

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori Konsep Takut Melahirkan

Ketakutan melahirkan atau *fear of childbirth* (FOC) adalah kecemasan atau kekhawatiran yang berlebihan terkait persalinan, yang dapat mencakup kekhawatiran akan rasa sakit, keselamatan ibu atau bayi, kontrol selama proses persalinan, serta aspek psikologis lainnya (Rúger-Navarrete *et al.*, 2023). Ketakutan dalam menghadapi persalinan (*fear of childbirth*) menjadi salah satu isu krusial yang rentan dialami oleh perempuan, baik pada masa kehamilan maupun pada fase pascapersalinan. Timbulnya kondisi tersebut umumnya dilatarbelakangi oleh berbagai determinan, di mana aspek psikologis dan lingkungan sosial menjadi faktor pemicu utamanya (Nilsson *et al.*, 2018). Ketakutan terhadap proses persalinan, yang dikenal dengan istilah tokofobia, ditandai oleh perasaan negatif yang intens serta kekhawatiran berlebihan. Tokofobia sering kali disertai dengan kecemasan yang memengaruhi aspek kognitif, seperti pikiran yang tidak terkendali. Ketakutan ini dapat berkembang menjadi proses negatif yang meningkatkan kecemasan dan rasa takut, namun dalam beberapa kasus juga bisa menjadi proses positif yang membantu individu dalam menghadapi dan menyelesaikan rasa cemas serta takut tersebut (Ternstrom, *et al.*, 2016).

2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Takut Melahirkan

Ketakutan menghadapi persalinan (*fear of childbirth*) adalah kondisi emosional yang lazim dialami oleh ibu hamil. Kondisi ini membawa implikasi signifikan terhadap kesejahteraan fisik dan psikologis ibu, sekaligus berpotensi memengaruhi kelancaran jalannya persalinan. Fenomena kecemasan ini tidak berdiri sendiri, melainkan dipicu oleh interaksi dari berbagai determinan yang kompleks. Adapun faktor-faktor

yang melatarbelakangi terjadinya ketakutan persalinan tersebut diuraikan sebagai berikut:

1. Faktor Demografi

Faktor Demografi yang mempengaruhi takut melahirkan beberapa diantaranya adalah:

a. Usia Ibu

Usia memengaruhi kesiapan biologis dan psikologis ibu dalam menghadapi persalinan. Ibu yang berusia sangat muda cenderung memiliki ketakutan yang lebih tinggi akibat keterbatasan pengalaman dan kematangan emosional. Sebaliknya, ibu usia reproduksi lanjut sering menunjukkan FOC yang lebih tinggi karena meningkatnya persepsi risiko komplikasi obstetri (Rondung *et al.*, 2016).

b. Tingkat Pendidikan

Latar belakang pendidikan memiliki korelasi yang kuat dengan tingkat literasi kesehatan serta daya tangkap terhadap informasi medis. Ibu hamil dengan tingkat pendidikan yang relatif rendah umumnya menghadapi kendala dalam menyerap dan menafsirkan informasi seputar proses persalinan. Kondisi minimnya pemahaman ini pada akhirnya memicu tingginya rasa ketidakpastian yang berujung pada peningkatan kecemasan (Wigert *et al.*, 2020). Namun, pendidikan tinggi tidak selalu bersifat protektif karena akses informasi yang berlebihan juga dapat meningkatkan overthinking dan kecemasan.

c. Pengalaman Persalinan Sebelumnya

Pengalaman persalinan sebelumnya membentuk representasi mental terhadap persalinan berikutnya. Pengalaman negatif seperti nyeri ekstrem, intervensi medis berlebihan, atau kurangnya komunikasi dari tenaga kesehatan dapat

menimbulkan trauma persalinan yang berdampak jangka panjang (Ayers *et al.*, 2021).

d. Status Sosial Ekonomi

Status ekonomi memengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan, kontinuitas perawatan antenatal, dan rasa aman finansial. Ketidakstabilan ekonomi dikaitkan dengan peningkatan stres kehamilan dan ketakutan menghadapi persalinan (Sheen & Slade, 2018).

