkapan impuls-impuls “id”. Konflik ini terjadi apabila “id” mencari pemuasan terhadap kebutuhan-kebutuhannya, tetapi dihalangi oleh “ego” dan “superego”. Kecemasan semacam ini biasa disebut kecemasan Moral.

3) Kecemasan Neurotik

Kecemasan bisa disebabkan oleh karena “superego” tidak efektif dalam mengekang “ego” dan akan terjadi tingkah laku yang tidak dapat diterima. Kecemasan dengan dorongan yang tidak dikontrol secara adekuat sehingga menyebabkan orang tersebut bertingkah laku secara tidak terkontrol dan tidak tepat. Kecemasan jenis ini dinamakan kecemasan neuronik (Yustinus, 2006).



Gambar 2.1 Tingkat Kecemasan (Stuart & Sundeen, 1998)

2.5.4 Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala menurut (Hamid, 2012), yaitu:

a. Kecemasan Ringan

- 1) Respon fisiologis: sekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah menjadi tidak teratur, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar.
- 2) Respon kognitif: lapang persepsi meluas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif.
- 3) Respon perilaku dan cemas: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

b. Kecemasan sedang

- 1) Respon fisiologis: sering terjadi nafas pendek, nadi (nadi sistol) dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare konstipasi.
- 2) Respon kognitif: gerakan serentak-serentak, meremas-remas tangan, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur.
- 3) Respon perilaku dan cemas: gelisah, lapangan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi permasalahannya.

c. Kecemasan berat

- 1) Respon fisiologis: nafasa pendek, nadi dan tekanan darah menjadi tidak teratur, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur dan tegang.

2.5.5 Alat Ukur Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur (instrumen) kecemasan, saat ini terdapat beberapa

instrument kecemasan yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya, salah satunya adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS).

HARS merupakan skala yang dikembangkan untuk mengukur tanda kecemasan dan telah digunakan secara luas diklinik dan berbagai penelitian tentang kecemasan. (Solehati T & Cecep EK, 2015) dalam (Meihartati,2018).

2.5.6 Cara Ukur (Parameter)

HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yaitu instrument yang berupa lembar observasi tingkat kecemasan yang terdiri dari 14 kelompok gejala di setiap item gejala diberi penilaian antara 0– 4 sebagai berikut: nilai 0 = tidak ada gejala sama sekali, nilai 1 = satu gejala dari pilihan gejala yang sudah ada, nilai 2 = separuh dari gejala yang ada, nilai 3 = lebih dari separuh gejala yang ada, nilai 4 = semua gejala ada (Hamilton, 1959).

Masing-masing nilai angka (skor) dari 14 kelompok gejala tersebut di jumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang. Tingkat kecemasan dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Dikatakan tidak ada kecemasan apabila hasil penjumlahan nilai skor 0-14.
- 2) Dikatakan kecemas ringan apabila hasil penjumlahan nilai kategori skornya 15–20.
- 3) Dikatakan kecemas sedang apabila hasil penjumlahan nilai kategori skornya 21–30.
- 4) Dikatakan kecemas berat apabila hasil penjumlahan nilai kategori skornya 31–40.

- 5) Dikatakan panik apabila hasil penjumlahan nilai dalam kategori skornya 41–56.

