

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pengalaman melahirkan merupakan peristiwa penting dalam kehidupan seorang perempuan dan merupakan faktor determinan yang kuat dari pelayanan kesehatan ibu (Bohren et al., 2016)). Proses melahirkan bayi dapat menjadi hal yang menyenangkan, menegangkan dan menyakitkan (Modarres Nejad, 2005). Terkadang, untuk menghilangkan stres ini, ibu hamil lebih memilih untuk memilih operasi caesar daripada melahirkan secara alami (McGrath & Kennell, 2008). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Ostovar et al, alasan utama yang membuat perempuan lebih memilih operasi caesar daripada melahirkan secara alami yakni stres, kecemasan, dan rasa sakit yang disebabkan oleh persalinan alami (Ostovar et al., 2013). Oleh karena itu, sangat penting untuk memperhatikan stres dan kecemasan pada ibu hamil dan mencoba untuk menguranginya (Salehi et al., 2016).

Persalinan dapat menimbulkan kecemasan bagi perempuan yang baru pertama kali melahirkan karena pengetahuan mereka yang belum memadai sebelum, selama, dan setelah persalinan dan ketakutan proses persalinan yang terkait dengan rasa sakit atau kesehatan bayi, kesulitan dalam mengakses sumber daya dan kurangnya kepercayaan diri terkait dengan kelahiran atau perawatan bayi. Wanita primigravida telah terbukti mengekspresikan lebih banyak ketakutan tentang persalinan dibandingkan dengan multipara. Hal ini tidak mengherankan, mengingat antisipasi dan ketidakpastian terkait dengan kelahiran untuk pertama kalinya (Fakhraei & Terrion, 2017)

Beberapa metode yang berbeda telah dikembangkan untuk mengurangi ketegangan selama persalinan meliputi metode relaksasi Lamaze, hidroterapi, dukungan emosional, dan pendampingan kerabat atau bahkan suami di ruang persalinan (Hodnett et al., 2013). Dukungan emosional di ruang bersalin dapat diberikan oleh bidan, perawat atau dokter, atau dapat diberikan oleh teman, salah satu kerabat, anggota keluarga atau suami ibu hamil. Tujuan utama



dari dukungan emosional ini adalah untuk mengurangi stres dan kecemasan ibu hamil selama persalinan (Kungwimba et al., 2013). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) juga merekomendasikan bahwa ibu hamil harus didampingi oleh seseorang yang dia percaya dan merasa aman di samping mereka seperti teman, pasangan hidup, bidan, ataupun keluarga (Chaote et al., 2021).

Seperti di beberapa negara lain termasuk Indonesia, suami merupakan kepala keluarga yang mengontrol sumber daya dan umumnya memutuskan untuk istri mereka di mana dan kapan ibu hamil harus mencari perawatan medis bahkan ketika istri mereka secara ekonomi tergolong mampu. Suami juga memiliki kekuatan sosial dan ekonomi serta secara tradisional dilihat oleh masyarakat sebagai fasilitator akses istri mereka ke layanan kesehatan reproduksi. Studi di banyak negara telah menunjukkan bahwa melibatkan suami dalam intervensi kesehatan reproduksi dapat membantu meningkatkan hasil pelayanan kesehatan ibu hamil (Aborigo et al., 2018; Kashaija et al., 2020)

Keterlibatan laki-laki dalam kesehatan ibu dan anak telah dipromosikan selama lebih dari satu dekade sejak Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan diadakan di Kairo pada tahun 1994. Namun, banyak budaya di Afrika dan Asia telah mempertimbangkan kehamilan dan persalinan dan pengasuhan anak sebagai tanggung jawab perempuan. Melibatkan suami dalam masalah kesehatan reproduksi dan anak telah menjadi bagian penting dari pergeseran dari keluarga berencana ke agenda kesehatan reproduksi yang lebih luas (Kashaija et al., 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chunuan et al pada 114 ibu hamil mengungkapkan bahwa dengan kehadiran dan dukungan keluarga ibu hamil (ibu, saudara perempuan, teman, atau suami) selama persalinan akan meningkatkan perilaku kompatibilitas nyeri, rasa aman, dan kepuasan pada ibu hamil, mengurangi konsekuensi persalinan, meningkatkan kesehatan mental dan fisik, serta meningkatkan kepuasan ibu dari pengalaman melahirkan (Chunuan & Pinjaroen, 2010). Hasil penelitian Bruggemann et al

212 primigravida menunjukkan bahwa adanya pendampingan pada saat persalinan akan meningkatkan kepuasan ibu hamil selama melahirkan (Bruggemann et al., 2007). Hasil systematic review dari Bohren et al mengatakan bahwa tiap ibu hamil memiliki preferensi yang berbeda terhadap



oleh siapa ia ditemani untuk melahirkan termasuk saudara perempuan, ibu kandung, mertua, doula, ataupun kerabat (Bohren et al., 2016). Beberapa perempuan merasa suaminya akan mengalami penurunan daya tarik seksual jika menyaksikan mereka melahirkan dan beberapa mitos yang dipercayai oleh pria juga bahwa jika suami yang menemani istrinya melahirkan akan beresiko kehilangan daya seksual. Perempuan yang akan melahirkan juga merasa malu terhadap suaminya saat ditemani melahirkan karena mereka menangis, melepaskan pakaian saat diperiksa bahkan harus membersihkan darah atau ketuban pada tubuh mereka. Mereka lebih memilih pendamping perempuan yang setidaknya telah melahirkan dan mampu menyimpan informasi rahasia dan dipercaya (Abushaikha & Massah, 2013; Afulani et al., 2018)

Suami yang menemani istrinya melahirkanpun turut merasakan takut, dan cemas. Namun sebagian dari mereka merasa bahwa dengan menemani istrinya melahirkan dapat memberikan ikatan sebagai ayah maupun pasangan. (Kululanga et al., 2012; Påfs et al., 2016; Sapkota et al., 2012)

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa 27% ibu hamil melaporkan bahwa memiliki pendamping saat melahirkan akan meningkatkan kecemasan mereka. Hal ini dapat dijelaskan karena adanya gagasan bahwa orang yang menemani ibu memiliki konflik dan menjadi beban tersendiri bagi ibu yang akan melahirkan (Rini et al., 2006).

Gangguan cemas merupakan gangguan mental yang paling umum. Kortisol dikeluarkan untuk menginduksi suatu rangkaian efek metabolisme yang dari keadaan stress. Data dari penelitian sebelumnya menyatakan bahwa tingkat kecemasan pada kehamilan meningkat pada trimester 1 dan trimester 3 dengan puncaknya saat persalinan. (Fan et al., 2018)

Saat cemas, tubuh akan merespon dengan mengeluarkan hormon sebagai umpan baliknya. Respon spesifik terhadap stres tersebut dengan pelepasan hormon adrenokortikotropin dan kortisol ke dalam aliran darah sebagai akibat aktivasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal. Kortisol adalah hormon

kortikoid yang disintesis dari kolesterol di korteks adrenal. Kortisol nya dikenal sebagai "hormon stres", yang hanya dilepaskan selama stres (Graeff, 2007; Hsiao et al., 2012).



Data yang ada perbandingan kecemasan pada ibu hamil primipara yang akan melahirkan yang ditemani dengan suami atau ibu kandung masih terbatas, selain itu data mengenai kortisol sebagai marker dalam kecemasan juga belum banyak diketahui. Oleh sebab itu, penelitian ini bertujuan untuk meninjau hubungan antara tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada proses persalinan primigravida yang didampingi oleh suami dan didampingi dengan ibu

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana hubungan tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada proses persalinan primigravida yang didampingi oleh suami?
2. Bagaimana hubungan tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada proses persalinan primigravida yang didampingi oleh ibu kandung?
3. Bagaimana perbandingan antara tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada proses persalinan primigravida yang didampingi oleh suami dengan didampingi ibu kandung?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbandingan tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada proses persalinan primigravida yang didampingi oleh suami dengan didampingi ibu kandung.