2. Faktor Psikologis

Faktor psikologis Yang mempengaruhi takut melahirkan beberapa diantaranya adalah:

a. Kecemasan dan Distorsi Kognitif

Menurut teori kognitif, kecemasan muncul akibat distorsi berpikir seperti catastrophizing dan overgeneralization, di mana ibu membayangkan skenario terburuk terkait persalinan (Beck, 2011). Persepsi ancaman yang berlebihan memicu aktivasi sistem saraf simpatis dan memperkuat respons takut.

b. Kepercayaan Diri dan Self-Efficacy

Self-efficacy merujuk pada keyakinan individu terhadap kemampuannya menghadapi situasi tertentu. Ibu dengan childbirth self-efficacy rendah cenderung merasa tidak mampu mengatasi nyeri dan ketidakpastian persalinan (Bandura, 1997).

c. Regulasi Emosi

Kemampuan regulasi emosi yang buruk meningkatkan kerentanan terhadap stres persalinan. Ibu dengan riwayat gangguan kecemasan atau depresi memiliki risiko lebih tinggi mengalami FOC berat (Smith *et al.*, 2023).

3. Faktor Sosial dan Budaya

Faktor sosial dan budaya yang mempengaruhi takut melahirkan beberapa diantaranya adalah:

a. Dukungan Keluarga dan Pasangan

Dukungan sosial berfungsi sebagai faktor protektif psikologis. Kehadiran pasangan dan keluarga meningkatkan rasa aman, kontrol, dan kesiapan mental ibu (Anderson & Meleis, 2022).

b. Nilai Budaya dan Norma Sosial

Budaya membentuk makna persalinan melalui mitos, narasi kolektif, dan kepercayaan turun-temurun. Narasi persalinan yang menekankan penderitaan dan risiko kematian memperkuat ketakutan ibu hamil (Abebe *et al.*, 2024).

c. Pengetahuan Antenatal

Edukasi antenatal meningkatkan pemahaman ibu tentang proses fisiologis persalinan dan strategi koping nyeri, sehingga menurunkan ketakutan (Wigert *et al.*, 2020).

4. Faktor Medis

Faktor medis yang mempengaruhi takut melahirkan beberapa diantaranya adalah:

a. Komplikasi Kehamilan

Menurut Health Belief Model, persepsi kerentanan dan keparahan risiko meningkat pada ibu dengan komplikasi kehamilan, sehingga memicu ketakutan yang lebih intens (Rosenstock *et al.*, 1988). Penelitian menunjukkan komplikasi obstetri merupakan prediktor paling konsisten FOC berat (Sanjari *et al.*, 2021).

b. Ketakutan terhadap Prosedur Medis

Ketakutan terhadap tindakan medis seperti induksi, operasi sesar, atau episiotomi memperkuat FOC, terutama bila disertai pengalaman buruk sebelumnya (Nilsson *et al.*, 2018).

c. Ketersediaan Tenaga dan Fasilitas Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan yang responsif dan komunikatif meningkatkan rasa aman ibu dan menurunkan ketakutan persalinan.

2.1.3 Tingkat Takut Melahirkan

Tingkat ketakutan melahirkan pada ibu hamil dapat digambarkan sebagai spektrum mulai dari kekhawatiran normal hingga ketakutan patologis yang disebut tokophobia. Ketakutan ringan hingga sedang biasanya wajar dialami sebagian besar ibu hamil, terutama terkait rasa sakit, lamanya proses persalinan, atau kemungkinan komplikasi. Kekhawatiran ini sering kali dapat diatasi dengan informasi yang memadai, dukungan keluarga, serta bimbingan tenaga kesehatan (Kanellopoulos & Gourounti, 2025). Namun, pada sebagian ibu hamil, ketakutan tersebut berkembang menjadi bentuk yang lebih serius. Tingkat ketakutan yang tinggi dapat memunculkan gejala fisiologis seperti gangguan tidur, ketegangan emosional, bahkan serangan panik menjelang persalinan. Pada kondisi paling berat, yaitu tokofobia, ibu hamil mengalami ketakutan yang mendominasi pikiran, menurunkan kesiapan menghadapi persalinan, dan memengaruhi keputusan memilih metode kelahiran. Banyak perempuan dengan tokofobia cenderung meminta operasi caesar elektif meskipun tidak terdapat indikasi medis yang jelas (Demšar et al., 2018; Weaver et al., 2012).

