

TESIS

**PENGARUH KELAS IBU HAMIL TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
IBU HAMIL DALAM MENGHADAPI PERSALINAN
DI KLINIK AHBS KABUPATEN JAYAPURA**



JOMARNA L E MANIAGASI

P102202068

**SEKOLAH PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEBIDANAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

**PENGARUH KELAS IBU HAMIL TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
IBU HAMIL DALAM MENGHADAPI PERSALINAN
DI KLINIK AHBS KABUPATEN JAYAPURA**

*THE EFFECT OF THE CLASS OF PREGNANT WOMEN ON THE LEVEL OF
ANXIETY IN PREGNANT WOMEN IN THE FACE OF CHILDBIRTH
AT AHBS CLINIC, JAYAPURA REGENCY*



**JOMARNA L E MANIAGASI
P102202068**

**SEKOLAH PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEBIDANAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**PENGARUH KELAS IBU HAMIL TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
IBU HAMIL DALAM MENGHADAPI PERSALINAN
DI KLINIK AHBS KABUPATEN JAYAPURA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Ilmu Kebidanan

Disusun dan Diajukan Oleh

Jomarna L E Maniagasi

Kepada

**SEKOLAH PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEBIDANAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

PENGARUH KELAS IBU HAMIL TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA
IBU HAMIL DALAM MENGHADAPI PERSALINAN DI KLINIK AHBS
KABUPATEN JAYAPURA

Disusun dan diajukan oleh

JOMARNA L.E MANIAGASI

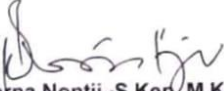
P102202068

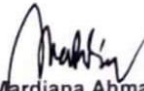
Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Program Studi Magister Ilmu Kebidanan
Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin
Pada tanggal 15 Februari 2023
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama

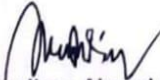
Pembimbing Pendamping



Dr. Werna Nontji, S.Kep, M.Kep
NIP: 19500114 197207 2 001


Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT., M.Keb
NIP: 19670904 199001 2 002

Ketua Program Studi
Magister Kebidanan

Dekan Sekolah Pascasarjana
Universitas Hasanuddin


Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT., M.Keb
NIP: 19670904 199001 2 002


Profa Edy, Ph.D., Sp.M(K), M.MedEd
NIP: 19661231 199503 1 009



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Jomama L E Maniagasi
Nomor Pokok Mahasiswa : P102202068
Program Studi : Ilmu Kebidanan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan dibimbing oleh Dr. Wema Nontji, S.Kep., M.Kep dan Dr. Mardiana Ahmad S.SiT., M.Keb bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Jayapura, Maret 2023

Menyatakan,

Jomama L E Maniagasi

ABSTRAK

JOMARNA L E MANIAGASI. *Pengaruh Kelas Ibu Hamil Terhadap Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan di Klinik Ahbs Kabupaten Jayapura* (dibimbing oleh **Werna Nontji** dan **Mardiana Ahmad**)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kelas ibu hamil terhadap tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan Desain *One Group Pretest-Posttest*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu hamil di Klinik Ahbs Kabupaten Jayapura. Sampel sebanyak 54 responden yang ditentukan secara *purposive sampling* sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan yaitu kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian ini menggunakan kuesioner untuk mengukur tingkat kecemasan. Kuesioner yang digunakan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Data dianalisis dengan menggunakan uji non-parametrik yaitu uji t dan Wilcoxon. Hasil penelitian menemukan bahwa pelaksanaan kelas ibu hamil berpengaruh signifikan terhadap kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan perbandingan nilai sebelum dan sesudah intervensi dan nilai p-value $0,000 < \alpha 0,05$, rerata nilai sebelum pelaksanaan kelas ibu hamil adalah 6,20 dan setelah intervensi meningkat menjadi 8,12 dengan rerata perbedaan 0,83. Ada perbedaan tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan sebelum dan sesudah pelaksanaan kelas ibu hamil dengan rerata nilai 19,44 dibandingkan sebelum pelaksanaan kelas ibu hamil sebesar 12,28. Terjadi penurunan tingkat kecemasan ibu hamil sehingga hal ini terbukti pelaksanaan kelas ibu hamil yang dilakukan berhasil menurunkan kecemasan ibu hamil dengan nilai p-value 0,000. Dengan demikian, terdapat pengaruh pelaksanaan kelas ibu hamil terhadap tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan sebelum dan sesudah mengikuti kelas ibu hamil di Klinik AHBS Papua, Kabupaten Jayapura.

Kata kunci: *tingkat Kecemasan ibu hamil; Kecemasan dalam menghadapi persalinan; pre-pelaksanaan kelas ibu hamil; post-pelaksanaan kelas ibu hamil*



ABSTRACT

JOMARNA L E MANIAGATION. *The Influence of Class of Pregnant Women on the Level of Anxiety in Pregnant Women in Facing Labor at the Ahbs Clinic, Jayapura Regency* (supervised by **Werna Nontji** and **Mardiana Ahmad**)

This study aims to analyze the influence of pregnant women's classes on the level of anxiety of pregnant women in facing childbirth. This research is a qualitative research with One Group Pretest-Posttest Design. The sample in this study were pregnant women at the Ahbs Clinic, Jayapura Regency. A sample of 54 respondents was determined by purposive sampling in accordance with predetermined criteria, namely inclusion and exclusion criteria. This study uses a questionnaire to measure the level of anxiety. The questionnaire used is the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Data were analyzed using non-parametric tests, namely the t test and Wilcoxon. The results of the study found that the implementation of the class for pregnant women had a significant effect on the anxiety of pregnant women in facing childbirth with a comparison of the values before and after the intervention and the p-value of $0.000 < \alpha 0.05$, the mean value before the implementation of the class for pregnant women was 6.20 and after the intervention increased to 8.12 with an average difference of 0.83. There is a difference in the level of anxiety of pregnant women in facing childbirth before and after the implementation of the class for pregnant women with an average score of 19.44 compared to before the class for pregnant women of 12.28. There was a decrease in the anxiety level of pregnant women, so it was proven that the implementation of the class for pregnant women was successful in reducing the anxiety of pregnant women with a p-value of 0.000. Conclusion there is an effect of carrying out classes for pregnant women on the level of anxiety of pregnant women in dealing with childbirth before and after attending classes for pregnant women at the AHBS Papua Clinic, Jayapura Regency

Keywords: *anxiety level of pregnant women; anxiety in the face of childbirth; pre-implementation of classes for pregnant women; post-implementation of cla*



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Segala puji syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan yang maha Kuasa, atas berkat dan karunia serta limpah rahmat dan kasihnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan hasil penelitian yang berjudul “**Pengaruh Kelas Ibu Hamil terhadap Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan di Klinik AHBS Kabupaten Jayapura**” yang merupakan bagian dari rangkaian persyaratan dalam rangka penyelesaian program pendidikan Magister Kebidanan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Dalam penyusunan hasil penelitian ini, penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada pihak-pihak terkait yang telah banyak membimbing dan banyak membantu terselesainya hasil penelitian ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula pada:

1. Prof. Dr. Ir, Jamaluddin Jompa, M. Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Budu, Ph.D., Sp.M(K), M. MedEd, selaku Dekan Sekolah Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. dan Dr. Mardiana Ahmad, S. SiT., M. Keb, selaku Ketua Program Studi Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dr. Werna Nontji.,S.Kep.,M.Kep sebagai Ketua Komisi penasihat dan Dr. Mardiana Ahmad, S. SiT., M. Keb sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa memberikan semangat, perhatian, arahan, dorongan dan bimbingan selama proses penyusunan hasil penelitian ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Pengampu Mata Kuliah pada Program Studi Magister Ilmu Kebidanan Sekolah Pascasarjana Universitas

Hasanuddin Makassar, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis.

6. Seluruh staf pegawai Program Studi Magister Ilmu Kebidanan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.
7. Kepala Puskesmas serta seluruh rekan-rekan Kerja Klinik AHBS Papua yang telah banyak memberikan suport dan do'a, masukan kritikan dan saran serta motivasi dalam penyusunan hasil penelitian ini.
8. Rachel Manoach, S.Pd.,M.Si sebagai Exc. Direktur Klinik AHBS Papua yang telah memberikan izin kepada penulis dalam pengambilan data awal dan tempat penelitian.
9. Kedua orang tua yang tak henti hentinya memanjatkan doa, memberikan motivasi untuk menyelesaikan studi.
10. Sahabat dan Rekan-rekan seperjuangan Magister Ilmu Kebidanan Angkatan XIII yang telah banyak memberikan bantuan, do'a, masukan kritikan dan saran yang konstruktif serta motivasi dalam penyusunan hasil penelitian ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan hasil penelitian ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga bantuan, bimbingan dan arahan yang telah diberikan menjadi amal ibadah bagi keluarga, bapak, ibu dan rekan-rekan, sehingga memperoleh balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Kuasa. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa hasil penelitian ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dalam kesempurnaan hasil penelitian ini. Semoga penelitian ini kelak dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang membutuhkan secara umum dan bermanfaat kepada penulis sendiri secara khusus.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN JUDUL.....	ii

HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Kehamilan	7
B. Kelas Ibu Hamil.....	27
C. Kecemasan dalam Menghadapi Persalinan	32
D. Persalinan.....	42
E. AHBS Papua.....	49
F. Kerangka Teori	51
G. Kerangka Konsep	52
H. Hipotesis Penelitian	52
BAB III METODE PENELITIAN	53
A. Desain Penelitian	53
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	53
C. Populasi dan Sampel	54
D. Variabel dan Definisi Operasional	56
E. Sumber Data.....	59

F. Prosedur Penelitian.....	60
G. Instrumen Pengumpulan Data	61
H. Analisa Data	64
I. Alur Penelitian.....	66
J. Etik Penelitian	67
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	68
A. Hasil Penelitian	68
B. Pembahasan.....	72
BAB V PENUTUP	83
A. Kesimpulan.....	83
B. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Mengukur TFU menurut Mc Donald dan Leopold	12
Tabel 2.2 Materi dalam Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil.....	30
Tabel 2.3 Kategori Taraf Kecemasan Sesaat dan Taraf Kecemasan Dasar	41
Tabel 2.4 Data Jumlah Pasien Klinik AHBS Papua	43
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	50
Tabel 3.2 Jawaban Pre-Test Pertemuan Kelas Ibu Hamil	57
Tabel 3.3 Jawaban Post-Test Pertemuan Kelas Ibu hamil	57
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Ibu hamil berdasarkan Karakteristik di Klinik AHBS Sentani Kabupaten Jayapura.....	62
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Ibu Hamil berdasarkan Penilaian Sebeum dan Sesudah Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil....	63
Tabel 4.3 Uji Normalitas data	64
Tabel 4.4 Pengaruh Kelas Ibu Hamil terhadap Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan.....	64
Tabel 4.5 Perbedaan Tingkat Kecemasan Sebelum dan Sesudah Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil.....	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Klasifikasi Persalinan dari Usia Kehamilan 37 minggu	7
Gambar 2.2 Tinggi Fundus pada Berbagai Waktu Selama Kehamilan	11
Gambar 2.3 Kerangka Teori	44
Gambar 2.4 Kerangka Konsep	45
Gambar 3.1 Rancangan Pra-eksperimen <i>One Group Pretest-Posttest</i>	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 2 Kuesioner HARS
- Lampiran 3 Kuesioner Evaluasi Awal Kelas Ibu Hamil Pertemuan I
- Lampiran 4 Kuesioner Evaluasi Akhir Materi Kelas Ibu Hamil Pertemuan I
- Lampiran 5 Kuesioner Evaluasi Awal Kelas Ibu Hamil Pertemuan II
- Lampiran 6 Kuesioner Evaluasi Akhir Materi Kelas Ibu Hamil Pertemuan II
- Lampiran 7 Pelaporan Pelaksanaan Pertemuan Kelas Ibu Hamil
- Lampiran 8 SAP Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil
- Lampiran 9 ABSENSI
- Lampiran 10 Master Tabel Data
- Lampiran 11 Hasil Olahan SPSS
- Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan ibu hamil masih menjadi masalah serius yang perlu ditangani, terlihat dari jumlah kematian ibu yang terus meningkat di Indonesia dalam tiga tahun terakhir yakni sebanyak 4.221 kematian di tahun 2019 menjadi 4.627 kematian di tahun 2020 dan 7.389 pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2022). Jika jumlah tersebut dikonversi dalam rumus Angka kematian ibu (AKI) / *Maternal Mortality Rate* (MMR) maka diperoleh data AKI di tahun 2019 sebesar 88 per 100.000 kelahiran hidup (KH), pada tahun 2020 sebesar 98/100.000 KH dan pada tahun 2021 meningkat pesat menjadi 166/100.000 KH sedangkan target AKI dalam *Sustainable Deveopment Goals* (SDGs) adalah 70/100.000 KH (WHO, 2019). Data diatas menunjukkan AKI di Indonesia masih jauh dari target yang diharapkan.