Indikator variable yang diteliti pada penelitian ini yaitu kecemasan pada ibu bersalin. kecemasan ini terdapat indikator kualitatif dan kuantitatif. Indikator kualitatif antara lain kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat dan panik, untuk mengukur tingkat kecemasan pada ibu bersalin ada 14 kelompok gejala yaitu perasaan cemas (ansietas), ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi (murung), gangguan somatic atau fisik (otot), gangguan somatic atau fisik (sensorik), gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah), gejala respiratori (pernafasan), gejala gastrointestinal (pencernaan), gejala urogenital (perkemihan), gejala otonom, tingkah laku pada wawancara yang diberi penilaian dari setiap indikator antara 0– 4 sebagai berikut: nilai 0 = tidak ada gejala sama sekali, nilai 1 = satu gejala dari pilihan gejala yang sudah ada, nilai 2 = separuh dari gejala yang ada, nilai 3 = lebih dari separuh gejala yang ada, nilai 4 = semua gejala ada. Indikator kualitatif dari kecemasan tingkat kecemasan dikategorikan sebagai berikut: dikatakan tidak ada kecemasan apabila hasil penjumlahan nilai skornya 0-14, dikatakan kecemasan ringan apabila hasil penjumlahan nilai kategori skornya 15–20, dikatakan kecemasan sedang apabila hasil penjumlahan nilai kategori skornya 21–30, dikatakan kecemasan berat apabila hasil penjumlahan nilai kategori skornya 31–40, dikatakan panik apabila hasil penjumlahan nilai dalam kategori skornya 41–56.

2.6 Konsep Persalinan

2.6.1 Definisi Persalinan

Persalihan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-40 minggu, baik pada ibu maupun janin. (Sukarni, 2013)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Sarwono, 2008: 100) dalam Sondakh (2013)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) yang telah cukup bulan atau dapat di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, (1998: 157) dalam Sondakh, (2013))

Persalinan adalah kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks dan mendorong janin melalui jalan lahir. (Cunningham, E Gary., (2006: 15) dalam Sondakh, (2013))

Persalinan adalah kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. (Heffne, (2006) dalam Sondakh, (2013))

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat

hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam. (Sondakh, 2013: 2)

2.6.2 Teori Penyebab Persalinan

Menurut buku Obstetri Fisiologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran (1985) dan Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB oleh Manuaba (1998) dalam Sari dan Kurnia (2015) telah disebutkan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan, antara lain:

- b. Teori Penurunan kadar Prostaglandin Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Hormon ini meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Progesterone berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membrane dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesterone yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena adanya sintesa prostaglandin di uterus. Prostaglandin terbagi menjadi Prostaglandin E dan Prostaglandin F (pE dan pF) yang bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kehamilan. Prostaglandin E2 menyebabkan kontraksi rahim dan telah digunakan untuk menginduksi persalinan. Hasil darp percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2

atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extramial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan, hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban maupun darah periver pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

c. Teori Penurunan Progesterone

Pada saat 1-2 minggu sebelum persalinan di mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone. Progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone menurun (Diana, dkk, 2019:2).

d. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen juga merupakan hormon yang dominan saat hamil. Hormon ini memiliki dua fungsi, yaitu meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, dan rangsangan mekanis. Hal ini mungkin disebabkan karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosine tripospat (ATP). 4

e. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi

Braxton Hicks Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parts posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan

pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya dalam segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak keseimbangan dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga terjadi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai.

f. Teori Keregangan Otot Rahim

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot makin rentan.

g. Teori Fetal Cortisol

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan dalam janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi esterogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan irritability miometrium meningkat. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

h. Teori Fetal Membran

Teori fetal membran phospholipid-arachnoid acid prostaglandin. Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium.

i. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan anensefalus, sehingga terjadi keterlambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin pada tahun 1973 dalam Sari dan Kurnia, 2015). Sedangkan Malpar (1933) dalam Sari dan Kurnia, 2015, telah melakukan percobaan dengan kelinci, dimana otak kelinci tersebut diambil, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama. Dari hasil percobaan tersebut dapat disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan, dan glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Menurut Manuaba (1998) dalam Sari dan Kurnia (2015) mengemukakan bahwa pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas pada janin.

j. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terdapat ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Bila ganglion ini ditekan dan digeser, misalnya oleh kepala janin, maka akan timbul kontraksi.

k. Teori Plasenta Sudah Tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada vili chorialis di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi pada rahim.

l. Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhira saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

m. Induksi Partus (Induction of Labor)

Persalinan juga dapat ditimbulkan oleh:

1. Ganggang laminaria : Beberapa laminaria dimasukkan kedalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang Fleksus Frankenhauser.
 2. Amniotomi: yaitu pemecahan ketuban dengan sengaja.
 3. Oksitosin Drips: Pemberian oksitosin melalui tetesan infuse per menit.
- Syarat dilakukannya hal ini yang perlu diperhatikan adalah serviks sudah matang (serviks sudah pendek dan lembek) dan kanalis servikalis terbuka untuk 1 jari (Sari dan Kurnia, 2015).

n. Teori Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar *suprarenal* janin rupanya juga memegang peran karena pada *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasanya (Diana, dkk, 2019: 3).

o. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan ekstramenal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Diana, dkk, 2019: 34).

Beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut (Sondakh, 2013: 3).

a. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah:

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapile pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persaliann akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

- 1) Perlunakan serviks
- 2) Pendatar serviks
- 3) Pembukaan serviks

Secara umum, persalinan berlangsung alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi resiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Selain itu, selama kehamilan ataupun persalinan dapat terjadi komplikasi yang mungkin dapat terjadi karena kesalahan penolong dalam persalinan, baik tenaga non-kesehatan seperti dukun ataupun tenaga kesehatan khususnya bidan (Sondakh, 2013:3).

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang dalam profesinya akan selalu berdampingan dengan wanita, yang akan menjadi sahabat dan tempat seorang ibu yang sedang hamil menceritakan segala keluhan kesahnya terkait masalah-masalah kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan mengacu pada lima aspek penting yang selalu harus diperhatikan (Sondakh, 2013:3-4). Aspek tersebut sebagai berikut:

- a. Bagaimana proses pengambilan keputusan klinik oleh seorang bidan saat memberikan pelayanan, terutama saat bekerja secara mandiri.
- b. Pelayanan yang mengacu pada pemberian asuhan sayang ibu dan sayang bayi.
- c. Hal yang sangat penting saat ini adalah bagaimana bidan belum mengetahui dan belum melaksanakan pencatatan medik dalam pelayanan.
- d. Salah satu tugas bidan adalah tujuan, sehingga bidan perlu mengetahui hal-hal penting dalam merujuk.

Adanya faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (*passenger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi ibu (*positioning*), dan respon psikologi (*psychology response*) (Sondakh, 2013:4). Masing-masing dari faktor tersebut dijelaskan berikut ini.

- a. Penumpang (*Passenger*)

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 perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

- b. Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul; sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan

lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

c. Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu:

1) Kekuatan primer (kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

3) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan

memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jogkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya grafitasi membantu penuruanan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejasian penekanan tali pusat.

4) Respons Psikologi (*Psychology Response*)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a) Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan.
- b) Dukungan kakek nenek (saudara dekat) selama persalinan
- c) Saudara kandung bayi selama persalinan. (Sondakh, 2013: 5)

2.6.3 Fase Dalam Persalinan

a) Kala I

Kala I disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Sari dan Kurnia, 2015). Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat samapi mencapai ukuran 3 cm.

b. Fase Aktif, dibagi dala 3 fase lagi, yaitu:

1. Fase Akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

2. Fase Dilatasi Maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
3. Fase Deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Namun, Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala 1 berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam. (Sondakh, 2013:5). Berdasarkan hitungan Friedman, pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Fase-fase diatas dialami oleh primigravida juga multigravida. Namun mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian ostium uteri eksternum. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Kemudian ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. (Sari dan Kurnia, 2015).

Dalam beberapa buku, proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah: melembek (softening), menipis (thinned out), obliterasi atau pendataran (obliterated), mendatar dan tertarik ke atas (effaced and taken up), dan membuka (dilatation).

Pelaksanaan continuity of care mengacu pada asuhan sayang ibu yang diberikan pada saat kala I yaitu memberikan dukungan emosional, membantu pengaturan posisi, memberikan cairan dan nutrisi, mengajari ibu cara bernafas pada saat terjadi kontraksi, memijat punggung, kaki atau daerah yang diinginkan ibu, dan menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK agar proses penurunan kepala tidak terhambat oleh kandung kemih yang penuh (Astutik,2017:144).

b) Kala II (kala pengeluaran janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
- (4) Kedua kekuatan his dan mengejan mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - (a) Kepala membuka pintu
 - (b) Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, serta kepala seluruhnya.