Tingkat ketakutan ini penting diidentifikasi sejak masa antenatal dengan instrumen khusus, seperti *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*, sehingga intervensi psikologis dan edukasi dapat diberikan secara tepat untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesiapan ibu menghadapi proses persalinan (Striebich et al., 2018). Klasifikasi tingkat ketakutan melahirkan (tokophobia) umumnya menggunakan instrumen *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*, yang merupakan alat

ukur standar untuk menilai kecemasan menjelang persalinan. Skala ini membedakan ketakutan melahirkan menjadi beberapa kategori:

1. Ketakutan Rendah: skor W-DEQ < 37 . Kondisi ini dianggap wajar sebagai bagian dari kecemasan normal menjelang persalinan (Nilsson et al., 2018).
2. Ketakutan sedang: skor W-DEQ 38–65. Ibu hamil dalam kategori ini biasanya menunjukkan kekhawatiran lebih besar terkait rasa sakit, komplikasi, atau keselamatan bayi, tetapi masih dapat diatasi dengan dukungan dan edukasi (Demšar et al., 2018).
3. Ketakutan Tinggi / Severe FOC (Fear of Childbirth): skor W-DEQ 66–84. Pada tahap ini, ibu mulai menunjukkan tanda-tanda kecemasan signifikan, gangguan tidur, serta menghindari diskusi mengenai persalinan (Kızkın et al., 2024).
4. Tokofobia klinis: skor W-DEQ ≥ 85 . Kategori ini menggambarkan ketakutan patologis terhadap persalinan. Ibu hamil dengan skor ini sering kali meminta persalinan caesar elektif meskipun tanpa indikasi medis, dan berisiko tinggi mengalami gangguan mental seperti depresi antenatal atau PTSD pascapersalinan (Kanellopoulos & Gourounti, 2025).

2.1.4 Dampak Ketakutan Melahirkan

Ketakutan melahirkan (*fear of childbirth*, FOC) memberikan dampak signifikan bagi ibu maupun bayi, baik secara fisiologis maupun psikologis. Dari sisi obstetri, kecemasan berlebihan dapat memicu aktivasi sistem stres dengan peningkatan hormon kortisol dan adrenalin, yang berpengaruh terhadap kontraksi rahim serta suplai darah ke plasenta (Ali et al., 2022). Akibatnya, persalinan sering berlangsung lebih lama, lebih menyakitkan, dan meningkatkan kebutuhan intervensi medis seperti induksi, penggunaan alat bantu persalinan, maupun operasi sesar darurat (Slade et al., 2019). Selain itu, wanita dengan ketakutan tinggi lebih cenderung memilih operasi sesar elektif meskipun tanpa indikasi medis,

yang berpotensi meningkatkan angka sesar dan komplikasi obstetrik pada kehamilan berikutnya.

Dampak terhadap bayi juga penting diperhatikan. Stres maternal yang berkepanjangan berhubungan dengan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan distress janin akibat gangguan perfusi uteroplasenta (Ali *et al.*, 2022; He *et al.*, 2025). Konsekuensi ini dapat memengaruhi kesehatan neonatal serta perkembangan anak dalam jangka panjang.

Selain aspek fisik, FOC berdampak besar pada kesehatan mental ibu. Beberapa studi menunjukkan adanya hubungan antara ketakutan melahirkan dengan depresi pascapersalinan, kecemasan postpartum, dan gangguan stres pascatrauma (Alizadeh Dibazari *et al.*, 2023). Kondisi ini juga dapat mengganggu *bonding* ibu-bayi, pemberian ASI, serta kualitas hubungan keluarga. Bahkan, sebagian wanita cenderung menghindari kehamilan berikutnya akibat pengalaman melahirkan yang penuh ketakutan (Rondung *et al.*, 2024).

2.1.5 Strategi Intervensi dan Pencegahan

Mengatasi ketakutan melahirkan penting agar dampak negatif dapat diminimalkan. Berikut beberapa strategi yang terbukti atau direkomendasikan:

1. Identifikasi dini & screening

Menyaring ketakutan melahirkan sejak trimester awal atau menengah kehamilan agar intervensi bisa diterapkan lebih awal (Slade *et al.*, 2019; Rúger-Navarrete *et al.*, 2023).

2. Pendidikan prenatal/antenatal education

Meta-analisis menunjukkan bahwa pendidikan prenatal bersama perawatan rutin dapat mengurangi ketakutan melahirkan, intensitas rasa sakit saat persalinan, dan depresi postpartum dibandingkan dengan perawatan rutin saja. Namun, kualitas bukti masih dianggap

rendah hingga sedang karena keterbatasan metodologi studi (Alizadeh-Dibazari *et al.*, 2023).