Berbagai upaya telah dilakukan oleh kementerian kesehatan guna percepatan penurunan AKI dengan menjamin agar setiap ibu hamil dapat mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas. Terdapat 8 upaya peningkatan kesehatan ibu yang telah dilakukan secara nasional, meliputi (1) pelayanan kesehatan ibu hamil, (2) pelayanan imunisasi Tetanus Difteri bagi Wanita Usia Subur (WUS), (3) pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) pada ibu hamil, (4) pelayanan kesehatan ibu bersalin, (5) pelayanan kesehatan ibu nifas, (6) Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), (7) pelayanan kontrasepsi dan (8) pemeriksaan HIV dan Hepatitis B pada ibu hamil. Beberapa upaya diatas telah memenuhi target rencana strategis (RENSTRA) tahun 2021 yaitu cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil secara nasional sebesar 88,8% melebihi target RENSTRA (85%) dan cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan secara nasional sebesar 90,9% melebihi dari target RENSTRA yaitu 89% (Kemenkes RI, 2022). Meskipun demikian, hanya 2 dari 8 upaya yang

cakupannya telah mencapai target RENSTRA yang jika dipersentasikan maka hanya 25% upaya percepatan penurunan AKI yang telah berjalan maksimal.

Cakupan provinsi Papua dan Papua Barat menjadi provinsi yang memiliki cakupan paling rendah diantara semua provinsi dalam 7 dari 8 upaya percepatan penurunan AKI. Jika diurutkan maka upaya dengan cakupan terendah di provinsi Papua meliputi: (1) cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 (9,5%), (2) pelayanan kontrasepsi (15,4%), (3) Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan P4K masing-masing 16,4% dan 39,7%, (4) pelayanan Kesehatan ibu nifas (39,8%), (6) pelayanan Kesehatan ibu bersalin (49,6%) dan (7) pemberian TTD pada ibu hamil (56,8%) (Kemenkes RI, 2022). Cakupan yang rendah ini menjadi pencetus tingginya jumlah kematian ibu di Papua tahun 2021 yakni 79 kematian atau sama dengan 128/100.000 KH. Selain itu, tiga penyebab utama kematian ibu di Papua terkait dengan 28 kasus akibat penyakit tidak menular (stoke dan diabetes melitus), 18 kasus perdarahan dan 15 kasus covid-19 (Kemenkes RI, 2022).

Tingginya angka kematian ibu menjadi salah satu penyebab umum kekhawatiran selama kehamilan dan penyebab lainnya seperti kesejahteraan janin, penyakit ibu, dukungan sosial dan keuangan (Araji et al., 2020). Jika kekhawatiran ini bertahan dalam waktu yang lama dapat mengakibatkan gangguan fungsional di berbagai bidang kehidupan ibu termasuk kecemasan bahkan depresi. Kecemasan didefinisikan sebagai rasa khawatir dan takut pada seseorang yang belum jelas penyebabnya, dan memberikan efek yang negatif pada psikologis dan fisik seseorang (Yuliani et al., 2018). Ibu hamil yang mengalami kecemasan dapat meningkat intensitasnya seiring dengan bertambahnya usia kehamilan terutama di usia trimester III hingga memasuki persalinan (Kristianingrum, 2021).

Hasil penelitian menemukan prevalensi kecemasan ibu hamil secara global sangat bervariasi. Insiden kecemasan dan depresi ibu hamil di negara maju sekitar 7 sampai 20% dan di negara berkembang, insiden kecemasan diatas 20% (Biaggi et al., 2016). Prevalensi gangguan kecemasan pada ibu hamil di negara berpenghasilan rendah dan menengah berkisar berkisar antara 1 hingga 37% (Jha et al., 2018). Prevalensi kecemasan ibu hamil di Brazil sebesar 26,8%, dan meningkat pada saat trimester III yaitu menjadi 42,9% (Silva et al., 2017). Nath et al (2019) mendapatkan prevalensi kecemasan ibu hamil di India Selatan sebesar 55,7%. Field et al (2010) menemukan bahwa 30-58% ibu hamil mengalami kecemasan, hasil penelitian Chang et al (2022) menunjukkan bahwa 82,76% ibu yang cemas selama kehamilan akan mengalami depresi pascapersalinan.

Di Indonesia, prevalensi kecemasan ibu hamil berkisar 10 sampai 25% (Syafrie, 2017) dan 43.8% hingga 59% ibu hamil primigravida mempunyai tingkat kecemasan yang tergolong sedang bahkan 21,1% hingga 65,9% ibu hamil mengalami kecemasan berat (Aniroh & Fatimah, 2019; Fatimah et al., 2015; Maki et al., 2018; Trisiani, 2016). Begitu juga dengan ibu hamil trimester III cenderung mengalami kecemasan sedang sekitar 46,7% hingga 55% (M. L. Kartika, 2021; Wardani et al., 2018).

Penyebab kecemasan pada masa kehamilan terutama berkaitan dengan usia kehamilan dan kekhawatiran akan takut mati, trauma kelahiran, perasaan bersalah atau berdosa dan ketakutan seperti ketakutan bayinya lahir cacat(Yuliani et al (2018). Pada saat yang sama, ibu hamil juga merasakan kegelisahan mengenai kelahiran bayinya dan permulaan dari fase baru dalam hidupnya. Perasaan cemas ibu hamil trimester ketiga dalam memikirkan proses melahirkan serta kondisi bayi yang akan dilahirkan tidak hanya berlangsung pada kehamilan pertamanya, tetapi juga pada kehamilan-kehamilan berikutnya. Walaupun mereka telah mempunyai pengalaman dalam menghadapi persalinan tetapi rasa cemas tetap akan selalu ada (Sari & Novriani, 2017).

Kecemasan pada ibu hamil terjadi dikarenakan ibu merasa tidak mengetahui dan tidak mampu melakukan sesuatu dengan intensitas yang berbeda-beda. Pemberian motivasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu mengenai kehamilan, persalinan, perawatan nifas, dan perawatan bayi. Motivasi dan edukasi ini dapat diberikan kepada ibu hamil melalui pemanfaatan kelas ibu hamil (Nugraheni & Kuswati, 2017). Pelayanan kesehatan ibu hamil termasuk juga dilakukannya kelas antenatal dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan atau kekhawatiran dalam menghadapi persalinan serta memperlancar proses persalinan yakni dengan memberikan motivasi serta edukasi kepada ibu hamil. Selain itu, kecemasan dan rasa nyeri dapat diminimalisir dengan meningkatkan kemampuan ibu untuk melakukan relaksasi selama kehamilan dan persalinan serta persiapan fisik dan psikologi (M. L. Kartika et al., 2021).

Kelas Ibu Hamil merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan ibu hamil dengan membahas materi yang ada di buku KIA, Pelaksanaan kelas ibu hamil berbentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu mengenai kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran. Di kelas ini, ibu hamil akan belajar bersama, berdiskusi, dan bertukar pengalaman serta mengulas isi buku KIA secara menyeluruh dan sistematis yang dilaksanakan terjadwal dan berkesinambungan (Kemenkes, 2014). Dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, mereka sama-sama belajar tentang kesehatan bagi ibu hamil secara langsung (tatap muka) bersama bidan dalam satu kelompok yang bertujuan meningkatkan pengetahuan ibu mengenai kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir (Naharani et al., 2018).

Peningkatan kesehatan ibu bisa dilakukan dengan melibatkannya dalam kelas ibu hamil. Hasil penelitian Nuryawati (2017) menunjukkan bahwa ibu yang aktif mengikuti kelas ibu hamil, cenderung mengetahui dengan baik tentang tanda bahaya kehamilan sehingga terhindar dari

komplikasi kehamilan. Hartati Simbolon et al (2022) menemukan bahwa ibu yang mengikuti kelas ibu hamil bersikap lebih percaya diri dan siap dalam menjalani proses persalinan sedangkan ibu yang tidak mengikuti kelas ibu hamil mengalami gangguan tidur karena merasa cemas dan takut menghadapi persalinan, merasa khawatir terjadi sesuatu yang buruk saat proses persalinan. Kelas ibu hamil terbukti memiliki dampak positif bagi psikologis ibu untuk menghadapi persalinan (I. T. Wijayanti, 2016). Kelas ibu hamil efektif diterapkan di pelayanan kebidanan karena dapat menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil (Kartika, 2021).

Studi pendahuluan di Klinik Angel Hiromi Bumi Sehat (AHBS), kelas ibu hamil telah dilaksanakan dua kali dalam seminggu yakni setiap hari Selasa dan Sabtu, namun hanya sedikit ibu hamil yang menjadi peserta yakni 4-8 orang setiap pertemuan. Sementara jumlah ibu hamil dalam 3 bulan terakhir (Mei hingga Juli 2022) sebanyak 97 orang, yang berarti hanya 4-8% ibu hamil yang mengikuti kelas. Hasil wawancara terhadap 18 orang ibu hamil di klinik AHBS mengungkapkan bahwa ibu hamil merasa takut dan tidak percaya diri dalam menghadapi persalinan. Oleh sebab itu, peneliti termotivasi mengetahui pengaruh kelas ibu hamil terhadap tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan di Klinik AHBS Sentani, Kabupaten Jayapura.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang di atas penulis merumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Pengaruh Kelas Ibu Hamil terhadap Tingkat Kecemasan dalam Menghadapi Persalinan di Klinik AHBS Papua Kabupaten Jayapura Tahun 2022”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk Menganalisis Pengaruh Kelas Ibu Hamil terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan di Klinik AHBS Papua Kabupaten Jayapura Tahun 2022.

2. Tujuan Khusus

Menganalisis pengaruh kelas ibu hamil *pre* dan *post* terhadap tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan di Klinik AHBS Papua Kabupaten Jayapura Tahun 2022

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Temuan penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber referensi dalam penelitian selanjutnya, khususnya pada Ibu Hamil, dan untuk meningkatkan pengetahuan peneliti dan pembaca tentang topik tersebut.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan, peran bidan, dukungan keluarga dalam kegiatan kelas ibu hamil.
- b. Tenaga Kesehatan Khususnya Bidan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk menambah informasi, meningkatkan pengetahuan dan peran bidan serta dukungan keluarga dalam kegiatan kelas ibu hamil Di Klinik AHBS Papua Kabupaten Jayapura.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan dan memberikan informasi kepada praktisi kesehatan yang memberikan konseling keluarga kepada calon ibu.

BAB II

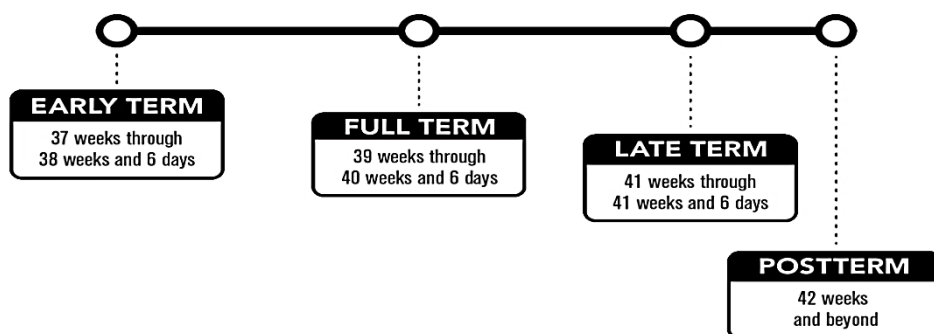
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan (gestasi) adalah proses fisiologis janin yang sedang berkembang di dalam tubuh ibu, diawali dari proses konsepsi yang terdiri tiga tahap yaitu ovulasi, fertilisasi dan implantasi hingga bayi lahir sesuai klasifikasi usia dan dikatakan cukup bulan pada 39-40 minggu Departement of Health and Social Care - GOV.UK, 2022. Makna lain dari kehamilan adalah suatu keadaan tertanamnya hasil konsepsi di dalam rahim atau di tempat lain di dalam tubuh dan berakhir melalui aborsi atau persalinan spontan/elektif (Pascual & Langaker, 2022a).