- (5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
 - (6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - (a) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditarik menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - (b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - (c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
 - (7) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam. (Sondakh, 2013:5)
- c) Kala III (pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta) dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Widiastini, 2018: 5)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini. (Sondakh, 2013)

- (1) Uterus menjadi bundar.

(2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.

(3) Tali pusat bertambah panjang.

(4) Terjadi sembran darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial.

d) Kala IV (Observasi)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam setelah proses tersebut. Selama kala IV, pemantauan dilakukan pada satu jam pertama setiap 15 menit dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Teori pemantauan dilaksanakan sebanyak 6 kali selama dua jam post partum (Widiastini, 2018: 5).

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah tekanan darah, nadi, temperature (suhu), tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan kala empat sangat penting, terutama untuk menilai deteksi dini resiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan persalinan. (Widiastini,2018: 5)

2.5.4 Perubahan Psikologis Pada Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian yang penuh dengan kewaspadaan. Pada periode ini, ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran bayinya tersebut. Ibu hamil merasakan

kembali ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung atau merasa dirinya tidak menarik lagi, sehingga dukungan dari pasangan sangat dia butuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester ketiga menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar yang menjadi halangan dalam berhubungan seks (Ramadani & Sudarmiyati, 2013).

Menurut Saiffudin, dkk (2002) dalam , menyatakan adaptasi psikologis ibu hamil berkaitan dengan bayangan resiko kehamilan dan proses persalinan, sehingga wanita hamil sangat emosional dalam upaya mempersiapkan atau mewaspadai segala sesuatu yang mungkin akan dihadapinya.

Pada usia kehamilan 39-40 minggu, seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatanya. Rasa tidak nyaman timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh, berantakan, canggung dan jelek sehingga memerlukan perhatian lebih besar dari pasangannya. Di samping itu, ibu mulai sedih karena akan terpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil, terdapat perasaan mudah terluka (sensitif) (Susanto & Fitriana, 2019). Adapun ketakutan lain adalah takut terjadi apa-apa pada ibu dan janin, misalnya bayi ataupun ibu meninggal meskipun sudah diupayakan berbagai pertolongan, takut suami tak cinta lagi dengan keadaan tubuhnya sekarang, terlebih jika ada masalah dalam kehamilan misalnya diabetes, anemia, atau keluarganya ada yang menderita cacat bawaan (Bobak, 2004).

Gerakan bayi dan memberarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini mengakibatkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbul tanda dan gejala menuju terjadinya persalinan. Ibu sering kali merasa khawatir atau takut jika bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Secara umum, ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan (Susanto & Fitriana, 2019).

Kecemasan pada ibu hamil trimester tiga dapat berdampak pada proses persalinan, dimana pengaruh psikologis ini bisa menghambat proses persalinan, misalnya his tidak teratur, jalan lahir sangat kaku dan sulit membuka, atau posisi bayi tak kunjung turun (Kartono, 2007)

2.5.5 Perubahan Psikologis Ibu Menjelang Persalinan

Lancar atau tidaknya proses persalinan banyak bergantung pada kondisi biologis, khususnya kondisi wanita yang bersangkutan. Namun, perlu juga untuk diketahui bahwa hampir tidak ada tingkah laku manusia (yang disadari) dan proses biologisnya yang tidak dipengaruhi oleh proses psikis. Dengan demikian, dapat dimengerti bahwa membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan ibu bersangkutan mudah lelah, badan tidak nyaman, tidak nyenyak tidur, sering kesulitan dalam bernapas, dan beban jasmaniah lainnya saat menjalani proses kehamilannya (Sondakh, 2013).

Pada ibu bersalin, perubahan psikologis pada ibu wajar terjadi pada setiap orang, namun ia memerlukan bimbingan dari keluarga dan penolong persalinan dan dapat memahaminya sehingga ia dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan (Sumarah, widyastuti, dkk. 2011: 63-64).