3. **Konseling psikologis dan terapi perilaku kognitif (CBT)**

Pengalaman psikolog dalam menangani wanita dengan ketakutan melahirkan melaporkan bahwa intervensi psikologis, termasuk terapi CBT, sangat membantu dalam mengurangi kecemasan dan membangun strategi coping (Rondung *et al.*, 2024).

4. **Pelayanan dukungan (*support groups*, dukungan oleh tenaga kesehatan terlatih)**

Dukungan emosional, konseling ibu-ibu, atau kelompok sebaya dapat membantu wanita berbagi kekhawatiran dan belajar dari pengalaman orang lain.

5. **Rencana persalinan (*birth plan*) dan komunikasi dengan tim medis**

Menyusun rencana persalinan bersama penyedia layanan kesehatan (misalnya pilihan manajemen rasa sakit, intervensi minimal) dapat memberi rasa kontrol dan mengurangi kecemasan tentang hal-hal yang “tak terduga”.

6. **Intervensi non-farmakologis saat persalinan**

Teknik relaksasi, hipnosis, meditasi, dukungan doula, pendekatan persalinan yang minim intervensi, dan penggunaan manajemen nyeri yang baik dapat membantu mereduksi kecemasan selama persalinan.

2.2 **Konsep Dasar Persalinan**

2.2.1 **Pengertian Persalinan**

World Health Organization (WHO) memandang persalinan sebagai sebuah proses akhir dari masa kehamilan, di mana hasil konsepsi berupa janin dan plasenta dikeluarkan dari dalam tubuh ibu. Peristiwa ini umumnya terjadi tatkala janin telah mencapai usia matang, yakni sekitar 37 hingga 42 minggu, atau ketika ia sudah dinilai mampu bertahan hidup di luar rahim. Dalam praktiknya, perjalanan lahirnya bayi ini dapat melalui rute jalan lahir alami maupun jalur lainnya, baik yang

berlangsung secara spontan maupun dengan intervensi medis. Sebuah proses persalinan dikatakan ideal dan normal apabila bayi turun dengan posisi kepala terlebih dahulu (presentasi belakang kepala), seluruh rangkaian prosesnya memakan waktu tidak lebih dari 18 jam, serta berakhir dengan aman tanpa meninggalkan komplikasi apa pun pada ibu dan bayinya (Seri Wahyuni, dkk., 2023).

Secara umum, persalinan didefinisikan sebagai suatu proses pengeluaran janin, baik yang sudah cukup bulan maupun prematur, yang diikuti oleh keluarnya plasenta serta selaput ketuban. Proses ini dapat berlangsung melalui jalan lahir alami atau rute alternatif lainnya, yang digerakkan oleh kekuatan ibu secara mandiri maupun dengan bantuan intervensi medis (Kurnianingrum, 2016).

Berdasarkan (Diana & Rufaida, 2019), persalinan dapat dimaknai sebagai proses fisiologis berupa perubahan besar pada tubuh ibu untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang telah viabel ke dunia luar. Rangkaian proses ini diinisiasi oleh kontraksi rahim yang teratur hingga berujung pada keluarnya bayi dan plasenta, yang lazimnya memakan waktu 12 hingga 14 jam. Lebih spesifik, persalinan diklasifikasikan normal manakala terjadi secara spontan pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu) dengan presentasi belakang kepala, serta tuntas dalam waktu 18 jam tanpa memicu komplikasi medis bagi ibu dan janin.

2.2.2 Macam-Macam Persalinan

Persalinan dikelompokkan ke dalam tiga jenis. Pertama adalah persalinan spontan, yakni kelahiran yang berlangsung murni melalui jalan lahir berkat dorongan tenaga alami dari ibu tanpa intervensi penyulit. Kedua, persalinan buatan, yaitu proses kelahiran yang mengambil jalan pintas atau memerlukan bantuan tenaga mekanis dari luar, seperti prosedur operasi sesar maupun ekstraksi menggunakan forseps. Ketiga, persalinan anjuran (induksi), yang merupakan kelahiran tanpa inisiasi alami, melainkan harus didorong melalui serangkaian tindakan medis, seperti

pemecahan ketuban buatan maupun pemberian agen farmakologis berupa prostaglandin atau pitosin untuk memicu kontraksi.

