

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persalinan

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Mutmainah UI Annisa et al., 2021).

Menurut (Alizadeh-Dibazari et al., 2024) Persalinan adalah proses transisi yang luar biasa sekaligus menantang dari seorang ibu hamil menjadi seorang ibu, yang menciptakan kenangan seumur hidup dan berdampak pada kesehatan fisik dan mental seorang perempuan, serta ikatannya dengan bayi yang baru lahir.

2.1.2 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi tiga tahap yaitu Kala I, Kala II, dan Kala III persalinan. Tahapan pertama adalah awal persalinan sampai lengkap hingga lahirnya janin dan tahap ketiga adalah dari lahirnya janin sampai lahirnya plasenta lengkap dan selaput ketuban (Whittington et al., 2020)

1. Tahap Pertama Persalinan

Tahap pertama persalinan dimulai saat persalinan dimulai dan berakhir dengan dilatasi serviks penuh hingga 10 sentimeter. Persalinan sering kali dimulai secara spontan atau dapat diinduksi secara medis untuk berbagai indikasi ibu atau janin. Meskipun menentukan kapan persalinan dimulai secara tepat mungkin tidak tepat, persalinan secara umum didefinisikan sebagai permulaan saat kontraksi menjadi kuat dan berjarak teratur sekitar 3 hingga 5 menit. Wanita mungkin mengalami kontraksi yang menyakitkan selama kehamilan yang tidak menyebabkan dilatasi atau penipisan serviks, yang disebut sebagai persalinan palsu (Hutchison J, 2024).

1) Kala I (kala pembukaan).

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala satu dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase-fase dalam kala I persalinan:

- a) Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm. Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam (Ohorella, 2022).
- b) Fase aktif persalinan ditandai dengan frekuensi dan lamanya kontraksi yang terus meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm). Pada tahapan ini terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu:
 - a. Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

- b. Fase di atasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c. Fase deselerasi: pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan (Ohorella, 2022).
- c) Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan pada kala I fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Ohorella, 2022).

2. Tahapan Kedua Persalinan

Kala dua persalinan berlangsung dari dilatasi serviks lengkap hingga 10 sentimeter dan berakhir dengan lahirnya janin. Selama kala ini, peristiwa utama penurunan dan rotasi terjadi saat janin melewati jalan lahir. Pada sebagian besar persalinan normal, penurunan dimulai selama fase deselerasi dilatasi saat serviks ditarik ke atas di sekitar bagian presentasi janin. Setelah cincin serviks mencapai diameter terlebar bagian tersebut dan tidak dapat diraba lagi, cincin tersebut dianggap telah melebar sepenuhnya, sehingga menghilangkan hambatan serviks terhadap jalannya janin (Cohen & Friedman, 2024).

Pada wanita yang menerima anestesi neuraksial, kala dua persalinan biasanya berlangsung kurang dari 4 jam pada wanita nulipara dan kurang dari 3 jam pada wanita multipara. Jika kala II persalinan berlangsung lebih lama dari parameter tersebut, maka kala II dianggap memanjang. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi lamanya kala II persalinan antara lain faktor janin

seperti ukuran dan posisi janin, faktor ibu seperti bentuk panggul, besarnya tenaga ekspulsi, penyakit penyerta seperti hipertensi atau diabetes, usia, dan riwayat persalinan sebelumnya (Hutchison J, 2024).

3. Tahap Ketiga Persalinan

Kala III persalinan merupakan periode waktu antara kelahiran bayi hingga keluarnya plasenta. Pada tahap ini, kontraksi rahim menyebabkan plasenta terpisah dan dikeluarkan dari rahim. Intensitas kontraksi miometrium pada kala III lebih tinggi dibandingkan tahap persalinan sebelumnya, membantu memisahkan plasenta dari dinding rahim, mengecilkan area perlekatan plasenta, dan mempersempit aliran darah. Tanda-tanda khas pemisahan plasenta meliputi kontraksi rahim yang mengubah bentuk fundus menjadi lebih bulat, keluarnya darah dari vagina, dan pemanjangan tali pusat. Secara umum, plasenta lahir dalam waktu 6 hingga 10 menit setelah bayi dilahirkan, biasanya setelah 2 hingga 3 kontraksi rahim. Sebuah penelitian besar menunjukkan bahwa durasi median kala III persalinan adalah 6 menit (rentang interkuartil 4–10 menit), dengan risiko komplikasi meningkat jika plasenta belum keluar setelah 30 menit. Lamanya kala III persalinan juga bervariasi berdasarkan usia kehamilan, dengan durasi yang cenderung lebih singkat pada kehamilan yang lebih tua (Hersh et al., 2024).