Kehamilan sebagai proses alamiah (fisiologis) dan rangkaian perubahan yang terjadi pada organ dan jaringan wanita akibat dari adanya pembuahan (fertilisasi) spermatozoa dan ovum hingga terjadi perkembanganjanin didalam rahim (uterus) yang memakan waktu 266-270 hari atau 40 minggu atau sekitar sembilan bulan menurut kalender internasional. Fijri (2021)



Gambar 2.1 Klasifikasi persalinan dari usia kehamilan 37 minggu (Bernstein & VanBuren, 2013; Departement of Health and Social Care - GOV.UK, 2022; Pascual & Langaker, 2022a; Spong, 2013)

2. Diagnosa awal kehamilan

Tes kehamilan adalah salah satu tes yang paling penting untuk dilakukan pada setiap wanita usia subur yang mengeluh sakit perut/panggul, amenore, perdarahan vagina, atau yang secara hemodinamik tidak stabil (Jackie & Kenn R, 2022). Tes kehamilan sangat sensitif dan spesifik, tetapi batasannya harus dipahami. Jika positif hamil, kehamilan ektopik perlu dipertimbangkan sebagai kemungkinan.

a. Tes kehamilan melalui spesimen

Hormon ini terdiri dari sub unit alfa dan beta yang berbeda yang keduanya diperlukan untuk aktivitas biologis (Theofanakis et al., 2017). Kadarnya memiliki korelasi yang baik antara serum dan urin tetapi bergantung pada berat jenis urin. Oleh karena itu, sangat ideal untuk mendapatkan spesimen urin pertama saat bangun tidur (konsentrat). Serum juga dapat diuji untuk *early pregnancy factor* (EPF) yaitu suatu hormon yang dapat dideteksi 48 jam setelah pembuahan. Ini berbeda dari beta-HCG, yang terdeteksi setelah implantasi, dan dengan demikian EPF dapat dideteksi lebih cepat (Lafleche et al., 2018). Progesteron serum juga dapat diuji, dan konsentrasinya meningkat secara linier pada minggu kelima hingga minggu ketiga belas; peningkatan hormone yang tidak signifikan selama jangka waktu ini dikaitkan dengan ancaman keguguran (Ku et al., 2018).

Meskipun kedua jenis tes tersebut sangat sensitif dan spesifik, sebaiknya hasil dari satu tes tidak hanya digunakan sebagai bukti definitif kehamilan. Tes urin biasanya positif setelah sepuluh hari telah menstruasi. Hasil urin negatif palsu terlihat dengan urin encer, kadar beta-HCG rendah (biasanya kurang dari 25 mIU/mL), dan terlihat *hook effect* (ibu merasakan semua ciri-ciri hamil tapi pada saat melakukan test pack hasilnya negative) (Gnoth & Johnson, 2014; Griffey et al., 2013). Hasil urin positif palsu bisa disebabkan oleh obat kesuburan yang

mengandung beta-HCG, penyakit kanker ataupun kesalahan alat (Boxer et al., 2019).

b. Tes kehamilan melalui prosedur

Prosedur yang dapat digunakan untuk tes kehamilan adalah ultrasonografi (USG) yang merupakan teknologi pencitraan canggih dengan memanfaatkan gelombang suara frekuensi tinggi (Whitworth et al., 2015). Pada awal kehamilan, penggunaan utama USG adalah untuk menentukan adanya kehamilan intrauterin. Selain itu, USG dapat digunakan untuk mengevaluasi adanya kehamilan ektopik (kornu, tuba, adneksa, serviks, perut, operasi caesar ektopik), cairan bebas di panggul, patologi uterus dan adneksa, aktivitas jantung janin dan denyut jantung, keguguran atau penyakit trofoblas gestasional (Agten et al., 2021).

Ultrasonografi dapat dilakukan melalui transvaginal dan transabdominal. Ultrasonografi transvaginal dilakukan dengan menggunakan *probe endocavitary* frekuensi tinggi yang ditempatkan ke dalam vagina dan memvisualisasikan organ panggul melalui serviks. Sebaliknya, USG transabdominal menggunakan gelombang suara frekuensi rendah yang juga dapat digunakan untuk memvisualisasikan organ panggul tetapi dilakukan dengan melihat melalui dinding perut. USG transvaginal yang lebih baik untuk memvisualisasikan kehamilan yang sangat dini serta mengevaluasi adneksa Agten et al., 2021; Jackie & Kenn R, 2022; Whitworth et al., 2015.

c. Indikasi tes kehamilan

Indikasi untuk melakukan tes kehamilan melalui specimen (urin atau serum) adalah jika wanita usia subur (WUS) mengalami salah satu gejala berikut: amenore/dismenore, nyeri perut/panggul, mual, muntah, keputihan, gejala kencing, pusing/pening/sinkop, hipotensi, atau takikardia. Indikasi untuk USG pada awal kehamilan jika WUS mendapatkan hasil tes kehamilan positif dan mengalami keluhan nyeri

perut, nyeri panggul, atau perdarahan vagina, karena ini mungkin akibat komplikasi (Jackie & Kenn R, 2022).

3. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

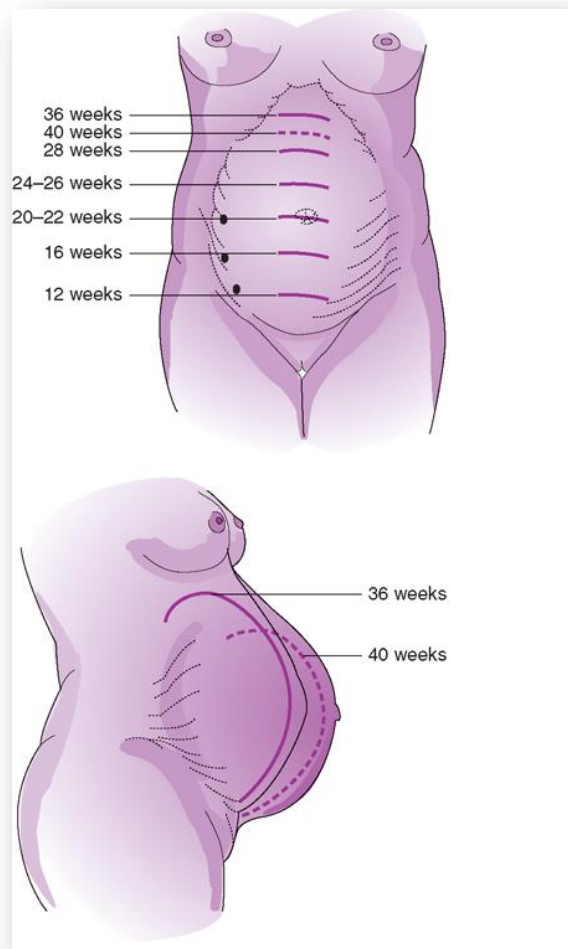
Cukup banyak perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil sebagai respons terhadap pertumbuhan janin. Selama masa kehamilan, semua perubahan ini pada dasarnya merupakan proses adaptasi, sehingga tubuh ibu hamil dapat mengakomodasi embrio dan janin yang sedang tumbuh. Salah satu faktor nyata yang mempengaruhi fisiologi ibu adalah efek massa janin yang sedang tumbuh dan konsekuensinya pada sistem kardiovaskular, paru, dan gastrointestinal. Saat plasenta berkembang dan rahim membesar, organ-organ ini menerima proporsi aliran darah yang lebih besar. Organ lain seperti ginjal menerima lebih banyak darah untuk menyaring limbah dari janin dan ibu. Upregulasi hormonal memiliki efek hilir dalam beberapa sistem. Hormon relaksin memiliki dampak yang diketahui baik pada tonus vaskular dan jaringan ikat, sedangkan aktivitas estrogen dan progesteron berdampak pada retensi air ginjal dan konsentrasi elektrolit serum (Kepley et al., 2022).

Perubahan fisiologis ini memiliki konsekuensi klinis yang harus diperhatikan oleh praktisi saat merawat ibu bersalin. Kehamilan menginduksi respons terkoordinasi dari berbagai sistem organ untuk mendukung ibu dan janin (Pascual & Langaker, 2022a). Berbagai perubahan fisiologis dan anatomi dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Sistem reproduksi

Untuk mengakomodasi janin yang sedang tumbuh, rahim harus mengalami perubahan struktural yang ekstrem dan hipertrofi seluler. Selama waktu ini, rahim harus mempertahankan keadaan nonkontraktif pasif; ini terjadi melalui peningkatan kadar progesteron, yang bertindak untuk mengendurkan otot polos hingga pertumbuhan plasenta menghasilkan jaringan rahim dan remodeling pembuluh darah. Sinyal hormonal, terutama estrogen, bertanggung jawab

untuk memulai proses pertumbuhan rahim selama awal kehamilan. Rahim meningkat dari 70 g menjadi 1100 g, dengan kapasitas volumenya meningkat dari 10 mL menjadi 5 L. Antara minggu ke-12 dan minggu ke-16, korpus uterus bagian bawah terbuka, memungkinkan uterus menjadi lebih bulat dan memberi ruang untuk ekspansi kantung ketuban dengan minimal peregangan rahim. Ketika tingkat pertumbuhan janin mulai meningkat pada usia 20 minggu, rahim memanjang dengan cepat, dan dindingnya menipis. Diameter longitudinal tumbuh lebih cepat daripada diameter kiri-kanan dan anterior-posterior, dengan tingkat pemanjangan maksimum terjadi antara minggu 20 dan minggu ke-32. Pada minggu ke-28, tingkat pertumbuhan janin maksimum telah terjadi, dan pertumbuhan jaringan rahim melambat sambil terus berlanjut dan meregang dengan cepat. Dalam beberapa minggu setelah melahirkan, rahim kemudian kembali ke struktur sebelum hamil (Elad et al., 2020; Myers & Elad, 2017).



Gambar 2.2 Tinggi fundus pada berbagai waktu selama kehamilan (DeCherney et al., 2018).

Fitriahadi (2017) juga mengungkapkan perubahan system reproduksi yang menguraikan perubahan organ reproduksi meliputi:

1) Uterus

Terjadi perubahan ukuran untuk akomodasi pertumbuhan janin akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim biasanya ukuran pada ibu hamil cukup bulan 30x25x20 cm dengan kapasitas 4000cc. Berat uterus akan naik dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan. Bentuk uterus pada bulan pertama kehamilan seperti buah alpokat. Pada kehamilan empat bulan berebentuk bulan dan akhir kehamilan bujur telur. Posisi Rahim dalam letak anteflexi atau retroflexi, pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada didalam rongga pelvis.

Tabel 2.1

Mengukur Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc Donald dan Leopold

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundu Uteri		
		Mc. Donald		leopold
1	22 minggu	20-24 cm diatas simfisis		Ballotement
2	28 minggu	26-30	cm diatas	
		simphisis		
3	30 minggu	28-32	cm diatas	3 jari diatas simphisis
		simphisis		
4	32 minggu	30-34	cm diatas	
		simphisis		
5	34 minggu	32-36	cm diatas	3-4 jari dibawah
		simphisis		<i>prosesus xifoideus</i>
6	36 minggu	34-38	cm diatas	
		simphisis		
7	38 minggu	36-40	cm diatas	Satu jari dibawah
		simphisis		<i>prosesus xifoideus</i>
8	40 minggu	38-42	cm diatas	s-3 jari dibawah
		simphisis		<i>prosesus xifoideus</i>

Sumber : (Jamil, 2016)

2) Serviks uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (tanda goodell) kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus, karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livide (tanda chadwick).

3) Ovarium

Ovulasi akan berhenti, akan tetapi masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran esterogen dan progesterone (sekitar pada kehamilan 16 minggu dan akan berkurang diameternya kurang lebih 3 cm).

4) Vagina dan Vulva

Adanya pengaruh esterogen sehingga vagina dan vulva mengalami perubahan, akibat hipervaskularisasi vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan.

b. Payudara/Mammae (Prawirohardjo, 2014a)

- 1) Payudara membesar dan tegang oleh karena hormone somatotropin, esterogen, dan progesterone.
- 2) Air Susu Ibu (ASI) belum Keluar
- 3) Terbentuk lemak disekitar *alveolus* sehingga *mammae* menjadi besar.
- 4) Putting payudara membesar lebih tegak dan hitam.
- 5) Dinding perut timbul *striae gravidarum*
- 6) Terdapat *linea alba* dan *linea nigra*

c. Sistem kardiovaskuler (sirkulasi darah)

Selama kehamilan, curah jantung meningkat 30 sampai 60%, dengan sebagian besar peningkatan terjadi selama trimester pertama. Output maksimum dicapai antara minggu ke-20 dan 24 lalu dipertahankan sampai kelahiran. Awalnya, peningkatan curah jantung disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup. Saat volume sekuncup menurun menjelang akhir trimester ketiga, peningkatan denyut jantung berfungsi untuk mempertahankan peningkatan curah jantung (Pfaller et al., 2020).