2. Tujuan Khusus

- a. Menilai tingkat kecemasan primigravida yang didampingi oleh suami dan didampingi oleh ibu kandung saat proses persalinan.
- b. Mengukur kadar kortisol pada primigravida yang didampingi oleh suami dan didampingi oleh ibu kandung saat proses persalinan.
- c. Menganalisis hubungan tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada primigravida yang didampingi oleh suami dan didampingi oleh ibu kandung saat proses persalinan.



Menganalisis perbandingan tingkat kecemasan dan kadar kortisol pada primigravida didampingi oleh suami dengan didampingi ibu kandung saat proses persalinan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat akademik

- a. Mengetahui karakteristik primigravida serta keterlibatan suami dan ibu kandung dalam proses persalinan sehingga dapat menjadi data bagi penelitian selanjutnya.
- b. Memberikan informasi ilmiah mengenai kadar kortisol pada persalinan primigravida serta keterkaitannya dengan kecemasan sehingga data tersebut menjadi landasan bagi penelitian selanjutnya.

2. Manfaat aplikatif

Memberikan informasi kepada ibu hamil mengenai pengaruh pendampingan saat persalinan terhadap tingkat kecemasan dan kadar kortisol.



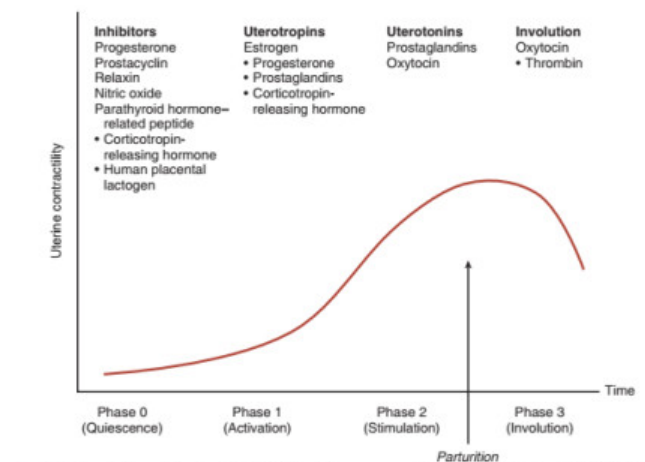
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Fisiologi persalinan

Persalinan adalah periode dari awitan kontraksi uterus yang regular sampai ekspulsi plasenta. (Cunningham et al., 2015). Persalinan juga didefinisikan sebagai proses dimana janin dikeluarkan dari rahim. Lebih khusus lagi, Persalinan membutuhkan kontraksi yang teratur dan efektif yang menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks. (Kilpatrick & Garrison, 2012)

Fisiologi inisiasi persalinan belum sepenuhnya dijelaskan, tetapi mekanisme yang diduga telah ditinjau dengan baik oleh Liao dan rekan. Inisiasi persalinan adalah spesifik dan mekanisme persalinan pada manusia terdiri atas 4 fase yakni Quiescence, Activation, Stimulation, dan Involution. (Kilpatrick & Garrison, 2012)



Gambar 1 Regulasi aktivitas uterus selama persalinan (Kilpatrick & Garrison, 2012)

Fase pertama yakni *Quiescence* saat sebelum persalinan dimulai, ketika aktivitas uterus ditekan oleh aksi progesteron, prostasiklin, relaksin, nitrat oksida, dan hormon lainnya. Selama fase aktivasi, estrogen mulai memfasilitasi ekspresi reseptor miometrium untuk prostaglandin (PGs) dan oksitosin, yang menghasilkan saluran ion dan peningkatan gap junction. Peningkatan gap junction sel-sel miometrium ini memfasilitasi kontraksi yang efektif. Pada dasarnya, aktivasi menyiapkan uterus untuk fase stimulasi berikutnya, ketika



uterotonika—khususnya PG dan oksitosin—merangsang kontraksi reguler. Pada manusia, proses ini dapat berlangsung lama, terjadi selama berhari-hari hingga berminggu-minggu. Fase terakhir, involusi uterus, terjadi setelah persalinan dan dimediasi terutama oleh oksitosin. Tiga fase pertama persalinan memerlukan interaksi endokrin, parakrin, dan autokrin antara janin, selaput ketuban, plasenta, dan ibu. (Kilpatrick & Garrison, 2012)

Janin memiliki peran sentral dalam inisiasi persalinan aterm pada mamalia bukan manusia; pada manusia, peran janin tidak sepenuhnya dipahami (Gambar 2.2). Pada domba, persalinan aterm dimulai melalui aktivasi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal janin, dengan hasil peningkatan hormon adrenokortikotropik janin dan kortisol. Kortisol janin meningkatkan produksi estradiol dan menurunkan produksi progesteron melalui pergeseran metabolisme kortisol plasenta yang bergantung pada 17α -hidroksilase plasenta. Perubahan konsentrasi progesteron/estradiol yang bersirkulasi merangsang produksi oksitosin dan PG plasenta, terutama prostaglandin $F_{2\alpha}$ ($PGF_{2\alpha}$), yang pada gilirannya meningkatkan kontraktilitas miometrium. Jika peningkatan hormon adrenokortikotropik dan kortisol janin ini diblokir, kadar progesteron tetap tidak berubah, dan persalinan tertunda. Sebaliknya, manusia kekurangan 17α -hidroksilase plasenta, kadar progesteron ibu dan janin tetap tinggi, dan tidak ada pemicu untuk melahirkan karena peningkatan kortisol janin menjelang aterm. Sebaliknya, pada manusia, bukti menunjukkan bahwa produksi plasenta terkait CRH saat menjelang aterm mengaktifkan sumbu hipotalamus-hipofisis janin dan menghasilkan peningkatan produksi dehydroepiandrosterone oleh kelenjar adrenal janin. (Kilpatrick & Garrison, 2012). Dehydroepiandrosterone janin diubah di plasenta menjadi estradiol dan estriol. Estriol yang diturunkan dari plasenta mempotensiasi aktivitas uterus dengan meningkatkan transkripsi $PGF_{2\alpha}$ ibu, reseptor PG, reseptor oksitosin, dan protein gap-junction. Beberapa penelitian menunjukkan diperlukannya withdrawal dari progesteron pada manusia. Persalinan ditandai dengan penurunan konsentrasi reseptor progesteron dan perubahan rasio isoform reseptor progesteron A dan B di myometrium dan



1. Selama persalinan, peningkatan ekspresi isoform reseptor progesteron dan membran berfungsi untuk meningkatkan ekspresi genom dari protein hubungan dengan kontraksi, meningkatkan kalsium intraseluler, dan kan siklik adenosin monofosfat (cAMP). Penelitian lebih lanjut diperlukan

untuk menjelaskan mekanisme yang tepat melalui mana kaskade persalinan manusia diaktifkan.(Kilpatrick & Garrison, 2012)