2.1.3 Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan merupakan suatu keadaan yang mengancam keselamatan ibu dan janin yang dikandungnya yang disebabkan oleh gangguan langsung pada saat persalinan berlangsung. Komplikasi persalinan merupakan suatu kegawatdaruratan obstetri yang paling sering menyebabkan kematian ibu. Pertolongan persalinan komplikasi, sesuai standar harus dilakukan di rumah sakit yang lengkap fasilitasnya, wajib ditolong dokter spesialis kandungan.

Hal ini disebabkan karena kondisi kritis pada proses persalinan yang menimbulkan masalah luar biasa bagi ibu dan keluarga, oleh karena itu perlu cara untuk mencegah timbulnya risiko dengan deteksi dini faktor risiko (Arifah & Kusumawati, 2025) .

Menurut (Setyorini & Marasabessy, 2022) faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian komplikasi tersebut antara lain:

1. Faktor usia ibu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya komplikasi persalinan dikarenakan semakin muda usia ibu saat terjadi persalinan maka semakin besar kemungkinan terjadi komplikasi akibat panggul ibu yang masih sempit serta alat-alat reproduksi yang belum matur.
2. Usia kehamilan yang terlalu muda saat persalinan mengakibatkan bayi yang dilahirkan menjadi premature.
3. Status perkawinan ibu mempengaruhi psikologis ibu selama proses kehamilan dan persalinan serta keteraturan dalam memeriksakan kehamilan juga mempengaruhi terjadinya komplikasi saat persalinan sebab apabila terjadi kelainan tidak dapat terdeteksi secara dini.

2.1.3.1 Etiologi dan Faktor Risiko Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan dapat disebabkan oleh faktor derajat kesehatan ibu yang rendah dan kesiapan yang kurang untuk hamil, kurangnya pelayanan pemeriksaan antenatal yang diperoleh, pertolongan persalinan dan perawatan pada masa setelah persalinan dini masih kurang, kualitas pelayanan antenatal masih rendah dan dukun bayi belum sepenuhnya mampu melaksanakan deteksi risiko tinggi sedini mungkin serta belum semua rumah sakit kabupaten sebagai tempat rujukan dari puskesmas mempunyai peralatan yang cukup untuk melaksanakan fungsi obstetri esensial (Ramie Augustine et al., 2024).

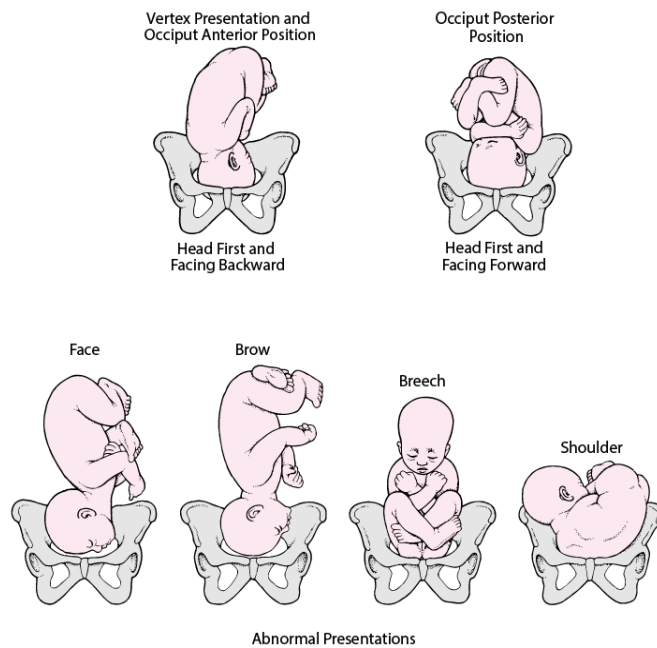
Faktor risiko lain berasal dari kondisi kehamilan, seperti adanya kehamilan ganda, hipertensi atau preeklamsia, ketuban pecah dini, serta infeksi selama kehamilan. Faktor-faktor ini memperbesar kerentanan ibu mengalami komplikasi dan memperburuk prognosis persalinan (Safhira & Ermi, 2024). Perawatan pranatal yang baik, pemantauan ketat, dan kerja sama antara ibu hamil dan tenaga kesehatan dapat membantu mengurangi risiko komplikasi dan memastikan persalinan yang aman dan sehat. Dengan bimbingan medis yang tepat, banyak komplikasi dapat dikelola dengan efektif, memberikan hasil terbaik bagi ibu dan bayi.

2.1.3.2 Jenis Komplikasi Persalinan

Menurut (Moldenhauer, 2024) jenis komplikasi persalinan diantaranya adalah:

1. Kelainan Presentasi dan Posisi (Malposisi)

Malposisi adalah posisi kepala janin relatif terhadap panggul dengan oksiput sebagai titik acuan, atau malposisi adalah kelainan bagian atas kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penandanya) relatif terhadap panggul ibu. Posisi yang salah dapat memperpanjang proses persalinan. Jika kepala dalam keadaan fleksi, yaitu kedudukan oksiput lebih rendah (anterior) dari sinsiput maka posisinya normal. Sebaliknya jika oksiput berada di atas posterior dari diameter transversal pelvis, maka hal keadaan malposisi. Variasi presentasi janin meliputi wajah, dahi, sungsang, dan bahu. Posisi oksiput posterior (menghadap ke depan, ke arah tulang kemaluan ibu) lebih jarang terjadi dibandingkan posisi oksiput anterior (menghadap ke belakang, ke arah tulang belakang ibu) (Ramie Augustine et al., 2024).