2.2.3 Klasifikasi Persalinan Berdasarkan Usia Kehamilan

Ditinjau dari usia gestasi dan taksiran berat janin saat dilahirkan, proses persalinan diklasifikasikan ke dalam lima kategori, yaitu:

1. Abortus: Terminasi atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum kehamilan memasuki usia 22 minggu, atau saat janin memiliki berat kurang dari 500 gram.
2. Partus imatur (*Immaturus*): Kelahiran yang terjadi pada rentang usia gestasi 22 hingga batas 28 minggu, atau dengan berat lahir bayi antara 500 hingga 999 gram.
3. Partus prematur (*prematurus*): Persalinan yang berlangsung saat usia kehamilan mencapai 28 hingga kurang dari 37 minggu, di mana berat janin umumnya berkisar antara 1.000 hingga 2.499 gram.
4. Partus Matur/Aterm (*Maturus/A'terme*): Persalinan normal atau cukup bulan yang terjadi pada rentang usia kehamilan 37 hingga 42 minggu, dengan berat badan bayi lahir mencapai 2.500 gram atau lebih
5. Partus Postmatur/Serotinus (*Postmaturus*): Persalinan lewat waktu, yakni ketika pengeluaran janin terjadi setelah kehamilan melampaui usia 42 minggu.

2.2.4 Tanda-Tanda Persalinan

Gejala klinis yang menandakan mulainya proses persalinan meliputi timbulnya his pembukaan (kontraksi uterus), perubahan serviks, *bloody show*, dan pecahnya ketuban. His persalinan memiliki karakteristik khas, yakni rasa nyeri yang menjalar dari pinggang belakang ke perut bagian depan secara teratur. Intensitas kontraksi ini akan makin kuat dengan interval yang makin singkat (minimal 2 kali per 10 menit),

terutama saat ibu beraktivitas fisik. Kontraksi ini secara mekanis akan menyebabkan penipisan dan pembukaan leher rahim (serviks).

Sejalan dengan dilatasi serviks tersebut, kapiler darah pada segmen bawah rahim akan terputus akibat lepasnya selaput janin, sehingga kanalis servikalis akan mengeluarkan sumbatan lendir bercampur darah (*bloody show*). Tanda lainnya adalah pecahnya selaput ketuban yang ditandai dengan keluarnya cairan dari jalan lahir. Meskipun idealnya ketuban pecah pada fase pembukaan lengkap, tidak jarang selaput ini robek lebih awal atau yang dikenal dengan Ketuban Pecah Dini (PROM). Apabila hal ini terjadi, persalinan diharapkan sudah dapat dimulai dalam rentang waktu 24 jam pasca-keluarnya cairan ketuban.

2.2.5 Tahapan Persalinan

1. Kala I (Fase Pembukaan)

Tahap pertama atau Kala I dalam persalinan merupakan periode yang diinisiasi oleh kontraksi rahim secara teratur sehingga menyebabkan penipisan serta pembukaan leher rahim (serviks), dan dinyatakan selesai apabila dilatasi telah mencapai ukuran maksimal (10 cm). Secara keseluruhan, durasi kala I berkisar antara 18 hingga 24 jam, yang mekanismenya terbagi ke dalam fase laten dan fase aktif.

Fase laten merupakan tahapan awal dengan progres pembukaan serviks yang relatif lambat (kurang dari 4 cm) dan biasanya memakan waktu hingga 8 jam. Selanjutnya, ibu akan memasuki fase aktif yang mencakup siklus akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi. Pada fase aktif ini, his menjadi sangat adekuat—ditandai dengan frekuensi kontraksi minimal 3 kali per 10 menit dengan durasi di atas 40 detik. Progresi pembukaan serviks juga berlangsung jauh lebih cepat, yakni minimal 1 cm per jam (dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm), yang secara simultan diikuti oleh pergerakan turunnya bagian terendah janin menuju panggul.