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah:

- a. Perasaan tidak enak;
- b. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi;
- c. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal;
- d. Menganggap persalinan sebagai cobaan;
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya;
- f. Apakah bayinya normal atau tidak;
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya;
- h. Ibu merasa cemas.

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancer. Menurut

Pitchard, dkk., perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan, maka akan berujung pada stress (Sondakh. 2013: 90)

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu meliputi:

- a. Melibatkan psikologi ibu, emosi, dan persiapan intelektual.
- b. Pengalaman bayi sebelumnya.
- c. Kebiasaan adat.
- d. Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

Sikap negative yang mungkin muncul pada ibu menjelang proses persalinan adalah:

- a. Persalinan sebagai ancaman terhadap keamana.
- b. Persalinan sebagai ancaman terhadap self-image.
- c. Medikasi persalinan.
- d. Nyeri persalinan dan kelahiran.

Perubahan psikologi ibu muncul pada saat memasuki masa persalinan sebgaiian besar berupa perasaan takut maupun cemas, terutama pada ibu primigravida yang umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya. Oleh sebab itu, penting sekali untuk mempersiapkan mental ibu karena perasaan takut akan menambah rasa nyeri, serta akan menegangkan otot-otot serviksnya dan akan

mengganggu pembukaannya. Ketegangan jiwa dan badan ibu juga menyebabkan ibu lekas lelah (Sondakh. 2013: 91)

Pada fase persalinan juga terjadi peningkatan kecemasan, dengan makin meningkatnya kecemasan akan makin meningkatkan intensitas nyeri. Fenomena hubungan antara cemas dan nyeri, serta sebaliknya merupakan hubungan yang berkorelasi positif, yang menurut Caceres dan Burns (1997) dalam Sondakh (2013: 91) mempunyai pola hubungan seperti spiral yang ujungnya membesar. Dengan makin majunya proses persalinan, perasaan ibu hamil akan makin cemas dan rasa cemas tersebut menyebabkan rasa nyeri semakin intens, demikian pula sebaliknya.

2.5.6 Perubahan Fisiologis Maternal Pada Persalinan

a. Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi dengan tekanan sistolik meningkat rata-rata 15 (10-20) mmHg dan tekanan diastolic meningkat rata-rata 5-10 mmHg. Di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tekanan darah sebelum persalinan. Perubahan posisi ibu dari terlentang ke posisi miring mengurangi perubahan tekanan darah selama kontraksi. Nyeri, rasa sakit, dan khawatir akan semakin meningkatkan tekanan darah (Kriebs & Gegor, 2010: 335).

b. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerobik dan anaerobik terus meningkat. Peningkatan ini sebagian besar karena kecemasan dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik ditandai dengan

peningkatan suhu tubuh, nadi, pernapasan, curah jantung, kehilangan cairan (Kriebs & Gegor, 2010: 336).

c. Suhu

Sedikit meningkat sepanjang proses persalinan, paling tinggi selama dan sesaat setelah kelahiran. Suhu dianggap normal, jika peningkatannya tidak lebih dari setengah hingga satu derajat celcius. Peningkatan ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Kriebs & Gegor, 2010: 336).

d. Nadi (Frekuensi Jantung)

Nadi terjadi perubahan mencolok selama kontraksi, yaitu nadi meningkat pada saat peningkatan kontraksi, menurun pada saat puncak kontraksi hingga mencapai frekuensi yang lebih rendah (Kriebs & Gegor, 2010: 336).

e. Pernapasan

Frekuensi pernapasan yang sedikit meningkat merupakan temuan normal selama persalinan dan ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang sedang terjadi (Kriebs & Gegor, 2010: 336).

f. Perubahan Pada Ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Hal itu mungkin akibat lebih lanjut dari peningkatan curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Kriebs & Gegor, 2010: 336).