Resistensi vaskular sistemik menurun, mengakibatkan penurunan tekanan darah arteri. Tekanan darah sistolik menurun sekitar 5 sampai 10 mm Hg, dan tekanan darah diastolik menurun 10

sampai 15 mm Hg. Penurunan ini mencapai titik terendah pada 24 minggu, di mana titik itu perlahan-lahan kembali ke tingkat sebelum hamil. Penurunan tekanan darah arteri ini disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron yang ada selama kehamilan. Progesteron menyebabkan relaksasi otot polos, sehingga menurunkan resistensi vascular (Hu & Pasca, 2016).

Karena perubahan fisiologis ini, denyut nadi yang berdenyut atau kolaps, serta murmur ejeksi sistolik, terjadi pada sebagian besar wanita hamil. Bunyi jantung ketiga mungkin ada, dan denyut ektojik dan edema perifer juga sering terjadi. Perubahan posisi jantung yang terjadi seiring kemajuan kehamilan menyebabkan perubahan EKG yang dianggap sebagai temuan normal pada kehamilan. Ini termasuk: denyut ektojik atrium dan ventrikel, gelombang Q kecil dan gelombang T terbalik di sadapan III, depresi segmen ST dan inversi gelombang T di sadapan inferior dan lateral, dan pergeseran sumbu ke kiri (Wolfe et al., 2019).

d. Sistem pernafasan

Selama kehamilan, diafragma terangkat, menghasilkan penurunan 5% dalam *total lung capacity* (TLC). Namun, *tidal volume* (TV) meningkat 30 sampai 40%, sehingga menurunkan volume cadangan ekspirasi sebesar 20%. Ventilasi menit juga meningkat sebesar 30 sampai 40%, karena fakta bahwa TV menjadi meningkat sementara laju pernafasan konstan terus dipertahankan (Shagana et al., 2018).

Peningkatan ventilasi yang terjadi selama kehamilan memungkinkan peningkatan kadar alveolus (PAO₂) dan arteri (PaO₂) serta penurunan PACO₂ dan PaCO₂. PaCO₂ menurun dari tingkat sebelum hamil 40 mmHg menjadi 30 mmHg pada 20 minggu. Penurunan PaCO₂ ini menciptakan peningkatan gradien CO₂ antara janin dan ibu, sehingga meningkatkan pengiriman oksigen dan pembuangan karbon dioksida pada janin. Gradien ini dibuat oleh

peningkatan kadar progesteron, yang tampaknya bertindak untuk meningkatkan respons sistem pernapasan terhadap CO₂ atau menjadi stimulan utama. Perubahan ini diperlukan untuk mengakomodasi 15% peningkatan laju metabolisme dan 20% peningkatan konsumsi oksigen yang terjadi selama kehamilan (Kohlhepp et al., 2018).

Penurunan kadar PaCO₂, peningkatan volume tidal, dan penurunan kapasitas paru total menyebabkan dispnea kehamilan pada sekitar 60% hingga 70% pasien hamil. Perasaan ini adalah sensasi subjektif sesak napas tanpa adanya hipoksia. Hal ini paling sering terjadi selama trimester ketiga (Pascual & Langaker, 2022a). Wanita hamil akan lebih sering mengeluh sesak dan pendek napas yang dikarenakan usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran Rahim sehingga kapasitas vital paru meningkat sedikit (Fitriahadi, 2017).

e. Hematologi

Pada kehamilan, volume sel darah merah meningkat 20% hingga 30%, sedangkan volume plasma meningkat 45 hingga 55%. Peningkatan volume yang tidak proporsional ini menyebabkan anemia dengan penurunan hematokrit. Jumlah WBC meningkat menjadi 6 sampai 16 juta/mL dan dapat mencapai 20 juta/mL selama dan segera setelah persalinan. Konsentrasi trombosit sedikit menurun karena peningkatan volume plasma tetapi biasanya tetap dalam batas normal. Sebagian kecil wanita (5 hingga 10%) akan memiliki kadar trombosit antara 100 dan 150 miliar/L tanpa adanya patologi. Kadar Fibrinogen dan faktor VII – X meningkat, tetapi waktu pembekuan dan perdarahan tetap tidak berubah. Namun, peningkatan stasis vena dan kerusakan endotel pembuluh darah menghasilkan angka kejadian tromboemboli yang lebih tinggi selama kehamilan (DeCherney et al., 2018; Kohlhepp et al., 2018).

f. Sistem endokrin

Selama kehamilan, terjadi peningkatan produksi hormon oleh kelenjar adrenal. Berkurangnya resistensi vaskular dan tekanan darah merangsang sistem RAA, menghasilkan peningkatan aldosteron tiga kali lipat pada akhir trimester pertama dan peningkatan sepuluh kali lipat pada akhir trimester ketiga. Terjadi juga peningkatan produksi kortisol, *adrenocorticotropic hormone* (ACTH), *corticosteroid-binding globulin* (CGB), dan *deoxycorticosterone*, yang mengakibatkan keadaan hiperkortisol. Pada akhir trimester ketiga, kadar kortisol total tiga kali lebih tinggi daripada wanita yang tidak hamil. Pada akhir kehamilan, plasenta berkontribusi pada peningkatan keadaan kortisol karena produksi hormon pelepas kortikotropin, sehingga membantu memicu persalinan (Pascual & Langaker, 2022a).

Peningkatan kadar estrogen pada kehamilan mengakibatkan stimulasi globulin pengikat tiroid, yang kemudian meningkatkan kadar tiroksin (T4) dan tri-iodotironin (T3). Kadar T3 dan T4 bebas sedikit berubah, tetapi tetap relatif konstan, dengan sedikit penurunan pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Kadar TSH agak menurun pada trimester pertama karena efek stimulasi hCG yang lemah pada tiroid tetapi meningkat lagi pada akhir trimester pertama. Meskipun ada perubahan, kehamilan dianggap sebagai keadaan eutiroid (Kepley et al., 2022).

Peningkatan kadar estradiol pada kehamilan menghasilkan peningkatan prolaktin, dengan kadar prolaktin serum meningkat sepuluh kali lipat pada akhir kehamilan. Peningkatan produksi ini menginduksi pertumbuhan kelenjar pituitari yang disebabkan oleh proliferasi sel-sel di lobus anterior. Kadar oksitosin, yang diproduksi oleh hipofisis posterior, meningkat selama kehamilan dan mencapai puncaknya saat aterm. Peningkatan estrogen, progesteron, dan

inhibin bertindak untuk menghambat produksi hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon luteinizing (LH) (DeCherney et al., 2018).

g. Sistem perkemihan dan ginjal

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini akan hilang dengan makin menuanya usia kehamilan, pada akhir kehamilan keluhan ini akan muncul lagi (Fitriahadi, 2017).

Sistem renin-angiotensin-aldosteron diaktifkan pada awal kehamilan, akibatnya meningkatkan reabsorpsi natrium. Namun, peningkatan *glomerular filtration rate* (GFR) bertindak untuk mempertahankan kadar natrium plasma. Selain itu, peningkatan progesteron dan prostasiklin, bersama dengan modifikasi reseptor angiotensin I pada kehamilan, menyebabkan resistensi relatif terhadap angiotensin II. Keadaan ini menyeimbangkan efek vasokonstriksi angiotensin dan memungkinkan vasodilatasi arteri ginjal yang dimediasi oleh stimulasi relaksin dari endotelium untuk mensintesis oksida nitrat. Karena vasodilatasi ginjal, baik GFR dan aliran plasma ginjal meningkat. GFR meningkat 50% dimulai pada awal kehamilan, dan peningkatan ini tetap sampai persalinan. Penurunan resistensi vaskular sistemik mengakibatkan arteriol aferen dan eferen mengalami penurunan resistensi vaskular, sehingga mempertahankan tekanan hidrostatik glomerulus—hasil peningkatan aliran darah ginjal menghasilkan peningkatan ukuran ginjal. Progesteron bekerja untuk mengurangi nada ureter, peristaltik, dan tekanan kontraksi, sehingga melebarkan ureter (Soma-Pillay et al., 2016).

Peningkatan GFR bertindak untuk menurunkan nitrogen urea darah dan kreatinin sebesar 25%. Peningkatan GFR, dikombinasikan dengan peningkatan permeabilitas kapiler glomerulus terhadap albumin, menghasilkan peningkatan ekskresi fraksional protein hingga 300 mg/hari. Reabsorpsi tubular yang

kurang efektif dari glukosa dan urea menghasilkan peningkatan laju ekskresi (Shagana et al., 2018).

h. Sistem pencernaan

Peningkatan saliva, lambung panas sehingga terjadi mual dan muntah pada trimester I, pada trimester II Terjadi *konstipasi*, pengaruh esterogen dan progesterone meningkat, perut kembung karena adanya tekanan pada uterus yang semakin membesar dan biasanya terjadi *hemoroid* (Prawirohardjo, 2014b).

Peningkatan kadar estrogen, progesteron, dan human chorionic gonadotropin (hCG) bergabung sehingga menyebabkan mual dan muntah, yang biasa disebut *morning sickness* (Pascual & Langaker, 2022b). Hipoglikemia bisa menjadi penyebab tambahan mual. *Morning sickness* terjadi di lebih dari 70% kehamilan dan dapat terjadi kapan saja. Biasanya sembuh pada minggu ke 14 sampai 16 tetapi bertahan setelah minggu ke 20 pada sekitar 10-20% pasien hamil. Jika mual dan muntah cukup parah untuk menyebabkan ketosis dan penurunan berat badan lebih dari atau sama dengan 5% dari berat badan sebelum hamil yang disebut hiperemesis gravidarum. Pada pasien ini, cairan intravena dan penggantian vitamin mungkin diperlukan (DeCherney et al., 2018).

Peningkatan kadar progesteron menginduksi relaksasi otot polos, yang menyebabkan waktu pengosongan lambung yang berkepanjangan. Ketika dikombinasikan dengan penurunan tonus sfingter gastroesofagus dan refluks sering terjadi. Relaksasi otot polos yang dimediasi oleh progesteron juga menyebabkan penurunan motilitas di usus besar, yang mengakibatkan peningkatan penyerapan air dan konstipasi (Soma-Pillay et al., 2016).

i. Sistem muskuloskeletal

Pergeseran pusat gravitasi yang terjadi pada kehamilan mengakibatkan peningkatan lordosis pada punggung bawah dan fleksi pada leher. Pergeseran postur ini dapat menyebabkan

ketegangan punggung bagian bawah yang memburuk saat kehamilan berlanjut. Peningkatan mobilitas dan pelebaran sendi sakroiliaka dan simfisis pubis terjadi, serta kelemahan sendi di tulang belakang lumbar. Carpal tunnel syndrome adalah kejadian umum pada kehamilan karena kompresi saraf median (Shagana et al., 2018).

Karena pengaruh estrogen dan progesterone serta elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat dan ketidakseimbangan persendian, peregangan dan pelunakan ligament-ligamen. Bertambahnya beban dan perubahan struktur dalam kehamilan merubah dimensi tubuh dan pusat gravitasi (Fitriahadi, 2017).

j. Sistem integument (kulit)

Selama hamil, kulit ibu akan mengalami pigmentasi yang disebabkan pengaruh *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang meningkat. Didaerah leher dan areola mammae terdapat hiperpigmentasi. Line alba pada kehamilan akan menjadi lebih hitam yang disebut line grisea. Kemudian akan dijumpai pula kulit perut ibu yang seolah-olah retak retak (*striae livide*). Pada ibu multigravida *striae livida* ini akan muncul bersama *striae albikantes* (Fitriahadi, 2017).

Peningkatan kadar estrogen mengakibatkan spider angiomata dan palmar eritema. Peningkatan hormon perangsang melanosit dan hormon steroid menyebabkan hiperpigmentasi pada wajah, puting susu, perineum, garis perut, dan umbilicus (Kohlhepp et al., 2018)

k. Metabolisme

Plasenta menghasilkan *human placental lactogen* (hPL), yang bertindak untuk memasok nutrisi ke janin. Ini menginduksi lipolisis untuk meningkatkan asam lemak bebas, yang digunakan oleh ibu hamil sebagai energi. Ini juga bertindak sebagai antagonis insulin untuk menginduksi keadaan diabetogenik. Aktivitas ini mendorong

hiperplasia sel beta pankreas untuk menciptakan peningkatan kadar insulin dan sintesis protein. Pada awal kehamilan, sensitivitas insulin ibu meningkat, diikuti oleh resistensi pada trimester kedua dan ketiga (Kepley et al., 2022).