2. Kala II (Fase Pengeluaran Janin)

Kala II merupakan tahapan yang dimulai saat pembukaan serviks telah dinyatakan lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi secara utuh. Durasi proses ini bervariasi, yakni memakan waktu maksimal 2 jam (dengan rata-rata 1,5 jam) pada ibu primigravida, dan maksimal 1 jam (rata-rata 0,5 jam) pada ibu multipara. Indikator klinis yang menandakan bahwa proses persalinan kala II telah dekat meliputi:

- a. Timbulnya dorongan kuat dari ibu untuk meneran atau mengejan.
- b. Tampak penonjolan pada area perineum.
- c. Sfingter ani, vulva, dan vagina yang mulai membuka.
- d. Keluarnya cairan ketuban dalam jumlah yang lebih banyak.
- e. Peningkatan intensitas his (kontraksi), yang menjadi jauh lebih kuat dan cepat dengan interval setiap 2–3 menit.

Selama kala II berlangsung, petugas kesehatan wajib melakukan observasi ketat yang mencakup tiga aspek utama, yaitu:

- a. Tenaga/Usaha Ibu (*Power*): Meliputi evaluasi kekuatan ibu saat mengejan dan pemantauan his melalui palpasi (menilai frekuensi, durasi, serta kekuatan kontraksi) setiap 10 menit.
- b. Kondisi Ibu (*Maternal*): Meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital seperti nadi dan tekanan darah setiap 30 menit. Selain itu, respons fisik ibu secara keseluruhan juga harus diperhatikan, termasuk tingkat kelelahan/energi, perubahan perilaku, dan ada tidaknya tanda dehidrasi.
- c. Kondisi Janin (*Passenger*): Meliputi pemantauan Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 15 menit (atau lebih sering saat proses kelahiran semakin dekat), observasi penurunan presentasi atau putaran paksi janin, serta penilaian terhadap warna cairan ketuban.

3. Kala III (Fase Pengeluaran Plasenta)

Kala III, yang juga dikenal sebagai kala uri, merupakan periode yang dihitung sesaat setelah bayi lahir hingga plasenta dan selaput ketuban berhasil dikeluarkan. Proses persalinan ini idealnya berlangsung maksimal 30 menit. Untuk meminimalkan risiko perdarahan, dilakukan intervensi berupa pemberian hormon oksitosin untuk menjaga kontraksi rahim, yang diiringi dengan manuver Peregang Tali Pusat Terkendali (PTT). Terlepasnya plasenta dari segmen bawah rahim ditandai oleh beberapa tanda klinis, antara lain:

- a. Perubahan bentuk dan posisi uterus (rahim menjadi lebih bundar/globuler dan terdorong ke arah atas).
 - b. Tali pusat yang menjulur keluar dari vagina tampak semakin memanjang.
 - c. Munculnya semburan darah dari jalan lahir secara tiba-tiba.
4. Kala IV (Fase Observasi dan Pemulihan)

Kala IV adalah masa pengawasan yang berlangsung selama dua jam pertama pascakeluarnya plasenta. Fase ini merupakan periode paling kritis karena ibu sangat rentan mengalami komplikasi perdarahan *postpartum*. Oleh karena itu, observasi intensif mutlak diperlukan dengan jadwal pemantauan setiap 15 menit pada satu jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua (frekuensi dapat ditingkatkan apabila kondisi ibu tidak stabil). Fokus utama observasi pada kala IV mencakup:

- a. Tingkat kesadaran ibu.
- b. Stabilitas tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan).
- c. Kekuatan kontraksi uterus (rahim harus teraba keras).
- d. Volume perdarahan pervaginam, di mana jumlah darah yang keluar berkisar antara 400 hingga 500 cc masih diklasifikasikan sebagai perdarahan fisiologis yang normal.

2.3 Peran Bidan dalam Mengatasi Takut Melahirkan pada Ibu Hamil

akut melahirkan merupakan masalah psikologis yang membutuhkan pendekatan komprehensif dan berkesinambungan. Dalam sistem pelayanan kesehatan maternal, bidan memiliki posisi strategis karena memberikan asuhan secara kontinu sejak masa antenatal, intranatal, hingga postnatal. Berdasarkan prinsip woman-centered care, bidan berperan tidak hanya sebagai pemberi pelayanan klinis, tetapi juga sebagai pendukung psikologis dan fasilitator adaptasi ibu terhadap kehamilan dan persalinan (WHO, 2022). Berikut peran bidan dalam masyarakat dalam mengatasi takut melahirkan pada ibu hamil:

2.3.1 Peran Bidan dalam Deteksi Dini Takut Melahirkan

Deteksi dini merupakan langkah fundamental dalam pencegahan takut melahirkan yang berat atau tokophobia. Berdasarkan teori pencegahan primer, masalah psikologis yang teridentifikasi lebih awal memiliki peluang lebih besar untuk ditangani secara efektif sebelum berkembang menjadi gangguan yang kompleks (Nilsson *et al.*, 2018). Bidan berperan dalam melakukan skrining sistematis pada masa antenatal, khususnya trimester II dan III, dengan menggunakan instrumen terstandar seperti Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). Instrumen ini memungkinkan bidan mengidentifikasi ibu dengan tingkat ketakutan ringan, sedang, maupun berat, sehingga intervensi dapat disesuaikan dengan tingkat kebutuhan ibu (Wijma *et al.*, 1998). Deteksi dini juga penting untuk mengidentifikasi faktor risiko, seperti riwayat komplikasi kehamilan, pengalaman persalinan traumatis, atau gangguan kecemasan sebelumnya, yang menurut penelitian merupakan prediktor kuat terjadinya FOC (Ayers *et al.*, 2021).

2.3.2 Peran Bidan sebagai Edukator dan Peningkat Literasi Kesehatan

Dalam kerangka teori kognitif, ketakutan melahirkan sering kali muncul akibat distorsi kognitif, seperti persepsi berlebihan terhadap nyeri dan risiko persalinan (Beck, 2011). Oleh karena itu, edukasi yang

diberikan bidan berfungsi untuk memperbaiki pemahaman ibu terhadap proses fisiologis persalinan. Bidan berperan dalam memberikan informasi yang akurat, mudah dipahami, dan berbasis bukti mengenai tahapan persalinan, mekanisme nyeri, pilihan manajemen nyeri, serta tanda bahaya yang nyata dan yang normal. Penelitian menunjukkan bahwa edukasi antenatal yang komprehensif meningkatkan sense of control dan self-efficacy ibu, sehingga menurunkan tingkat ketakutan dan kecemasan (Wigert *et al.*, 2020). Edukasi ini dapat diberikan melalui kelas ibu hamil, konseling individual, maupun media audiovisual.

2.3.3 Peran Bidan sebagai Konselor dan Pendukung Psikologis

Bidan berperan sebagai konselor melalui hubungan terapeutik yang berlandaskan empati, kepercayaan, dan komunikasi efektif. Dalam teori supportive counseling, validasi emosi dan kesempatan mengekspresikan ketakutan terbukti menurunkan intensitas kecemasan (Anderson & Meleis, 2022). Melalui konseling, bidan membantu ibu mengenali sumber ketakutan, mengekspresikan pengalaman negatif sebelumnya, mengembangkan strategi koping yang adaptif. Ayers *et al.* (2021) menegaskan bahwa dukungan emosional dari tenaga kesehatan, khususnya bidan, berperan signifikan dalam menurunkan ketakutan persalinan dan mencegah berkembangnya trauma persalinan.

2.3.4 Peran Bidan dalam Pendekatan Non-Farmakologis

Pendekatan nonfarmakologis merupakan bagian penting dari asuhan kebidanan holistik. Berdasarkan Fear-Avoidance Model, rasa takut meningkatkan ketegangan otot dan sensitivitas nyeri, sehingga memperburuk pengalaman persalinan (Vlaeyen & Linton, 2020). Bidan berperan dalam mengajarkan teknik seperti latihan pernapasan, relaksasi progresif, visualisasi positif, hypnobirthing, mindfulness-based intervention. Intervensi ini membantu ibu mengendalikan respons stres,

menurunkan aktivasi sistem saraf simpatik, serta meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi persalinan.

2.3.5 Peran Bidan dalam Memfasilitasi Dukungan Sosial dan Keluarga

Menurut teori transisi, dukungan sosial merupakan faktor protektif utama dalam menghadapi perubahan peran dan stres selama kehamilan (Anderson & Meleis, 2022). Bidan berperan mengintegrasikan pasangan dan keluarga dalam proses asuhan. Di Indonesia, budaya kolektivistik menjadikan keluarga sebagai sumber dukungan utama. Bidan memfasilitasi keterlibatan keluarga melalui kelas ibu hamil, edukasi pasangan, dan pendampingan persalinan. Keterlibatan ini terbukti meningkatkan rasa aman dan menurunkan ketakutan persalinan (Kemenkes RI, 2022).