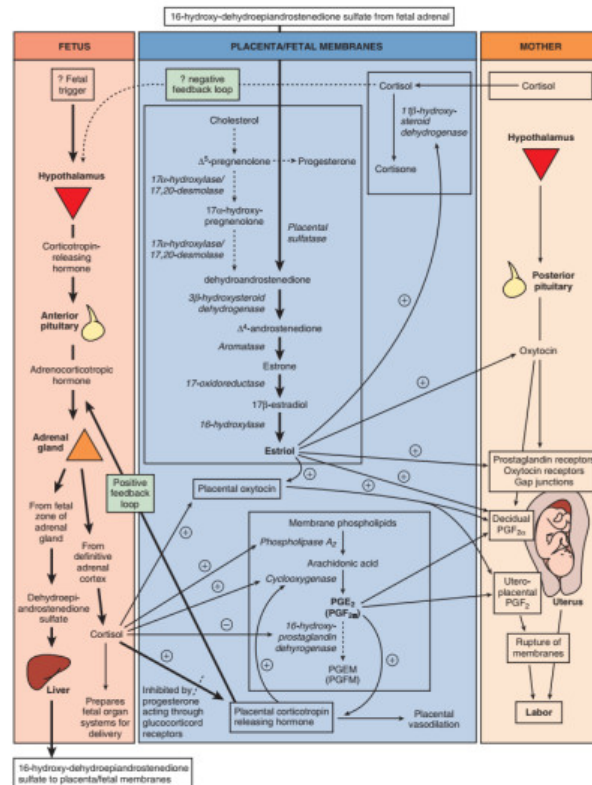
Oksitosin biasanya digunakan untuk induksi dan augmentasi persalinan. Oksitosin adalah hormon peptida yang disintesis di hipotalamus dan dilepaskan dari hipofisis posterior. Saat aterm, oksitosin berfungsi sebagai agen uterotonika kuat yang mampu menimbulkan kontraksi uterus. Oksitosin sebagian besar tidak aktif di hati dan ginjal; selama kehamilan, oksitosin terdegradasi terutama oleh oksitosinase plasenta. Waktu paruh biologisnya adalah sekitar 3 sampai 4 menit, tetapi lebih pendek ketika dosis yang lebih tinggi. Konsentrasi oksitosin dalam sirkulasi ibu tidak berubah secara signifikan selama kehamilan atau sebelum mulai persalinan, tetapi meningkat pada akhir kala II persalinan.(Kilpatrick & Garrison, 2012)

Perbedaan yang signifikan dalam distribusi reseptor oksitosin miometrium telah dilaporkan, dengan sejumlah besar reseptor di fundus dan lebih sedikit reseptor oksitosin reseptor di segmen bawah rahim dan serviks. Reseptor oksitosin miometrium meningkat rata-rata 100 hingga 200 kali lipat selama kehamilan dan mencapai maksimum pada awal persalinan. Peningkatan konsentrasi reseptor ini paralel dengan peningkatan sensitivitas uterus terhadap oksitosin yang bersirkulasi. Reseptor oksitosin afinitas spesifik tinggi pada amnion dan desidua parietalis tetapi tidak desidua vera. (Kilpatrick & Garrison, 2012)

Bukti yang ada menunjukkan bahwa oksitosin memainkan peran ganda dalam proses kelahiran. Pertama, melalui reseptornya, oksitosin secara langsung merangsang kontraksi rahim. Kedua, oksitosin dapat bekerja secara tidak langsung dengan merangsang amnion dan desidua untuk menghasilkan PG bahkan ketika kontraksi uterus memadai, induksi persalinan aterm berhasil hanya jika infus oksitosin dikaitkan dengan peningkatan produksi PGF. Pengikatan oksitosin ke reseptornya mengaktifkan fosfolipase C. Fosfolipase C meningkatkan kalsium intraseluler baik dengan merangsang pelepasan kalsium intraseluler dan dengan memediasi masuknya kalsium ekstraseluler. Stimulasi oksitosin dari fosfolipase C dapat dihambat oleh peningkatan kadar cAMP. Peningkatan kadar menstimulasi aktivasi kinase rantai ringan miosin yang dimediasi in. Oksitosin juga dapat menstimulasi kontraksi uterus melalui jalur independen dengan menghambat fosfatase miosin, yang pada gilirannya atkan fosforilasi miosin. Jalur ini (fosfolipase A2 dan kalsium intraseluler)



telah menjadi target beberapa agen tokolitik: indometasin, penghambat saluran kalsium, -mimetik (melalui stimulasi cAMP), dan magnesium. (Kilpatrick & Garrison, 2012)



Gambar 2 kaskade pada persalinan dan interaksi hormon yang mempengaruhi.
(Kilpatrick & Garrison, 2012)

2.2 Tahapan Persalinan

Persalinan secara umum dapat dibagi menjadi 4 kala, yakni kala satu, kala dua, kala tiga dan kala empat.

a. Kala I

Dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini berlangsung antara 18-24 jam, terbagi dalam 2 fase yaitu:

- Fase laten: berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu:

Fase akselerasi: dalam waktu 3 jam pembukaan 3cm tersebut menjadi 4 cm



2. Fase dilatasi maksimal: pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4cm menjadi 9 cm
3. Fase deselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multi gravid pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. (Cunningham et al., 2015)

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida, pada yang pertama ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.(Cunningham et al., 2015)

Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap.(Cunningham et al., 2015)

Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida 7 jam.(Cunningham et al., 2015)

b. Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dalam hal ini janin sudah masuk ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedas. Ibu bersalin merasa tekanan pada rektum. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan kemudian kepala janin tampak di vulva saat his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin masuk lagi, dengan his dan kekuatan mencedas maksimal kepala janin dirasakan dengan suboksiput di bawah simfisis dan dahi, muka, dagu dan hidung melewati perineum.(Cunningham et al., 2015)



c. Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri 1 jari diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus kontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.(Cunningham et al., 2015)

d. Kala IV

Dimulai saat plasenta lahir sampai 2 jam pertama post partum. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc. Perdarahan persalinan yang lebih dari 500 cc adalah perdarahan abnormal.(Cunningham et al., 2015)

2.3 Kecemasan ibu yang akan bersalin

Menurut American Psychology association (APA), kecemasan merupakan sebuah emosi dengan ciri gejala ketakutan dan ketegangan dalam rangka seseorang untuk mengantisipasi bahaya dan kejadian yang akan datang (Adamu et al., 2019). Kecemasan seringkali berkembang dalam jangka waktu lama dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan tetapi hanya setelah terbentuk pola dasar yang menunjukkan reaksi rasa cemas pada pengalaman hidup seseorang. Salah satu studi mengenai kecemasan menyatakan bahwa 94% wanita khawatir mengenai apakah bayi mereka akan lahir normal, 93% wanita khawatir mengenai apakah mereka dan bayinya akan melewati persalinan dengan selamat dan 91% wanita khawatir akan tubuh mereka. Gejala kecemasan dapat dikelompokkan menjadi beberapa keadaan seperti gelisah, sakit kepala, tegang, berkeringat, jantung berdebar-debar (palpitasi), sesak nafas, keluhan gastrointestinal, pusing, mulut kering, dan sebagainya (Shodiqoh & Syahrul,). Ketakutan atau kecemasan semakin tinggi menjelang bersalin terutama



pada primigravida karena rasa takut akan nyeri yang dihadapi ditambah lagi nyeri akibat adanya his (Septriliyana & Rosyeni, 2018).

2.4 Epidemiologi kecemasan ibu yang akan bersalin

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari tahu penyebab kecemasan dalam kehamilan di antaranya merujuk pada masalah sosial budaya, keuangan, kesehatan, masalah psikologis dan fisik yang timbul dari kehamilan, tantangan dalam pengasuhan bayi, kesejahteraan ibu dan janin dan ketakutan akan persalinan, khususnya persalinan pervaginam (Bayrampour et al., 2016). Fear of Childbirth (FOC) atau yang secara historis disebut sebagai tokofobia, suatu keadaan fobia di mana seorang wanita menghindari persalinan meskipun sangat menginginkan bayi (Körükcü et al., 2010). Hampir setiap wanita hamil setidaknya gugup saat melahirkan, yang merupakan reaksi normal terhadap situasi yang tidak diketahui. Hal ini diketahui memperumit proses persalinan dan menuntut operasi caesar dan 6-10 persen wanita mengalami ketakutan yang kuat akan persalinan dan kelahiran (Størksen et al., 2015)..