Kadar kolesterol dan trigliserida serum total meningkat selama kehamilan karena peningkatan sintesis di hati dan penurunan aktivitas lipoprotein lipase. Kolesterol LDL meningkat selama kehamilan, dengan peningkatan 50% pada saat aterm. Kolesterol HDL meningkat selama paruh pertama kehamilan dan kemudian turun pada trimester ketiga sambil tetap berada di atas tingkat tidak hamil. Peningkatan trigliserida sangat penting untuk memasok energi ibu sambil menghemat glukosa untuk janin. Peningkatan kadar LDL sangat penting untuk steroidogenesis plasenta (Kohlhepp et al., 2018).

Ada peningkatan kebutuhan kalori dan nutrisi selama kehamilan, termasuk peningkatan kebutuhan protein, zat besi, kalsium, folat, dan vitamin dan mineral lainnya. Kebutuhan protein dalam kehamilan meningkat dari 60 g/hari menjadi 70-75 g/hari, karena asam amino diangkut ke janin yang sedang berkembang. Kebutuhan kalsium meningkat menjadi 1,5 g/hari, karena kebutuhan janin sebesar 30 g kalsium. Kadar kalsium serum ibu dipertahankan selama kehamilan, dengan kebutuhan janin dipenuhi dengan peningkatan penyerapan usus mulai minggu ke-12 (Soma-Pillay et al., 2016).

Menurut Prawihardjo (2014b), perubahan metabolisme mencakup peningkatan absorpsi kalsium, peningkatan kebutuhan Fe, karena absorpsi usus meningkat, penimbunan protein, kadar lemak dalam darah meningkat dan penambahan berat badan biasanya 5 kg.

4. Perubahan psikologis dan kebutuhan psikologis

a. Perubahan psikologi selama kehamilan

1) Trimester I (1-3 bulan)

Adanya perubahan hormon, setelah konsepsi yaitu hormon progesteron dan estrogen yang meningkat sehingga menyebabkan mual dan muntah di pagi hari, lelah, lemah dan pembesaran payudara. Karena perubahan tersebut, ibu akan merasa tidak sehat dan tidak nyaman sehingga membuat ibu tidak menyukai kehamilannya, merasa kecewa, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Semakin besar usia kehamilan maka perubahan bentuk tubuh akan semakin nampak seperti pembesaran perut, pelebaran panggul dan sebagainya membuat ibu semakin resah dan tidak nyaman (Mochtar, 2015).

Perubahan psikis yang biasa terjadi pada masa kehamilan trimester I menurut Fijri (2021) adalah:

a) Perubahan emosi dan suasana hati

Ibu hamil lebih gampang tersinggung, marah-marah atau menangis karena adanya perubahan hormonal dalam tubuhnya. Dibeberapa kasus tertentu seorang wanita hamil melakukan penolakan terhadap kehamilannya, ibu merasa tidak siap dan tidak menginginkan kehamilannya.

b) Lebih sensitif

Ibu hamil menjadi lebih sensitif terhadap aroma-aroma tertentu. Hidung wanita hamil sangat peka yang pada akhirnya bisa membuatnya mual, muntah dan pusing.

c) Muncul kekhawatiran

Kekhawatiran dan kecemasan terhadap kehamilannya seringkali muncul, terutama pada ibu primigravida. Kecemasan dapat disebabkan karena kurangnya pengalaman dan pengetahuan ibu tentang kehamilan atau adanya informasi yang tidak benar mengenai kehamilan.

dapat menjadi beban pikiran yang mempengaruhi psikologis ibu. Pada ibu multigravida, pengalaman atau riwayat obstetri yang buruk dapat pula menjadi salah satu penyebab munculnya kekhawatiran ibu.

d) Peningkatan atau penurunan libido

Hasrat untuk melakukan hubungan seks, pada wanita pada trimester pertama berbeda-beda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah seks tinggi kebanyakan mereka mengalami penurunan libido selama periode ini. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai tanpa hubungan seks. Libido dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan dan kekhawatiran.

2) Trimester II (4-6 bulan)

Perubahan psikis yang biasa dialami oleh ibu hamil trimester II menurut Fijri (2021) adalah :

a) Sudah merasa sehat

Ibu merasa sudah lebih sehat karena mampu beradaptasi terhadap perubahan-perubahan fisiknya. Kondisi ini mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan selama trimester I, sehingga ibu mulai merasa nyaman dan bahagia terhadap kehamilannya.

b) Bisa menerima kehamilannya

Seiring dengan banyaknya dukungan moral dan spiritual yang didapat selama trimester I dan kemampuan tubuh beradaptasi terhadap kehamilan maka ibu mampu menerima kehamilannya dan menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif.

c) Tertarik dan bersemangat terhadap kehamilannya

Kebahagiaan dan kesenangan serta penerimaan terhadap kehamilan akan membuat ibu bersemangat mencari

informasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran yang baru.

d) Senang bersosialisasi

Saat ini juga ibu senang melakukan sosialisasi dengan sesama ibu hamil atau ibu lain yang memiliki pengalaman yang sama tentang kehamilan. Kegiatan-kegiatan ini memberikan dampak positif terhadap psikologis ibu.

e) Libido meningkat

Kebanyakan wanita merasa lebih erotis selama trimester kedua, hampir 80% wanita mengalami peningkatan dalam hubungan seks mereka bila dibandingkan pada trimester pertama dan selama kehamilan.

3) Trimester III (7-9 bulan)

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Masa ini merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita berfokus pada bayi yang akan dilahirkan.

Adapun perubahan psikis yang biasa dialami oleh ibu hamil trimester III menurut Fijri (2021) adalah:

a) Muncul kekhawatiran dan kecemasan

Kekhawatiran muncul apabila terjadi hal-hal yang dapat membahayakan bayinya sehingga proses kelahiran menjadi tidak normal dan disertai penyulit (komplikasi) (Kartikasari et al., 2021). Ibu kadang mengalami kecemasan yang tidak normal atau merasa takut terhadap rasa sakit yang nanti akan

dirasakan saat persalinan dan efek yang akan ditimbulkan oleh proses persalinan tersebut.

b) Merasa tidak nyaman

Ibu merasa tidak nyaman dengan perubahan bentuk fisiknya. Berat badan yang bertambah, kulit yang mengalami perubahan. Hal ini setidaknya akan membuat perasaan ibu menjadi emosional.

c) Muncul perasaan sedih

Perasaan sedih yang muncul karena merasa akan terpisah dengan bayi yang telah dikandungnya selama sekian lama.

d) Merasa kehilangan perhatian dan mudah tersinggung

Pusat perhatian adalah tentang kehadiran bayi. Sebagian ibu merasa perhatian orang terutama suami pada dirinya menjadi berkurang. Hal ini akan menyebabkan ibu menjadi mudah tersinggung terhadap orang sekitarnya.

e) Libido menurun

Penurunan libido terjadi karena ketidaknyamanan fisik yang dialaminya. Hal ini juga karena kekhawatiran terhadap keselamatan bayi didalam kandungannya.

b. Kebutuhan psikologi ibu hamil

Adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada psikis ibu hamil menandakan bahwa ibu hamil memiliki kebutuhan-kebutuhan tertentu yang akan mendukung dan menyokong proses adaptasi psikologisnya. Terpenuhi atau tidaknya kebutuhan-kebutuhan ini akan memberikan dampak yang besar terhadap penerimaan dan kesiapan ibu terhadap kehamilan dan proses reproduktif yang akan dijalannya. Adapun kebutuhan psikologis yang dibutuhkan ibu dalam masa kehamilan menurut Fijri (2021) adalah:

1) Dukungan keluarga

Keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang kepada ibu hamil sehingga memberikan perasaan nyaman dan

aman ketika ibu merasa takut dan khawatir dengan kehamilannya. Jika ibu hamil tinggal bersama orang tua atau keluarga lain dalam satu rumah, keluarga hendaknya memberikan bantuan untuk meringankan beban pekerjaan ibu hamil. Kelelahan akibat kehamilan akan semakin bertambah jika ibu tidak mengurangi dan mengelola aktivitas fisik hariannya. Akibatnya risiko mengalami tekanan psikis akan bertambah, ibu menjadi stress dan bahkan dapat mengalami depresi. Ini akan sangat berdampak buruk terhadap kondisi kehamilan dan tumbuh kembang bayi dalam kandungan.

Keluarga harus menjadi bagian dalam mempersiapkan ibu dan suaminya menjadi orang tua, terutama bagi pasangan primigravida, menerima dan mendukung kondisi kehamilannya apapun yang sedang dialami. Hal ini akan berdampak buruk, sebaliknya keluarga hendaknya menunjukkan perhatian salah satunya dengan mendoakan keselamatan ibu dan bayinya.

2) Dukungan suami

Selama kehamilan dukungan terbesar yang hendaknya didapatkan ibu hamil adalah dukungan dari suaminya. Hal ini akan berdampak pada kesiapan ibu dalam menghadapi kehamilan dan persalinan hingga proses laktasi nanti. Hubungan baik suami dan isteri harus terus dibina melalui komunikasi yang baik, menyenangkan dan menenangkan. Suami dapat menunjukkan perasaan bahagianya karena akan mendapatkan keturunan yang dia dambakan tanpa adanya penolakan terhadap jenis kelamin tertentu dengan cara memperhatikan dan memenuhi segala kebutuhan istrinya, menghibur jika ada masalah dan mengurangi beban pekerjaan istrinya.

Saat menjelang persalinan, suami hendaknya menjadi suami yang siaga yang selalu siap dan sigap terhadap kemungkinan persalinan yang dapat terjadi sewaktu-waktu.

3) Dukungan lingkungan

Lingkungan dalam hal ini adalah orang-orang disekitar rumah seperti tetangga, kelompok kegiatan yang biasa dilakukan seperti teman arisan dan sebagainya. Lingkungan ini sebaiknya memberikan dukungan dengan tidak memberikan hal yang dapat membuat ibu hamil merasa cemas dan khawatir seperti ujaran-ujaran yang negatif dan memojokkan ibu. Orang-orang yang beradadilingkungan ibu hamil haruslah dapat menjaga sikap dan ucapan. Mau menjadi teman ngobrol dan memberikan nasehat yang baik terutama jika memiliki pengalaman terhadap kehamilan dan persalinan.

4) Dukungan dari tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan ini bisa siapa saja tenaga terampil yang memberikan pelayanan kesehatan pada ibu hamil seperti dokter, perawat, psikolog, bidan dan tenaga medis lain yang berkaitan dengan kondisi ibu. Support tenaga kesehatan ini sangatlah penting terutama berkomunikasi memberikan pendidikan kesehatan dan informasi yang benar tentang kehamilannya.

Tenaga medis ini harus mampu mengenali keadaan yang terjadi disekitar ibu hamil. Oleh karena itu, menumbuhkan hubungan yang baik saling percaya adalah hal yang penting dilakukan pertama kali. Ibu hamil kadang juga mencurahkan keluhannya pada tenaga medis tempat dia memeriksakan kehamilannya. Hal ini karena rasa saling percaya sudah terjalin dengan baik.

Secara khusus bidan dapat melakukan perannya pada ibu hamil melalui kelas ibu hamil, menerima konsultasi kliennya, memberikan support dan menumbuhkan rasa yakin bahwa dia dapat menghadapi segala perubahan yang terjadi pada dirinya, membagi pengalamannya dan berkomunikasi dengan baik pada ibu hamil bahkan kepada suami dan keluarga ibu hamil tersebut.

5) Rasa aman dan nyaman

Rasa aman dan nyaman adalah hal utama yang dibutuhkan ibu secara psikologis. Rasa aman dan nyaman ini akan tumbuh dengan sendirinya secara alamiah, tanpa dipaksa-paksa jika kondisi dan keadaan yang dialami ibu yang mengenal ibu hamil dapat memberikan rasa nyaman dan aman ini.

B. Kelas Ibu Hamil

1. Pengertian

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20 minggu s/d 32 minggu dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, Flip chart (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil dan Buku senam Ibu Hamil (Kemenkes RI, 2014).

2. Tujuan Kelas Ibu Hamil

a. Tujuan Umum

Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran.

b. Tujuan Khusus

- 1) Terjadinya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta (ibu hamil dengan ibu hamil) dan antar ibu hamil dengan petugas

kesehatan/bidan tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, Perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran.