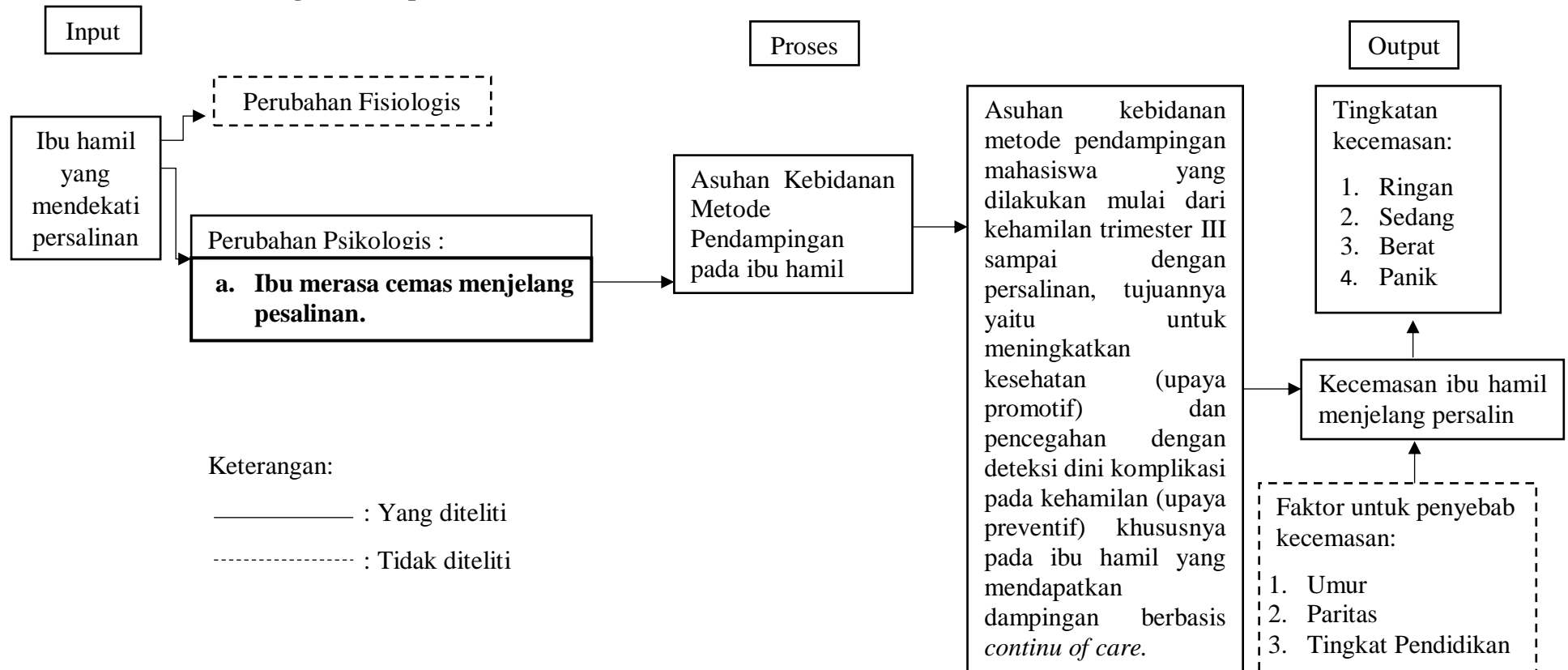
g. Perubahan Pada Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat sangat menurun. Hal ini ditambah dengan penurunan sekresi getah lambung selama persalinan, membuat pencernaan menjadi benar-benar berhenti sehingga waktu pengosongan lambung sangat lama (Kriebs & Gegor, 2010: 336).

h. Perubahan Hematologis

Hemoglobin meningkatkan rata-rata 1,2 g/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak terjadi kehilangan darah yang abnormal (Kriebs & Gegor, 2010: 337).

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Bagan Skematik Kerangka Konsep Pengaruh Asuhan Kebidanan Metode Pendampingan mahasiswa pada ibu hamil Terhadap Kecemasan Persalinan.