Eriksson et al menyatakan bahwa 80% dari ibu hamil mengidentifikasi kekhawatiran secara umum, lebih dari 20% dari populasi tersebut melaporkan kekhawatiran yang lebih spesifik atau intens dengan 6-10% wanita diantaranya mengalami ketakutan yang berat terhadap persalinan yang disfungsi (Eriksson et al., 2006). Studi yang lain juga mengungkapkan bahwa satu dari lima ibu hamil akan mengalami kecemasan yang sedang untuk melahirkan. Pada primigravida rata-rata tingkat ketakutan melahirkan yang lebih tinggi daripada wanita yang pernah melahirkan (Shodiqoh & Syahrul, 2014)

2.5 Patogenesis kecemasan ibu yang akan bersalin



Pada ibu hamil, terjadi perubahan fisik, emosional, psikologis dan pengalaman hidup dan harapan budaya masyarakat tempat dia (Staneva et al., 2015). Karena sejumlah besar faktor yang ada

selama kehamilan, banyak perempuan menganggap beberapa aspek kehamilan sebagai stres yang mereka tanggap dengan kecemasan. Namun gangguan kecemasan memiliki beberapa komplikasi terhadap ibu dan janin. Telah dibuktikan bahwa perubahan aktivitas sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) ibu dan pada janin yang terpapar glukokortikoid merupakan faktor risiko potensial (Qalehsari et al., 2017).

Pada beberapa literatur menyatakan bahwa di otak, respon dari stress di modulasi oleh distribusi 2 jenis reseptor yang mineralcorticoid receptor (MR) dan Glucocorticoid receptor (GR) serta afinitasnya, selain itu stress ini dipengaruhi oleh corticosteroid-binding globulin (CBG) yang bersirkulasi, konsentrasi dan aktivitas 11b-hydroxysteroid dehydrogenase (11b-HSD) serta perubahan regulasi transkripsi. Genetik, epigenetic, proses inflamasi, mikroba serta regulasi biokemikal juga turut dalam kerentanan individu terhadap kecemasan (Dickens & Pawluski, 2018)

2.6 Etiologi dan faktor resiko kecemasan pada ibu bersalin.

Pasien yang memiliki pemeriksaan antepartum yang lengkap, kecemasan atau ketakutan yang berat dapat terjadi selama persalinan atau melahirkan (Richens et al., 2018). Sebuah studi oleh Koc et al yang meneliti 100 wanita hamil yang sehat dan menemukan hubungan langsung antara rasa takut melahirkan, sensitivitas kecemasan dan amplifikasi somatosensori pada 82% peserta (Koc et al., 2021). Persalinan tidak dapat diprediksi dan dapat terjadi kapan saja, menimbulkan kekhawatiran akan persalinan pada waktu yang tidak diinginkan (misalnya, malam hari, di tempat kerja, hari libur), yang dapat berdampak negatif terhadap akses ke dokter atau metode persalinan yang diinginkan. Beberapa faktor lain yang dapat memperburuk tingkat kecemasan yang terkait dengan persalinan termasuk tingkat percaya diri yang rendah, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang telah menyebabkan kecemasan antepartum, kurangnya dukungan sosial dan ketakutan akan kesepian, ketakutan akan rasa sakit, pengalaman melahirkan yang negatif sebelumnya (Dencker et al.,



2019). Kecemasan persalinan juga dapat menjadi penyebab dari komplikasi persalinan pervaginam, seperti perdarahan pascapersalinan, ruptur perineum atau morbiditas pada bayi. Persepsi wanita tentang sistem perawatan kesehatan dan kepercayaannya terhadap staf medis selama persalinan merupakan faktor signifikan yang dapat memengaruhi kecemasan selama persalinan. Satu studi menemukan hubungan yang signifikan antara pengalaman kelahiran yang buruk sebelumnya (komplikasi obstetrik) dan ketakutan melahirkan di antara wanita multipara (Størksen et al., 2015). Kurangnya komunikasi dengan pasien dan kurangnya pemahaman dari pasien juga dapat memperburuk tingkat kecemasan. Hal ini ditekankan dalam sebuah penelitian oleh Cankaya dan Simsek yang berusaha untuk meningkatkan pendidikan pasien dengan memperkenalkan program pendidikan antenatal pada minggu ke-4, dan sebagai hasilnya, mereka mengamati peningkatan kepercayaan diri untuk melahirkan, bersama dengan pengurangan ketakutan akan kelahiran, kecemasan, dan stres selama masa kehamilan dan pascapersalinan. Meskipun tidak semua sumber kecemasan ini dapat dikurangi dengan pendidikan atau konseling prenatal (Çankaya & Şimşek, 2021).

Kuesioner Kecemasan Persalinan KLP-II (Putyń-ski dan Paciorek, 2008) merupakan alat yang digunakan untuk menilai kecemasan persalinan pada ibu hamil. Kuesioner ini terdiri dari sembilan pernyataan. Seorang responden memilih salah satu dari empat kategori dalam menanggapi setiap pernyataan: sangat setuju, agak setuju, agak tidak setuju dan sangat tidak setuju. Untuk pertanyaan yang mendukung kecemasan, sangat setuju bernilai 4 sedangkan sangat tidak setuju bernilai 1, sebaliknya pada pertanyaan yang tidak mendukung kecemasan, maka pendapat sangat setuju bernilai 1 dan sangat tidak setuju bernilai 4. Semakin tinggi hasilnya, maka semakin besar intensifikasi kecemasan persalinan. Keandalan Cronbach alpha memuaskan dan berjumlah 0,69. Skor hingga 13 menunjukkan kecemasan persalinan rendah dan rata-rata, 14-15 berarti kecemasan sedang, 16-17 menunjukkan kecemasan tinggi dan di atas 18 menunjukkan kecemasan sangat tinggi.



18 kecemasan sangat tinggi (Gebuza et al., 2015; Iliska, M., Gregor, K., Banaś, 2019).

2.7 Fisiologi kortisol pada kehamilan dan persalinan

Kortisol merupakan hormon adreno korteks yang berperan penting dalam metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak serta respon terhadap stress (Sherwood, 2010)

Seringkali aksis HPA dikaitkan dengan pelepasan kortisol sebagai respons terhadap stres, tetapi regulasinya juga memiliki fungsi homeostatis dasar yang penting di luar respons terhadap stresor akut (misalnya, metabolisme dan regulasi sistem kekebalan). Kaskade hormon dimulai di corticotrophs dari paraventricular nucleus (PVN) dari hipotalamus, yang melepaskan CRH dan arginine vasopressin (AVP), hormon yang kemudian merangsang kelenjar hipofisis anterior untuk melepaskan ACTH, yang selanjutnya merangsang korteks adrenal untuk melepaskan kortisol. Peningkatan konsentrasi kortisol memberikan umpan balik negatif pada semua tingkat aksis HPA melalui reseptor glukokortikoid (GR) untuk memastikan pengembalian kortisol yang relatif cepat ke konsentrasi awal (Dickens & Pawluski, 2018)