- 2) Meningkatkan pemahaman, sikap dan perilaku ibu hamil tentang
 - a) Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan (apakah kehamilan itu?, perubahan tubuh selama kehamilan, keluhan umum saat hamil dan cara mengatasinya, apa saja yang perlu dilakukan ibu hamil dan pengaturan gizi termasuk pemberian tablet tambah darah untuk penanggulangan anemia).
 - b) Perawatan kehamilan (kesiapan psikologis menghadapi kehamilan, hubungan suami isteri selama kehamilan, obat yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi oleh ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, dan P4K (perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi).
 - c) Persalinan (tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan proses persalinan).
 - d) Perawatan Nifas (apa saja yang dilakukan ibu nifas agar dapat menyusui eksklusif?, bagaimana menjaga kesehatan ibu nifas, tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas).
 - e) KB pasca persalinan.
 - f) Perawatan bayi baru lahir (perawatan bayi baru lahir, pemberian k1 injeksi, tanda bahaya bayi baru lahir, pengamatan perkembangan bayi/anak dan pemberian imunisasi pada bayi baru lahir).
 - g) Mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak.
 - h) Penyakit menular (IMS, informasi dasar HIV-AIDS dan pencegahan dan penanganan malaria pada ibu hamil).

i) Akte kelahiran

3. Sasaran Kelas Ibu Hamil

a. Peserta kelas ibu hamil

Peserta kelas ibu hamil sebaiknya ibu hamil pada umur kehamilan 20 s/d 32 minggu, karena pada umur kehamilan ini kondisi ibu sudah kuat, tidak takut terjadi keguguran, efektif untuk melakukan senam hamil.

b. Suami/keluarga

Suami/keluarga yang ikut serta minimal 1 kali pertemuan sehingga dapat mengikuti berbagai materi yang penting.

4. Tahapan kelas ibu hamil

Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau tenaga kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator kelas ibu hamil melalui *on the job training*. Beberapa tahap yang dilakukan untuk melaksanakan kelas ibu hamil adalah (Kemenkes RI, 2014):

a. Pelatihan bagi pelatih

b. Sosialisasi kelas ibu hamil pada tokoh agama dan tokoh masyarakat

c. Persiapan pelaksanaan kelas ibu hamil

d. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

5. Kegiatan pelaksanaan kelas ibu hamil

Menurut Buku Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, pertemuan kelas ibu hamil dilakukan minimal 4 kali pertemuan selama hamil atau sesuai dengan hasil kesepakatan fasilitator dengan peserta. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesiapan ibu hamil, berdurasi 120 menit setiap pertemuan termasuk senam hamil 15 -20 menit. Senam hamil adalah materi ekstra di kelas ibu hamil yang bisa dilaksanakan bisa juga tidak, dapat dilakukan di akhir pertemuan dan kemudian dapat dipraktikkan di rumah. Materi pada tiap pertemuan disesuaikan dengan kebutuhan peserta, namun tetap mengutamakan materi pokok tiap pertemuan, yaitu (Kemenkes RI, 2014):

Tabel 2.2

Materi dalam pelaksanaan kelas ibu hamil

Pertemuan	Materi utama	Uraian
I	Pemeriksaan Kehamilan Agar Ibu dan Janin Sehat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa itu kehamilan. 2. Tanda hamil. 3. Keluhan umum saat hamil dan cara mengatasinya. 4. Perubahan tubuh ibu selama kehamilan. 5. Perubahan mental pada ibu hamil. 6. Pemeriksaan kehamilan. 7. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil. 8. Menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat. 9. Hal-hal yang perlu dihindari ibu selama hamil. 10. 10. Mitos yang berkembang dimasyarakat.
II	Persalinan Aman, Nifas Nyaman, Ibu Selamat dan Bayi Sehat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan menghadapi persalinan yang aman. 2. Tanda-tanda awal persalinan. 3. Tanda-tanda persalinan. 4. Proses persalinan. 5. Inisiasi Menyusu Dini (IMD). 6. KB pasca persalinan 7. Pelayanan nifas. 8. Menjaga ibu bersalin dan nifas, serta bayi sehat. 9. Hal-hal yang harus dihindari ibu bersalin dan nifas. 10. Mitos
III	Pencegahan Penyakit, Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas agar Ibu dan Bayi Sehat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia pada ibu hamil. 2. Kurang Energi Kronik (KEK). 3. Tanda bahaya kehamilan 4. Tanda bahaya persalinan. 5. Tanda bahaya dan penyakit ibu nifas. 6. Gangguan kejiwaan setelah melahirkan. 7. Penyakit malaria. 8. Cara penularan malaria. 9. Infeksi menular seksual. 10. Informasi dasar HIV/AIDS. 11. Pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak.
IV	Perawatan BBL agar Tumbuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda bayi lahir sehat. 2. Perawatan bayi baru lahir. 3. Pelayanan kesehatan neonatus.

Pertemuan	Materi utama	Uraian
	Kembang Optimal	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tanda bahaya pada BBL. 5. Cacat bawaan. 6. Perawatan metode kangguru (PMK). 7. Pengertian ASI Eksklusif dan sukses menyusui. 8. Pemberian imunisasi pada bayi. 9. Hal-hal yang harus dihindari. 10. Mitos 11. Akta kelahiran.
V	Aktivitas Fisik pada Ibu Hamil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas fisik. 2. Manfaat aktivitas fisik sehari-hari dan latihan fisik ringan. 3. Kondisi yang tidak memungkinkan ibu hamil melakukan aktivitas fisik. 4. Prinsip-prinsip aktivitas fisik. 5. Prinsip-prinsip latihan fisik ringan. 6. Program latihan fisik. 7. Gerakan latihan fisik dan olahraga yang dihindari. 8. Contoh gerakan pemanasan, peregangan dan pendinginan. 9. Contoh senam hamil. 10. Pemantauan.

Sumber: (Kemenkes RI, 2014)

6. Monitoring dan evaluasi kelas ibu hamil

Monitoring kelas ibu hamil dilakukan guna melihat perkembangan dan pencapaian, serta masalah dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, hasil monitoring dapat dijadikan bahan acuan untuk perbaikan dan pengembangan kelas ibu hamil selanjutnya. Evaluasi dilakukan untuk melihat keluaran dan dampak baik positif maupun negative pelaksanaan kelas ibu hamil berdasarkan indikator. Monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala dan berkesinambungan untuk menilai dan memantau pelaksanaan kelas ibu hamil. Seluruh pelaksanaan kegiatan dalam kelas ibu hamil dibuatkan pencatatan dan pelaporan serta dokumentasi. Terdapat dua cara dalam evaluasi pelaksanaan kelas ibu hamil (Kemenkes RI, 2014):

- a. Sebelum penyajian materi pada setiap pertemuan, dilakukan peninjauan pengetahuan awal peserta melalui curah pendapat

dengan cara memberikan pertanyaan kepada peserta terkait topik yang akan diberikan dan peserta diminta untuk menjawab secara bergantian.

- b. Evaluasi akhir dilakukan setelah penyampaian materi pertemuan di setiap pertemuan dilakukan dengan memberi pertanyaan berupa kuesioner dalam bentuk pilihan ganda untuk melihat peningkatan pengetahuan peserta

C. Kecemasan dalam Menghadapi Persalinan

1. Pengertian

Kecemasan adalah nama lain yang digunakan untuk menggambarkan perasaan tidak nyaman khawatir dan takut. Kecemasan menggabungkan emosi dan sensasi fisik yang biasa dialami ketika khawatir atau gugup tentang sesuatu (Marsh, 2015).

Kecemasan merupakan penilaian dan respon emosional terhadap sesuatu yang berbahaya. Kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Kecemasan merupakan suatu perasaan yang berlebihan terhadap kondisi ketakutan, kegelisahan, bencana yang akan datang, kekhawatiran atau ketakutan terhadap ancaman nyata atau yang dirasakan (Saputro & Fazrin, 2017).

2. Berbagai gangguan kecemasan pada kehamilan dan pascapersalinan

a. *Generalized Anxiety Disorder (GAD)*/ Gangguan Kecemasan Umum

Terdapat data tentang epidemiologi GAD selama kehamilan dan setelah melahirkan. Wenzel et al (2005) menemukan bahwa 4,4% ibu hamil dalam penelitiannya memenuhi kriteria diagnostik untuk GAD dan bahwa lebih dari 30% melaporkan gejala subsyndromal (S.M. et al., 2005). Enam puluh lima persen pasien dengan GAD saat ini melaporkan gangguan komorbiditas (paling sering depresi, gangguan panik, dan agorafobia). GAD menimbulkan kekhawatiran yang persisten dan berlebihan selama lebih dari 6 bulan yang lebih sering

terjadi pada wanita setelah melahirkan (SA Maternal & Neonatal Clinical Network, 2020).

b. Panic disorder/gangguan panik

Gangguan panik adalah gangguan kecemasan yang ditandai dengan serangan panik parah yang berulang, setidaknya selama satu bulan. Serangan panik mungkin terjadi satu kali, tetapi banyak orang mengalami episode berulang. Karena perubahan fisiologis kehamilan, seorang wanita mungkin berada pada peningkatan risiko timbulnya atau kambuhnya gangguan panik (Anniverno et al., 2013). Gejala fisiologis seperti ketakutan dan gejala rangsangan otonom seperti sesak napas, jantung berdebar-debar dan pusing dapat disalahartikan sebagai efek dari kehamilan (Tyano et al., 2010).

Gejala utama gangguan panik adalah: sesak napas atau hiperventilasi; palpitasi, jantung berdebar, atau detak jantung yang cepat; gemetar; nyeri dada atau ketidaknyamanan; berkeringat; merasa tidak nyata atau terlepas dari lingkungan Anda; perasaan tersedak; mual atau gangguan perut; merasa pusing atau pingsan; sensasi mati rasa atau kesemutan; suhu tubuh panas dingin; takut mati, kehilangan kendali, atau menjadi gila; parestesia (mati rasa atau kesemutan) (Brockington, 2011).

c. Phobias/phobia

"Ketakutan" adalah respons normal terhadap bahaya yang sebenarnya. Fobia adalah ketakutan irasional terhadap suatu objek atau situasi yang mengarah pada penghindaran (Care, 2015). Ini adalah respons ketakutan yang tidak normal terhadap bahaya yang dibayangkan atau dilebih-lebihkan secara tidak rasional. Orang dapat mengembangkan reaksi fobia terhadap hewan (misalnya, laba-laba), aktivitas (misalnya, terbang), atau situasi sosial (misalnya, makan di depan umum atau hanya berada di lingkungan publik).

Gejala fobia antara lain perasaan panik, takut, ngeri, atau teror; ketakutan yang terus-menerus dan berlebihan terhadap objek atau

situasi; pengakuan bahwa ketakutan melampaui batas normal dan ancaman bahaya yang sebenarnya; reaksi yang otomatis dan tidak terkendali, praktis mengambil alih pikiran orang tersebut; detak jantung cepat, sesak napas; gemeteran; keinginan yang luar biasa untuk melarikan diri dari situasi, semua reaksi fisik yang terkait dengan rasa takut yang ekstrem; tindakan ekstrim yang diambil untuk menghindari objek atau situasi yang ditakuti (Murthy et al., 2021).

d. *Obsessive compulsive disorder* (OCD)/ Gangguan Obsesif-Kompulsif

Gangguan obsesif-kompulsif adalah gangguan kejiwaan yang relatif umum dengan tingkat prevalensi seumur hidup dari 0,8% sampai 3,2% di masyarakat. Ini adalah masalah kesehatan yang penting, karena menyebabkan penurunan kualitas hidup dan status fungsional dan kecacatan di bidang pekerjaan dan sosial. Studi epidemiologis menunjukkan bahwa OCD lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan dengan pria. Usia rata-rata timbulnya gangguan ini termasuk tahun subur pada wanita. Wanita postpartum dengan OCD sering mengalami obsesi untuk menyakiti bayinya, mereka mungkin menghindari bayinya karena ketakutan untuk bertindak berdasarkan pemikiran seperti itu. Untuk alasan ini, sering mengganggu kemampuan ibu untuk merawat bayinya. Situasi ini dapat menimbulkan gejala depresi (Timpano et al., 2011; Uguz & Ayhan, 2011).

3. Mekanisme kecemasan pada ibu hamil

Aktivitas fisik selama kehamilan yang diperoleh dari kelas antenatal dikaitkan dengan pengurangan kemungkinan dan keparahan depresi dan kecemasan prenatal, serta pengurangan stres dan peningkatan kualitas hidup. Tingkat aktivitas fisik yang tinggi selama kehamilan dapat menurunkan kemungkinan berkembangnya depresi prenatal (32%) dan kecemasan (33%) dan sebaliknya, aktivitas fisik tingkat tinggi sebelum kehamilan tidak mengubah kemungkinan depresi atau keparahan gejala depresi, atau gejala kecemasan atau kecemasan selama atau setelah kehamilan (Cai et al., 2022).