2.3.6 Peran Bidan dalam Rujukan dan Kolaborasi Profesional

Pada kasus takut melahirkan berat, bidan berperan sebagai gatekeeper yang melakukan rujukan tepat waktu ke psikolog atau psikiater. Kolaborasi multidisipliner ini penting untuk mencegah dampak lanjutan seperti depresi postpartum dan gangguan bonding ibu-bayi (Smith *et al.*, 2023). Bidan tetap berperan dalam mendampingi ibu selama proses rujukan, sehingga kontinuitas asuhan tetap terjaga.

2.4 Instrumen Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire (WDEQ)

Ketakutan melahirkan akan diukur menggunakan instrumen Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire Version A (WDEQ-A) yang dikembangkan oleh Wijma *et al.* (1998). Instrumen W-DEQ versi A telah banyak digunakan diberbagai negara untuk mengukur perasaan takut mengenai persalinan yang akan di hadapi. W-DEQ-A adalah kuesioner yang terdiri dari 33 item. Item-item dinilai pada skala tipe Likert 0–5 yang berkisar dari 0 (tidak sama sekali) hingga 5 (sangat). Skor minimum dan maksimum kuesioner adalah 0 dan 165, Skor yang tertinggi mencerminkan tingkat ketakutan yang lebih tinggi. Hasil uji reliabilitas instrumen dalam bahasa Indonesia dengan Cronbach's alpha yaitu 0.938 yang menunjukan sangat

baik. Indeks validitas konten dari instrumen ini yang dinilai oleh enam ahli berkisar antara 0,67 hingga 1 dan memiliki rata-rata 0,904. Hasil tersebut menunjukkan bahwa instrumen W-DEQ versi A bahasa Indonesia valid dan reliabel sehingga dapat digunakan untuk mengukur rasa takut ibu hamil (Astuti, *et al.* 2022)

Penelitian internasional menunjukkan bahwa W-DEQ-A merupakan instrumen yang valid dan reliabel untuk mengukur ketakutan melahirkan, meskipun struktur faktornya sering kali bersifat multidimensional ketika diuji di berbagai budaya. Kajian besar di Swedia oleh Wijma *et al.*, sebagai pengembang awal instrumen, menegaskan reliabilitas internal yang tinggi ($\alpha = 0,87$) serta validitas konstruk yang kuat melalui korelasi signifikan dengan kecemasan dan pengalaman persalinan negatif (Wijma *et al.*, 1998). Studi adaptasi di Spanyol menemukan bahwa W-DEQ-A menghasilkan empat faktor psikologis utama dengan reliabilitas sangat baik ($\alpha = 0,91$), menunjukkan bahwa instrumen ini mampu menangkap dimensi ketakutan melahirkan secara luas pada populasi Mediterania (García-Jiménez *et al.*, 2023). Hasil serupa muncul pada penelitian di Tiongkok, di mana W-DEQ-A menunjukkan struktur empat faktor, reliabilitas tinggi ($\alpha = 0,907$), serta validitas konvergen yang baik melalui korelasi dengan ukuran kecemasan dan depresi (Zhang *et al.*, 2021). Dalam konteks Afrika Timur, validasi W-DEQ-A pada ibu hamil di Malawi menegaskan reliabilitas yang memadai ($\alpha = 0,84$) dan mendukung validitas diskriminan karena dapat membedakan tingkat ketakutan berdasarkan status risiko kehamilan (Chidyaonga-Maseko *et al.*, 2020). Secara keseluruhan, temuan lintas negara menunjukkan bahwa meskipun jumlah dan komposisi faktor dapat berbeda misalnya, tujuh faktor pada adaptasi Kiswahili W-DEQ-A konsisten menunjukkan stabilitas psikometrik dan kemampuan yang kuat untuk mengukur ketakutan melahirkan pada berbagai populasi global.

2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas, peneliti merumuskan kerangka konsep sebagai berikut: rasa takut melahirkan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor demografi, psikologis, sosial dan budaya, serta faktor medis. Faktor-faktor tersebut dapat memicu munculnya ketakutan pada ibu hamil, yang pada akhirnya berdampak pada kondisi psikologis, kesehatan mental, serta kesejahteraan ibu, baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan. Ketakutan terhadap persalinan dapat dideteksi melalui skrining menggunakan alat yang disebut *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*.