Stimulasi dan pemeliharaan aksis HPA dan pensinyalan kortisol pada tingkat adrenal bergantung pada sejumlah faktor dan input dari otak ke sirkulasi darah. Daerah otak, seperti hipokampus, amigdala, dan korteks prefrontal, misalnya, mengatur respons, dan pemulihan dari, stres akut dan berperan dalam fungsi sehari-hari seperti kognisi. Dalam aliran darah, corticosteroid-binding globulin (CBG) mengatur bioavailabilitas kortisol untuk mengikat reseptor. Di seluruh tubuh, ada (atau tidak adanya) reseptor mineralokortikoid (MR) dan GR ini, masing-masing, mempengaruhi respons dan respons relatif terhadap kortisol. Selain itu, MR dan GR memiliki afinitas berbeda untuk kortisol, dengan MR memiliki 10 kali afinitas untuk kortisol bila dibandingkan dengan GR. Untuk sel yang mengekspresikan jenis reseptor ini, GR hanya mengikat kortisol ketika kadar kortisol



mencapai konsentrasi yang diinduksi stres. Pada tingkat seluler, enzim 11 β -hidroksisteroid dehidrogenase (11 β -HSD) mengubah glukokortikoid menjadi bentuk yang tidak aktif (Dickens & Pawluski, 2018)

Kehamilan, kelahiran, dan menyusui secara signifikan mengubah cara aksis HPA dan fungsi kortisol yang bersirkulasi. Banyak fungsi dasar dan baru yang penting dari hormon HPA yang tumpang tindih sehingga peningkatan konsentrasi kortisol bertanggung jawab atas tahap kondisi kehamilan. Tahapan ini termasuk untuk mempersiapkan janin pada dunia luar (pematangan sistem termoregulasi, metabolisme glukosa, perkembangan paru-paru), persalinan, aktivasi dan sintesis kelenjar susu. Oleh sebab itu, konsentrasi kortisol basal meningkat selama kehamilan (Dickens & Pawluski, 2018)

Peningkatan paling tajam kadar kortisol terjadi pada minggu-minggu terakhir kehamilan, mencapai dua sampai lima kali konsentrasi tidak hamil, tetapi dengan variabilitas yang besar antara individu. Ritme diurnal dari aksis HPA tampaknya menjadi tumpul selama waktu ini, seperti halnya respons HPA terhadap stres akut pada kehamilan dan menyusui. Faktor utama yang bertanggung jawab atas peningkatan konsentrasi kortisol basal pada kehamilan manusia bukanlah aksis HPA, tetapi plasenta. Selama kehamilan, plasenta semakin berperan sebagai kelenjar endokrin. Selain mensekresi estrogen dan progesteron, plasenta melepaskan versi CRH sendiri (pCRH), yang identik dalam struktur dan bioaktivitas dengan CRH hipotalamus, tetapi karena ukurannya kemungkinan tidak melewati sawar darah-otak. pCRH bertanggung jawab atas peningkatan konsentrasi kortisol yang bersirkulasi. Yang penting, pCRH, dan peningkatan berikutnya dalam konsentrasi kortisol, tidak mengikuti sistem umpan balik negatif klasik yang terlihat pada CRH hipotalamus. Sebaliknya, kortisol merangsang plasenta manusia untuk menghasilkan pCRH, dan, pCRH, irannya, terus merangsang produksi kortisol, yang menghasilkan umpan balik positif (Gambar 1) (Dickens & Pawluski, 2018)



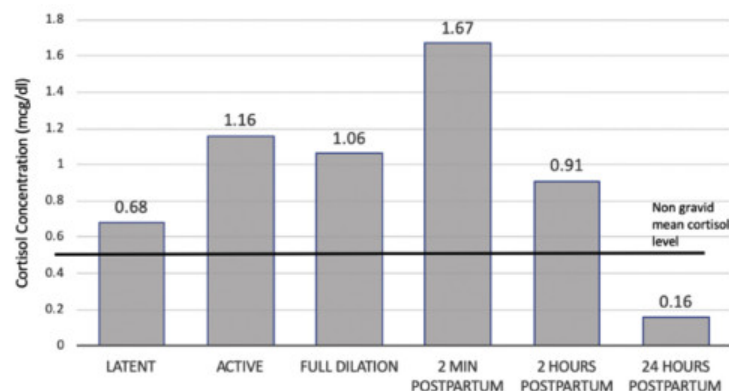
Kadar CBG juga meningkat selama kehamilan dan menurun pada minggu-minggu dan hari-hari sebelum persalinan. Peningkatan kadar CBG selama kehamilan tidak cukup untuk menurunkan (atau menormalkan) konsentrasi kortisol bebas, mungkin karena afinitas CBG yang tinggi terhadap peningkatan kadar progesteron. Perbedaan mencolok lainnya antara CRH hipotalamus dan pCRH adalah bahwa pCRH yang bersirkulasi terikat pada protein pengikat, CRH-BP. CRH-BP dapat memodifikasi bioaktivitas pCRH selama kehamilan. Hal ini terutama benar dalam beberapa minggu terakhir kehamilan, ketika kadar CRH-BP turun 50% dan kadar pCRH yang bersirkulasi bebas meningkat. Dengan perubahan CRH-BP, konsentrasi pCRH meningkat secara eksponensial selama kehamilan (kemungkinan karena loop umpan balik positif dengan kortisol), dan terjadi penurunan respons terhadap umpan balik negatif kortisol sepanjang sumbu HPA. Akibatnya, konsentrasi kortisol yang bersirkulasi juga terus meningkat selama kehamilan. Konsentrasi kortisol pada akhir kehamilan yang sehat mencapai konsentrasi yang hanya terlihat pada individu yang tidak hamil dengan disregulasi HPA yang parah, seperti penyakit Cushing. Meskipun pCRH adalah faktor yang bertanggung jawab untuk kadar kortisol ibu yang bersirkulasi, aksis HPA selama kehamilan masih mempertahankan peran dalam pemeliharaan pulsilitas HPA ibu (Dickens & Pawluski, 2018)

Tantangan utama yang terlibat dalam studi aksis HPA selama persalinan yakni selama waktu ini, kadar kortisol ibu dipengaruhi oleh dua mekanisme fisiologis: loop feed-forward feto-uteroplasenta corticosteroid dan loop umpan balik negatif dari HPA-axis respon. Tingkat kortisol plasma bebas pada wanita dengan persalinan spontan yang prematur hampir 3 kali lipat lebih tinggi daripada tingkat pra-induksi dari wanita pada kehamilan cukup bulan. Dengan setiap peningkatan unit kortisol plasma ibu ($\mu\text{g/dl}$) terdapat peningkatan 34 pg/ml dalam CRH (Sandman et al., 2006)



Menurut Miller et al (2017), konsentrasi total dan bebas kortisol akan meningkat 2 hingga 5 kali lipat dari 10 hingga 17 hari sebelum dan hingga kala pertama persalinan. Perubahan fisiologis kortisol ini

dianggap perlu untuk mempertahankan kesejahteraan ibu dan janin dan untuk membantu kemajuan persalinan normal, khususnya dengan memaksimalkan ketersediaan glukosa untuk janin dan miometrium selama persalinan. Hasil penelitian ini menyatakan konsentrasi kortisol saliva meningkat secara bertahap dari fase laten ke fase aktif. Peningkatan maksimum 57% diamati pada pembukaan lengkap ($1,06 \pm 1$ mg/dL) hingga 2 menit setelah melahirkan ($1,67 \pm 1,3$ mg/dL). Kemudian konsentrasi kortisol saliva menurun 45% dalam waktu 2 jam setelah melahirkan ($0,91 \pm 0,9$ mg/dL), terus menurun, dan mencapai konsentrasi nongravid setelah 24 jam ($0,16$ mg/dL). Perubahan konsentrasi kortisol antara dilatasi penuh dan dalam waktu 2 menit setelah melahirkan cukup signifikan. Perubahan ini tergambar pada gambar 2.4 (Miller et al., 2019)