4. Faktor Presipitasi dan Presdisposisi Kecemasan

a. Faktor Presipitasi

Penyebab gangguan kecemasan belum diketahui, Meskipun penelitian telah memberikan beberapa petunjuk. Area dari otak yang mengendalikan respons rasa takut mungkin memiliki peran dalam beberapa gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan dapat disebabkan faktor keturunan karena adanya kombinasi dan lingkungan stres dapat juga menjadi penyebab terjadinya kecemasan (American Psychiatric Association, 2005).

b. Faktor Presdisposisi

Menurut Stuard (2013) faktor yang mempengaruhi terjadi kecemasan terdiri dari beberapa teori yaitu:

1) Pandangan Psikoanalitis

Ansietas atau kecemasan merupakan konflik yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id merupakan perwakilan dari insting dan impuls primitif sedangkan superego merupakan gambaran dari hati nurani yang dikendalikan oleh norma budaya. Ego merupakan penengah antara id dan superego jika keduanya mengalami pertentangan dan fungsi dari kecemasan adalah sebagai pengingat ego jika adanya ancaman.

Menurut Kurniati dkk., (2017) kecemasan adalah respons yang tidak terfokus, memburu, yang meningkatkan keaspadaan individu terhadap sebuah ancaman, nyata atau dalam imajinasinya. Kecemasan yaitu suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak ketahui oleh individu). Perasaan yang takut tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kejadian dalam hidup yang menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak

terhadap kesehatan fisik dan psikologis. Yang berdampak pada psikologis dan menimbulkan kecemasan (Yusuf, Fitryasari & Nihayanti 2015).

2) Pandangan Interpersonal

Kecemasan timbul akibat perasaan takut akan adanya penolakan interpersonal. Kecemasan berkaitan dengan trauma yang pernah dialami yang dapat menimbulkan terjadinya kerentanan pada diri individu. Individu yang memiliki harga diri rendah sangat mudah mengalami kecemasan.

3) Pandangan Perilaku

Kecemasan merupakan bentuk frustrasi yang dapat mengganggu kemampuan individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori menjelaskan bahwa individu yang mulai dari kecil sudah dihadapkan pada ketakutan yang berlebih maka individu tersebut akan cenderung mengalami kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Kecemasan dipandang sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan.

4) Kajian Biologi

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator yang berperan dalam mekanisme biologi yang berhubungan dengan kecemasan.

5. Persepsi Rasa Kecemasan

Terdapat beberapa aspek yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada ibu hamil menurut Hidayat (2016) yaitu:

a. Rasa takut

Rasa takut itu sendiri akan meninggikan respon individual terhadap rasa sakit. Rasa takut terhadap hal yang tidak diketahui, rasa takut ditinggal sendiri pada saat proses persalinan (tanpa pendamping) dan rasa takut atas kegagalan persalinan dapat meningkatkan kecemasan. Pengalaman buruk persalinan yang lalu juga akan menambah tingkat kecemasan.

b. Kepribadian

Kepribadian ibu berperan penting terhadap rasa sakit, ibu yang secara alamiah tegang dan cemas akan lebih lemah dalam menghadapi stres dibanding wanita yang rileks dan percaya diri.

c. Kelelahan

Ibu yang sudah lelah selama beberapa jam persalinan, mungkin sebelumnya sudah terganggu tidurnya oleh ketidaknyamanan dari akhir masa kehamilannya akan kurang mampu mentolerir rasa sakit.

d. Faktor sosial dan budaya

Faktor sosial dan budaya juga berperan penting dalam reaksi rasa sakit. Beberapa budaya mengharapkan stoicisme (sabar dan membiarkannya) sedang budaya lainnya mendorong keterbukaan untuk menyatakan perasaan.

e. Pengharapan.

Pengharapan akan memberi warna pada pengalaman. Wanita yang realistis dalam pengharapannya mengenai persalinannya dan tanggapannya terhadap hal tersebut mungkin adalah persiapan yang terbaik sepanjang ia merasa percaya diri bahwa ia akan menerima pertolongan dan dukungan yang diperlukannya dan yakin bahwa ia akan menerima analgesik yang sesuai.

6. Pengukuran Tingkat Kecemasan

a. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2013) Tingkat kecemasan terdiri dari empat bagian yaitu terdiri dari:

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berkaitan dengan ketegangan yang biasa terjadi dalam kehidupan sehari – hari, kecemasan ringan dapat mengakibatkan individu menjadi waspada dan meningkatnya lapangan persepsinya. Kecemasan ringan mampu menjadi motivasi belajar dan dapat menghasilkan kreativitas.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan setiap individu untuk memfokuskan pada sesuatu yang penting sehingga mengesampingkan hal yang lainnya. Kecemasan sedang dapat menyempitkan lapangan persepsi setiap individu. Maka dari itu, individu menjadi tidak selektif dalam perhatian namun dapat masih dapat berfokus pada banyak area jika individu berkeinginan untuk melakukannya.

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapangan persepsi dari individu akibatnya individu cenderung hanya berfokus pada sesuatu yang spesifik dan rinci serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku bertujuan untuk mengurangi ketegangan. Individu memerlukan dukungan dan banyak arahan untuk dapat berfokus pada area yang lainnya.

4) Panik

Panik berhubungan dengan ketakutan dan teror. Panik dapat mengakibatkan individu menjadi kehilangan kendali walaupun dengan arahan. Panik dapat meningkatkan aktivitas motorik, hubungan dengan orang lain menjadi buruk, persepsi yang menyimpang serta kehilangan pemikiran yang rasional.

b. Alat Ukur Kecemasan

1) *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) yang disusun oleh Hamilton M pada tahun 1959. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) merupakan kuesioner yang mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan yang terdiri dari 14 item pertanyaan yang terdiri dari 14 indikator yaitu kecemasan, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, gangguan depresi, gejala somatik (otot), gejala somatik (sensori), gejala kardiovaskuler, gejala respiratori, gejala

gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom dan tingkah laku. Gejala tersebut merupakan bagian dari respon psikis kecemasan (mental agitasi dan tekanan psikologi) dan respon somatik (keluhan fisik terkait dengan kecemasan). Menurut Hawari (2006) Penilaian kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) yaitu:

- 0: Tidak ada (Tidak ada gejala sama sekali)
- 1: Ringan (Satu gejala dari pilihan yang ada)
- 2: Sedang (Separuh dari gejala yang ada)
- 3: Berat (Lebih dari separuh dari gejala yang ada)
- 4 : Sangat berat (Semua gejala yang ada)

Penilaian tingkat kecemasannya yaitu :

- 1) Skor <14 : Tidak ada kecemasan
- 2) Skor 14-20 : Kecemasan Ringan
- 3) Skor 21-27 : Kecemasan Sedang
- 4) Skor 28-41 : Kecemasan Berat
- 5) Skor 42-56 : Panik

2) *Zung Self – Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)*

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan yang dirancang oleh William W.K.Zung. terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan. Rentang penilaian antara 20 sampai 80, dengan pengelompokan antara lain: skor 20-44 kecemasan ringan, skor 45-59 kecemasan sedang, skor 60-74 kecemasan berat, skor 75-80 kecemasan panik (Zung, 1971).

3) *Depression Anxiety Stres Scale (DASS)*

Depression anxiety stress scale (DASS) adalah kuesioner penilaian depresi, kecemasan dan stress yang

dirancang oleh P.F Lovibond dan S.H Lovibond pada tahun 1995. *Depression anxiety stress scale* (DASS) terdiri dari 42 pertanyaan dengan pilihan jawaban tidak pernah, kadang-kadang, sering dan selalu. DASS Kecemasan berfokus pada fisiologis, kepanikan yang dirasakan dan ketakutan. Skala kecemasan terdapat pada pertanyaan nomor 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40 dan 41. Rentang penilaian antara lain: skor 0 – 7 normal, skor 8 – 9 ringan, skor 10- 14 sedang, skor 15 – 19 berat dan >20 sangat berat (Parkitny dan McAuley, 2010).

4) *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

STAI merupakan instrumen penelitian mengenai kecemasan pada orang dewasa. Alat ukur ini mengukur secara terpisah kecemasan sesaat (A-State) dan kecemasan dasar (A-Trait). STAI Form Y-1 untuk mengukur kecemasan sesaat (A-State). Kuesioner ini berskala ordinal yang terdiri atas 20 butir item dengan empat pilihan jawaban STAI Form Y-1 (A-State) bertujuan untuk menjangring informasi mengenai taraf kecemasan individu pada suatu peristiwa/hal tertentu. Pada pelaksanaannya partisipan diminta untuk memberikan tanggapan atas pernyataan-pernyataan dengan melingkari salah satu angka 1, 2, 3, atau 4 yaitu:

- 1 : Pernyataan sama sekali tidak dirasakan pada saat ini/sekarang.
- 2 : Pernyataan dirasakan sedikit pada saat ini/sekarang.
- 3 : Pernyataan dirasakan cukup pada saat ini/sekarang.
- 4 : Pernyataan dirasakan sangat pada saat ini/sekarang

STAI Form Y-2 untuk mengukur kecemasan dasar (A-trait) terdiri atas 20 item yang bertujuan untuk menjangring informasi mengenai taraf kecemasan yang dirasakan pada umumnya. Pada pelaksanaannya partisipan diminta untuk

memberikan tanggapan atas pernyataan-pernyataan dengan melingkari salah satu angka 1, 2, 3, atau 4 yaitu:

- 1 : Pernyataan hampir tidak pernah dirasakan pada umumnya.
- 2 : Pernyataan dirasakan kadang-kadang pada umumnya.
- 3 : Pernyataan dirasakan sering pada umumnya.
- 4 : Pernyataan dirasakan hampir selalu pada umumnya.

Cara penilaian STAI Form Y-1 dan Y-2 dengan cara langsung menjumlahkan skor dari masing-masing item penelitian mengukur kecemasan sesaat dan kecemasan dasar, namun hanya kecemasan sesaat yang dibandingkan hasil *pre-test* dan *post-test*. Hasil kecemasan dasar digunakan untuk melihat kecenderungan kepribadian pencemas dan kecenderungannya untuk merespon ancaman. Kecemasan dasar diukur sekali pada *pre-test* dengan alasan keadaan ini dianggap stabil (Sri Esthini, 2016). Tabel 2.3. Kategori Taraf Kecemasan Sesaat dan Taraf Kecemasan Dasar

Kategori	Skor
Rendah	< 40
Sedang	40-60
Tinggi	> 60

Interpretasi skor:

- 1) Taraf kecemasan rendah, skor di bawah batas bawah, $x < 40$. Pada taraf kecemasan ini individu merasakan ketenangan dan ketentraman. Tidak ada gangguan pada fungsi kognisi dan fisiologis.
- 2) Taraf kecemasan sedang, skor 40 – 60. Pada taraf kecemasan ini, respon emosi berupa perasaan tegang dan gelisah dengan intensitas sedang. Muncul perasaan tidak aman. Respons fisiologis: sering napas pendek, tekanan darah meningkat, mulut kering, mulai muncul keluhan-keluhan

fisik (seperti sakit kepala, sembelit, diare, kelelahan), sering berkemih. Respon kognitif: memusatkan perhatian pada suatu hal dan mengabaikan hal lain (awareness menurun) Respon perilaku: gerakan tersentak-sentak, mudah kaget, mengalami gangguan tidur, terlihat tegang (banyak bicara, bicara dengan cepat).

- 3) Taraf kecemasan tinggi, skor $x > 60$. Pada taraf kecemasan ini individu mengalami ketakutan dan perasaan gelisah yang hampir mendekati panik. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Respons fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat, sakit kepala, penglihatan berkelabut, mengalami kelelahan teramat sangat/lemah. Respons kognitif: sering mengalami blocking, sulit konsentrasi, kehilangan minat, pikiran terfokus pada stresor Respon perilaku: bicara sangat cepat, sulit beristirahat, sulit merasa tenang.

Item yang dipilih untuk STAI atas dasar korelasi yang sangat signifikan dengan langkah yang paling banyak digunakan dari kecemasan. STAI memiliki sifat psikometri sangat baik untuk sekolah menengah dan mahasiswa, orang dewasa yang bekerja, dan orang tua. Bukti kuat dari validitas konstruk tercermin dalam skor tinggi pasien neuropsikiatri untuk kecemasan adalah gejala utama dan untuk pasien medis dengan komplikasi kejiwaan (Sri Esthini, 2016).

D. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan dan kelahiran adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan

dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Nurhayanti, 2019).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (Janin dan plasenta), yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan ibu (kekuatan sendiri) (Fitriana, 2018).