Gambar 3. Perubahan kortisol pada tahapan persalinan

Pada kehamilan cukup bulan, janin, uterus, dan plasenta semuanya berkontribusi terhadap peningkatan kadar kortisol ibu. Meskipun pemahaman yang tidak lengkap tentang mekanisme yang diketahui saat ini bahwa dalam loop feed-forward, peningkatan kortisol meningkatkan CRH daripada menurunkannya seperti pada sistem umpan balik negatif stres yang khas. Keseimbangan antara sistem umpan balik negatif dan sistem feed-forward yang meningkatkan kadar kortisol plasma yang terlihat mpel ibu selama akhir kehamilan dan persalinan (Benfield et al.,



2.8 Hubungan kortisol pada kecemasan saat hamil dan melahirkan

Gangguan kejiwaan diketahui terkait dengan peningkatan konsentrasi kortisol. Tiga gangguan kecemasan seperti panik, obsesif kompulsif disorder (OCD), dan Generalized Anxiety Disorder (GAD) – juga berhubungan dengan peningkatan kadar kortisol basal pada orang dewasa. Perbandingan kadar kortisol pada wanita hamil dengan gangguan panik, OCD, dan GAD dengan kontrol belum dilaporkan; namun demikian, hubungan tiga gangguan kecemasan dengan peningkatan kortisol basal menunjukkan bahwa gangguan kecemasan selama kehamilan juga dapat dikaitkan dengan peningkatan kortisol. Berbeda dengan gangguan kecemasan ini, stres pascatrauma secara konsisten terkait dengan tingkat kortisol basal dan 24 jam yang lebih rendah dibandingkan dengan kontrol. Pada kehamilan, penelitian telah menunjukkan bahwa PTSD terus dikaitkan dengan kadar kortisol basal yang rendah (Evans & Monk, 2015)

Dalam literatur yang lain, hubungan antara kecemasan pada kehamilan dan kortisol ibu tidak konsisten. Misalnya, sebuah penelitian terhadap 603 wanita menemukan bahwa kekhawatiran tentang komplikasi terkait kehamilan dikaitkan dengan tingginya kortisol ibu pada malam hari di akhir kehamilan (Obel et al., 2005), tetapi dengan kortisol pagi yang lebih rendah di awal kehamilan. Penelitian oleh Miller et al juga menyatakan hal yang sama, bahwa tidak ada korelasi signifikan pada stress psikologis terhadap kadar kortisol pada persalinan (Miller et al., 2019).

2.9 Peran pendampingan saat bersalin

Pengalaman perempuan saat melahirkan merupakan penentu yang kuat dari penggunaan layanan kesehatan ibu (Bohren et al., 2014). Oleh karena itu, WHO merekomendasikan agar setiap perempuan diberikan pilihan saat persalinan dan didampingi oleh pendamping pilihannya (World 2016). Untuk saat ini, bukti yang ada mendukung rekomendasi dukungan berkelanjutan selama persalinan. Definisi dukungan ijutan selama persalinan berbeda di seluruh studi, dan dapat



dimulai kapan saja antara konsepsi hingga periode postpartum. Umumnya, bagaimanapun, ini melibatkan kehadiran pendamping yang terus menerus selama persalinan hingga kelahiran bayi (Bohren et al., 2016). Pendampingan persalinan merujuk pada penyediaan segala jenis dukungan oleh pendamping awam setiap saat selama periode intrapartum, dan dukungan berkelanjutan selama persalinan dan kelahiran dimana kehadiran terus menerus dari pendamping selama persalinan dan melahirkan (*Continuous Support during Labor and Delivery*). CSLD dengan demikian merupakan bagian dari pendampingan kelahiran karena tidak semua pendampingan kelahiran berlangsung terus menerus. Elemen umum dari dukungan yang diberikan oleh pendamping persalinan meliputi, dukungan emosional (misalnya kehadiran terus menerus dan memberikan jaminan dan pujian), dukungan informasi (misalnya memberikan informasi tentang kemajuan persalinan dan saran mengenai teknik koping), langkah-langkah kenyamanan (misalnya sentuhan yang menenangkan, pijat, menyeka badan dengan air), mendorong mobilitas, dan mempromosikan asupan dan keluaran cairan yang memadai), advokasi (misalnya membantu wanita mengartikulasikan keinginan mereka kepada penyedia layanan), dan dukungan instrumental (memberikan bantuan sesuai kebutuhan) (Afulani et al., 2018; Bohren et al., 2016)

Dukungan dapat diberikan oleh berbagai jenis pendamping, termasuk orang-orang pendukung terlatih seperti doula (profesional non-perawatan kesehatan yang dilatih untuk memberikan dukungan emosional dan fisik kepada wanita sebelum, selama dan setelah melahirkan) atau oleh pendamping yang dipilih dari kerabat atau keluarga wanita. Pendampingan saat kelahiran dikaitkan dengan peningkatan kepuasan dengan layanan kesehatan bayi (Bohren et al., 2016). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa wanita yang memiliki pendamping saat melahirkan lebih mungkin untuk mengalami *mistreatment* saat melahirkan (Afulani et al., 2018). Selain itu, CSLD telah terbukti berdampak pada hasil. Sebuah tinjauan Cochrane baru-baru ini dari CSLD menemukan



bahwa wanita yang menerima dukungan persalinan secara terus menerus meningkatkan peluang untuk memiliki persalinan yang lebih pendek dan persalinan pervaginam spontan (yaitu melahirkan pervaginam tanpa menggunakan instrumen atau menjalani operasi caesar). Selain itu, mereka cenderung tidak menggunakan obat nyeri saat melahirkan dan bayi mereka cenderung memiliki skor Apgar lima menit yang tinggi. Namun, efek CSLD berbeda, tergantung pada jenis pendamping dan pengaturannya (Afulani et al., 2018)

Beberapa peneliti menyatakan bahwa CSLD paling efektif dalam mengurangi kelahiran section cesarea ketika pendamping hadir dalam peran doula, serta dalam pengaturan di mana analgesia epidural tidak tersedia secara rutin. Dukungan berkelanjutan dari seseorang yang semata-mata memberikan dukungan, bukan anggota keluarga atau kerabat wanita itu sendiri, yang berpengalaman dalam memberikan dukungan persalinan, dan memiliki sedikit pelatihan (seperti doula), tampaknya memiliki pengaruh yang paling besar. Meskipun demikian, dibandingkan dengan tidak memiliki pendamping, dukungan dari anggota keluarga atau teman yang dipilih tampaknya meningkatkan kepuasan wanita dengan pengalaman melahirkan mereka (Bohren et al., 2016).

Pendampingan saat persalinan semakin dimasukkan dalam pedoman kesehatan ibu di banyak negara, termasuk di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah tak terkecuali Indonesia. Dari pedoman asuhan persalinan normal, beberapa tahapan melibatkan keikutsertaan keluarga atau pendamping persalinan (Afulani et al., 2018)

2.10 Peran pendampingan ibu kandung atau suami saat bersalin terhadap kecemasan.

Seperti di beberapa negara lain termasuk Indonesia, suami dan kepala keluarga yang mengontrol sumber daya dan umumnya akan memutuskan untuk istri mereka di mana dan kapan ibu hamil harus mencari bantuan medis bahkan ketika istri mereka secara ekonomi tergolong miskin. Suami juga memiliki kekuatan sosial dan ekonomi serta secara



tradisional dilihat oleh masyarakat sebagai fasilitator akses istri mereka ke layanan kesehatan reproduksi. Studi di banyak negara telah menunjukkan bahwa melibatkan suami dalam intervensi kesehatan reproduksi dapat membantu meningkatkan hasil pelayanan kesehatan ibu hamil (Aborigo et al., 2018; Kashiya et al., 2020)

Keterlibatan laki-laki dalam kesehatan ibu dan anak telah dipromosikan selama lebih dari satu dekade sejak Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan diadakan di Kairo pada tahun 1994. Namun, banyak budaya di Afrika dan Asia telah mempertimbangkan kehamilan dan persalinan dan pengasuhan anak sebagai tanggung jawab perempuan. Melibatkan suami dalam masalah kesehatan reproduksi dan anak telah menjadi bagian penting dari pergeseran dari keluarga berencana ke agenda kesehatan reproduksi yang lebih luas (Kashiya et al., 2020)

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chunuan et al pada 114 ibu hamil mengungkapkan bahwa kehadiran dan dukungan keluarga ibu hamil (ibu, saudara perempuan, teman, atau suami) selama persalinan akan meningkatkan perilaku kompatibilitas nyeri, rasa aman, dan kepuasan pada ibu, mengurangi konsekuensi persalinan, meningkatkan kesehatan mental dan fisik ibu, serta meningkatkan kepuasan ibu dari pengalaman melahirkan (Chunuan & Pinjaroen, 2010). Hasil penelitian Bruggemann et al pada 212 ibu hamil primigravida menunjukkan bahwa adanya pendampingan pada saat persalinan akan meningkatkan kepuasan ibu hamil sejak melahirkan anaknya (Bruggemann et al., 2007). Hasil systematic review dari Bohren et al menyatakan bahwa tiap ibu hamil memiliki preferensi yang berbeda terhadap oleh siapa ia ditemani untuk melahirkan termasuk saudara perempuan, ibu kandung, mertua, doula, atau gabungan kerabat (Bohren et al., 2016).

Beberapa perempuan merasa suaminya akan mengalami penurunan daya tarik seksual jika menyaksikan mereka melahirkan dan mitos yang dipercayai oleh pria juga bahwa jika suami yang istrinya melahirkan akan beresiko kehilangan daya seksual. Ibu



yang akan melahirkan juga merasa malu terhadap suaminya saat ditemani melahirkan karena mereka menangis, bagian tubuh terbuka saat diperiksa bahkan harus membersihkan darah atau ketuban pada tubuh mereka. Mereka lebih memilih pendamping wanita yang setidaknya telah melahirkan dan mampu menyimpan informasi rahasia dan dipercaya oleh wanita (Abushaikha & Massah, 2013; Afulani et al., 2018)

Suami yang menemani istrinya melahirkanpun turut merasakan takut, dan cemas namun. Sebagian dari mereka merasa bahwa dengan menemani istrinya melahirkan dapat memberikan ikatan sebagai ayah maupun pasangan (Kululunga et al., 2012; Påfs et al., 2016; Sapkota et al., 2012).

2.11 Hubungan pendampingan terhadap kecemasan.

Hasil uji klinis oleh Toosi et al, Pada 210 primigravida yang bertujuan untuk mengevaluasi pengaruh adanya pendamping terhadap kecemasan saat persalinan pada ibu hamil juga serupa dengan hasil penelitian oleh Salehi et al yaitu menunjukkan bahwa skor kecemasan tidak memiliki perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok sebelum melahirkan (Salehi et al., 2016; Toosi et al., 2012)

Namun hasil penelitian lain mengenai kecemasan yang jelas pada saat masuk ke rumah sakit juga serupa dengan penelitian ini. Menurut penelitian tersebut, pada saat masuk ke pusat bersalin, skor rata-rata kecemasan pada kelompok dengan pendampingan secara signifikan lebih rendah daripada kelompok tanpa pendampingan ($P = 0,02$). Adanya pendampingan pada saat masuk ke pusat bersalin memang mengurangi kecemasan ibu hamil (Bruggemann et al., 2007)

Studi oleh Chunuan et al. juga melaporkan bahwa kehadiran pendamping (Doula) dan suami yang terlatih oleh pihak ibu hamil akan mengurangi kecemasannya, dan karenanya skor rata-rata kecemasan melahirkan pada kelompok dengan pendampingan atau dukungan



suami secara signifikan lebih rendah daripada kelompok tanpa pendampingan (Chunuan & Pinjaroen, 2010)

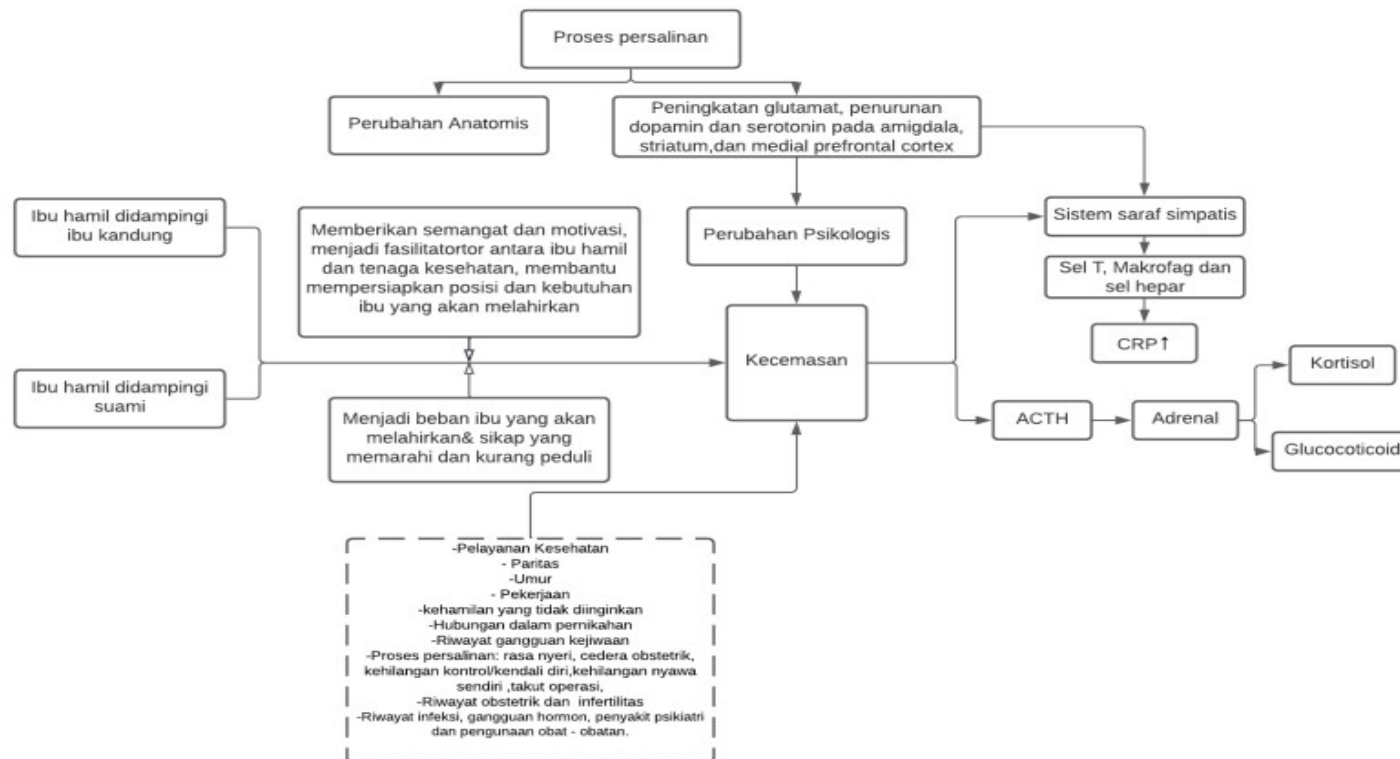
Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa 27% ibu hamil melaporkan bahwa memiliki pendamping saat melahirkan akan meningkatkan kecemasan mereka. Hal ini dapat dijelaskan karena adanya gagasan bahwa orang yang menemani ibu memiliki konflik dan menjadi beban tersendiri bagi ibu yang akan melahirkan (Rini et al., 2006)

2.12 Hipotesis penelitian

1. Tingkat kecemasan lebih rendah pada ibu bersalin yang didampingi oleh suami dibandingkan didampingi oleh ibu kandung
2. Kadar kortisol lebih rendah pada ibu bersalin yang didampingi oleh suami dibandingkan didampingi oleh ibu kandung
3. Terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dan kadar kortisol terhadap pada pendampingan saat bersalin yang didampingi oleh ibu kandung ataupun didampingi suami.