2. Jenis-jenis persalinan

Jenis persalinan menurut Fitriana (2018) dapat dikelompokkan ke dalam 3 cara yaitu:

a. Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong bayinya keluar.

b. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin.

c. Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu. Persalinan terbagi menjadi 2, yaitu persalinan tindakan pervaginam dan persalinan tindakan perabdomen.

3. Tanda-tanda persalinan

Menurut Walyani (2016) tanda-tanda persalinan meliputi:

a. Adanya kontraksi Rahim

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan

mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi.

b. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir sekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher Rahim, sumbatan yang tebal pada mulut Rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut Rahim yang menandakan bahwa mulut Rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody slim.

c. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi.

d. Pembukaan serviks

Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor inilah yang akan menjadi penentu dan pendukung jalannya persalinan dan sebagai acuan melakukan tindakan tertentu pada saat terjadinya proses persalinan. Menurut Damayanti (2016) Faktor-faktor tersebut diantaranya:

a. *Passage* (Faktor Janin)

Passage adalah faktor jalan lahir atau biasa disebut dengan panggul ibu. Faktor *passage* atau biasa disebut jalan lahir, secara umum dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu jalan lahir lunak dan jalan lahir keras.

b. *Passanger* (janin)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak dan posisi janin.

c. *Power* (his dan mengejan)

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament dengan Kerjasama yang baik dan sempurna.

d. Psikis ibu

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Psikis Ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

e. Penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

5. Tahapan persalinan

Proses persalinan menurut Walyani (2016) di bagi 4 kala yaitu:

a. Kala 1: kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm) dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

1) Fase laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

2) Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang

terbagi lagi menjadi berikut ini.

- a) Fase *akselerasi* (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam
- b) Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- c) Fase *diselerasi* (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

b. Kala II

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas:

- 1) *His* terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali Kepala janin telah masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan.
- 2) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- 3) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama pada kala II ini pada primipara dan multipara berbeda yaitu:

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam -2 jam
- b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

4) Pimpinan persalinan

Cara ibu mengedan pada kala II yaitu dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, gigi ketemu gigi.

c. Kala III atau kala uri

Adalah waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri sehingga pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Tanda kala III terdiri dari 2 fase:

- 1) Fase pelepasan uri
- 2) Fase pengeluaran uri

d. Kala IV (tahap pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya pendarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta dan setelah beberapa hari akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lochea yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim.

6. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan

Menurut Nurhayati (2019) asuhan kebidanan pada masa persalinan meliputi:

a. Asuhan kebidanan kala I persalinan

1) Penggunaan Patograf

Patograf adalah alat untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

2) Memberi dukungan persalinan

Dukungan persalinan adalah asuhan yang sifatnya mendukung yaitu asuhan yang bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan, dimana ibu bebas memilih pendamping persalinan sesuai keinginannya misalnya suami, keluarga atau teman yang mengerti dirinya.

3) Pengurangan rasa sakit

Nyeri adalah rasa sakit enak akibat perangsangan ujung-ujung saraf khusus.

Beberapa teknik pengurangan rasa nyeri saat persalinan yaitu:

a) Terapi farmakologis

Secara umum, farmakologi mempelajari sifat-sifat obat, efek obat, mekanisme terjadinya efek dan nasib obat dalam tubuh.

b) Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologi adalah bentuk pengobatan tanpa obat-obatan yaitu dengan cara pendekatan, edukasi dan pemahaman mengenai suatu penyakit.

4) Persiapan persalinan

Persiapan persalinan biasa dikenal dengan akronim "BAKSOKU".

B : Bidan

A : Alat

K : Kendaraan

S : Surat Persetujuan

O : Obat

K : Keluarga

U : Uang

E. AHBS Papua

Klinik AHBS berdiri sejak tahun 2019 berlokasi di Kabupaten Jayapura. Mempekerjakan 15 anggota staf penuh waktu, menyediakan lebih 1080 layanan periksa hamil, konsultasi setiap tahun dan telah membantu lebih dari 300 bayi baru lahir ke dunia setiap tahun.

Jenis pelayanan di klinik AHBS yaitu pelayanan antenatal, prenatal dan postnatal. Program yang terkait dengan ANC di klinik AHBS meliputi pemeriksaan ANC, persalinan gentle birth, KB, pijat bayi kunpunter, akupresur dan kelas ibu hamil.

Demi meningkatkan kualitas pelayanan, klinik AHBS Papua telah mengintegrasikan pendekatan alami seperti akupresur, pijat lembut dan konsumsi makanan minuman alami. Di klinik ini, ditawarkan rangkaian lengkap pengobatan allopathic dan holistic, serta perawatan sebelum dan persalinan, dukungan menyusui, layanan Kesehatan bayi, anak dan keluarga, Pendidikan gizi, senam hamil, dan layanan persalinan alami yang lembut serta penuh kasih.

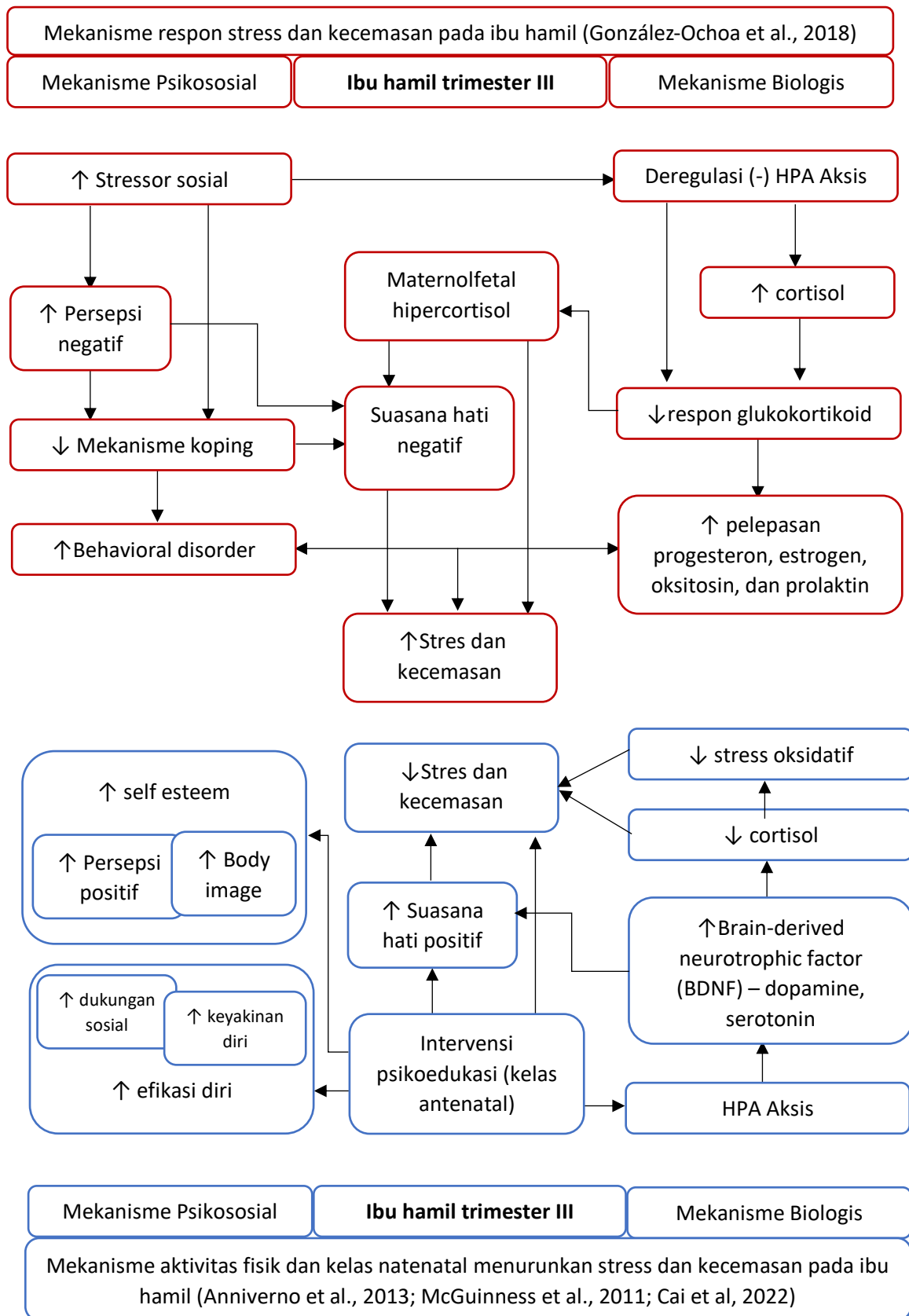
AHBS Papua menyediakan pelayanan 24 jam setiap hari dan dikelola oleh 8 tenaga bidan tetap dan 1 bidanrelawan dibawah pengawasan dokter penanggung jawab. Prinsip kerja dari para pekerja diklinik ini adalah kepercayaan bahwa akses kepada layanan Kesehatan yang berkualitas dan persalinan anak yang sesuai dengan budaya serta penuh kasih adalah ha asasi manusia. Hal ini menjadi slogan dari klinik ini yaitu "Melayani tanpa batas dan Kasih tiada akhir".

Tabel 2.4 Data Jumlah Pasien Klinik AHBS Papua

Jumlah Pemeriksaan Kehamilan		
No	Tahun	Pasien
1	Desember 2019 - Desember 2020	542
2	Januari - Desember 2021	459
3	Januari – April 2022	97

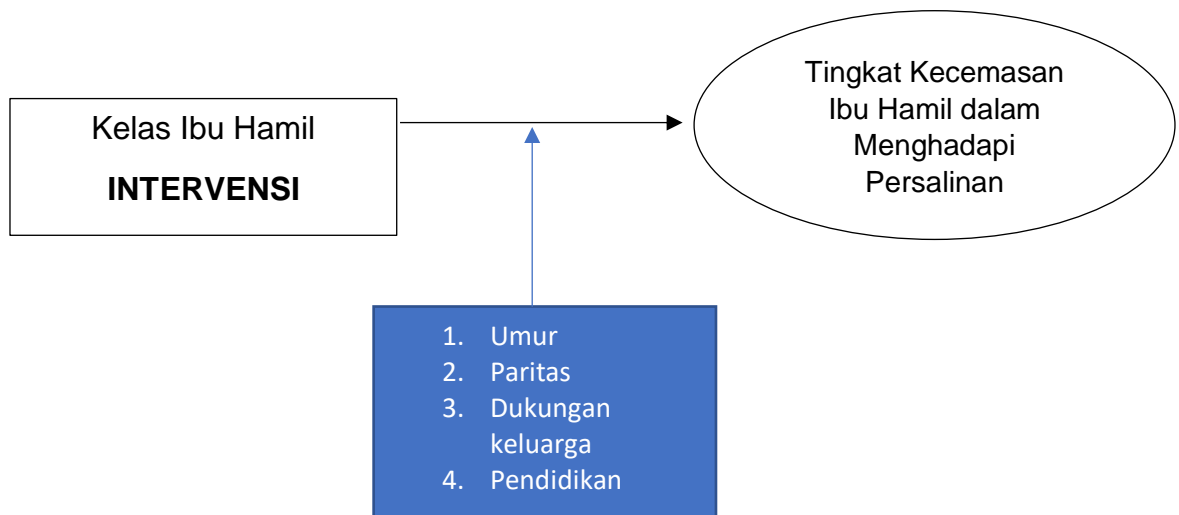
Jumlah Persalinan		
1	Desember 2019 - Desember 2020	153
2	Januari - Desember 2021	145
3	Januari-April 2022	46

E. Kerangka Teori

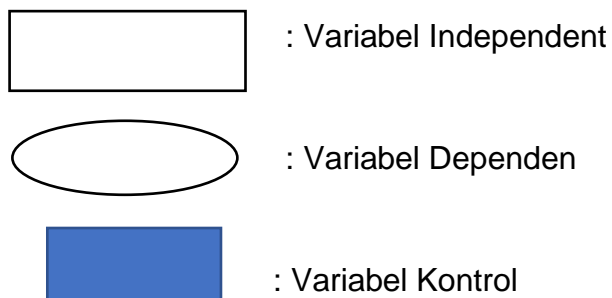


Gambar 2.3 Kerangka teori

F. Kerangka Konsep



Keterangan :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

G. Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh kelas ibu hamil terhadap tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan di Klinik AHBS Kabupaten Jayapura Tahun 2022
2. Ada perbedaan tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan sebelum dan sesudah diberikan kelas ibu hamil di Klinik AHBS Kabupaten Jayapura