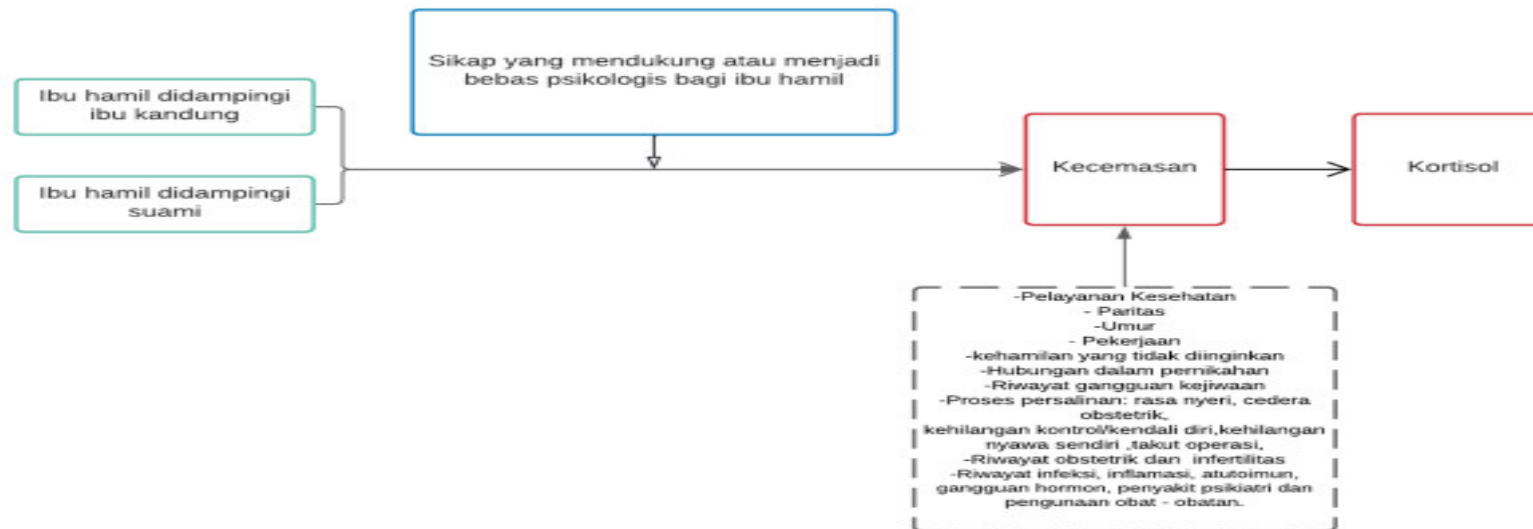
2.13 Kerangka Teori



Gambar 4 Kerangka Teori



2.14 Kerangka konsep



Gambar 5 Kerangka Konsep



Variable dependen

Variable independen



Variable
Confounding/ perancu



Variable Perantara

2.15 Definisi Operasional

Tabel 1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Kecemasan pada persalinanan	emosi dengan ciri gejala ketakutan dan ketegangan yang terjadi ibu saat bersalinan untuk pertama kali yang diukur setelah pasien mendapatkan pendampingan minimal 4 jam	Anamnesis menggunakan Kuesioner Kecemasan Persalinan KLP-II	Menanyakan pada ibu terkait pertanyaan pada kuesioner yang terdiri dari 9 pertanyaan. Untuk pertanyaan yang mendukung kecemasan, sangat setuju bernilai 4 sedangkan sangat tidak setuju bernilai 1, sebaliknya pada pertanyaan yang tidak mendukung	1. Tidak ada kecemasan: < 13 poin 2. kecemasan rendah: 13 poin. 3. Kecemasan sedang: 14-15 poin 4. kecemasan tinggi: 16-17 poin 5. kecemasan sangat tinggi: > 18 poin	Kategorik



			kecemasan, maka pendapat sangat setuju bernilai 1 dan sangat tidak setuju bernilai 4.		
Pendampingan saat proses persalinan	pendampingan yang dilakukan oleh ibu kandung atau suami dengan pemberian pengasuhan dan dukungan selama persalinan	Anamnesis dan observasional peneliti	Menanyakan dan memantau proses pendampingan saat bersalin	1. Didampingi oleh ibu kandung 2. Didampingi oleh Suami	Kategorik
Dukungan saat proses persalinan	Adanya penerimaan atau pemahaman oleh pendamping. kepedulian, perhatian, pujian atas keberhasilan, dan penerimaan	Anamnesis dan observasional peneliti	Menanyakan secara subjektif yang dirasakan oleh ibu post-partum	1. Ibu melahirkan mendapatkan dukungan oleh pendamping selama proses persalinan 2. Ibu melahirkan tidak mendapatkan dukungan	kategorik



	terhadap keluhan kesah ibu yang bersalin			oleh pendamping selama proses persalinan	
Bantuan saat proses persalinan	Bantuan berupa tindakan, sarana, tenaga dan berbagai fasilitas lain yang diberikan secara langsung selama proses persalinan.	Anamnesis dan observasional peneliti	Menanyakan secara subjektif yang dirasakan oleh ibu post-partum	1. Ibu melahirkan mendapatkan dukungan oleh pendamping selama proses persalinan 2. Ibu melahirkan tidak mendapatkan dukungan oleh pendamping selama proses persalinan	kategorik
Kadar Kortisol	Kortisol adalah salah satu hormon steroid yang diproduksi oleh kelenjar supradrenal sebagai respon dari	Pemeriksaan laboratorium	1. Darah subjek diambil saat kala 1 fase aktif 2. Diambil darah vena sebagai sampel	mcg/dl	numerik



	stres. Kortisol diukur pada pasien primigravida pada kala 1 fase aktif yang telah mendapatkan pendampingan selama minimal 4 jam		3.Sampel yang ada harus diperiksa dalam 24 jam pada suhu kamar.		
Usia ibu hamil	usia ibu hamil dihitung berdasarkan tanggal lahir yang dituliskan pada kuisisioner dinyatakan dalam satuan tahun.	Anamnesis dari hasil dari kuesioner.	Menanyakan pada ibu bersalin terkait pertanyaan tanggal lahir dan umur	1. Resiko tinggi, umur <20 dan >35 2. Resiko rendah, umur ≥20-≤35	kategorik
	Tingkat pendidikan formal terakhir yang	Anamnesis dari hasil dari kuesioner.	Menanyakan pada ibu terkait	1. ≤ 9 tahun 2. > 9 tahun	kategorik



	dimiliki oleh ibu bersalin		pertanyaan status pendidikan		
Status Pekerjaan	kegiatan setiap hari yang dijadikan sumber penghasilan oleh ibu bersalin	Anamnesis dari hasil dari kuesioner.	Menanyakan pada ibu terkait pertanyaan status pekerjaan	1. Bekerja, PNS, pegawai swasta, Buruh, Wirausaha 2. Tidak bekerja, IRT	kategorik
Status Ekonomi	total pendapatan ibu dan suami, berdasarkan upah minimum provinsi (UMP)	Anamnesis dari hasil dari kuesioner.	Menanyakan pada ibu terkait pertanyaan status ekonomi	1. Penghasilan Rp $\leq$ 3 juta 2. Penghasilan Rp $\geq$ 3 juta – $\leq$ 5 juta 3. Penghasilan Rp $>$ 5 juta	Kategorik