Gambar 2. 1 Variasi Posisi dan Presentasi Janin
 Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan
 Moldenhauer (2024)

Beberapa variasi dalam posisi dan presentasi yang menyulitkan kelahiran sering terjadi,

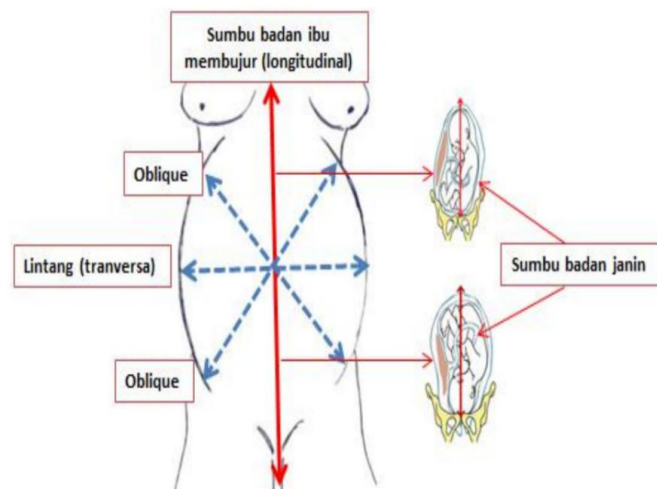
a. Posisi oksiput posterior

Pada posisi oksiput posterior (sunny-side up), janin berada di bagian kepala terlebih dahulu (presentasi verteks) tetapi menghadap ke depan (ke arah tulang kemaluan ibu—yaitu menghadap ke atas ketika ibu berbaring telentang). Ini adalah posisi yang sangat umum dan tidak abnormal, tetapi membuat persalinan lebih sulit dibandingkan ketika janin berada dalam posisi oksiput anterior (menghadap ke arah tulang belakang ibu—yaitu menghadap ke bawah saat ibu berbaring telentang). Saat janin menghadap ke atas, leher sering kali diluruskan alih-alih dibengkokkan, yang membutuhkan lebih banyak ruang bagi kepala

untuk melewati jalan lahir. Kelahiran dibantu dengan alat vakum atau forseps atau mungkin perlu operasi sesar (Moldenhauer, 2024).

b. Presentasi Sungsang

Pada presentasi sungsang, posisi bokong bayi atau terkadang kaki keluar terlebih dahulu (sebelum kepala), letak janin memanjang dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di bawah di atas pintu atas panggul/symphisis. Sumbu badan janin sama dengan sumbu badan ibu.



Gambar 2. 2 Sumbu Badan Ibu

Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan Prijatni (2022)

Ketika dilahirkan melalui vagina, bayi dengan presentasi bokong terlebih dahulu lebih berisiko mengalami cedera atau bahkan kematian daripada bayi yang muncul kepala terlebih dahulu. Alasan risiko pada bayi dengan presentasi bokong adalah karena pinggul dan bokong bayi tidak selebar kepala. Oleh karena itu, ketika pinggul dan bokong melewati leher rahim terlebih dahulu, jalan lahir mungkin tidak cukup lebar untuk dilewati oleh kepala. Selain itu, ketika

kepala mengikuti bokong, leher mungkin sedikit bengkok ke belakang. Leher yang ditekuk ke belakang memerlukan jalan lahir yang lebih lebar dibandingkan dengan ketika kepala dimiringkan ke depan dengan dagu tertekuk, yang merupakan posisi termudah untuk persalinan. Dengan demikian, tubuh bayi dapat dilahirkan namun kepala bayi dapat tersangkut dan tidak dapat melewati jalan lahir. Ketika kepala bayi tersangkut, hal ini menekan tali pusar di jalan lahir, sehingga sangat sedikit oksigen yang dapat menjangkau bayi. Kerusakan otak karena kurangnya oksigen lebih sering terjadi pada bayi sungsang daripada bayi yang presentasinya kepala terlebih dahulu. Pada ibu yang baru pertama kali melahirkan, masalah ini lebih sering terjadi karena jaringan tubuh ibu belum teregang akibat persalinan sebelumnya. Mengingat risiko cedera atau bahkan kematian pada bayi, kelahiran sesar lebih diutamakan jika janin berada dalam presentasi sungsang, kecuali jika dokter sangat berpengalaman dan terampil dalam melahirkan bayi sungsang atau tidak ada fasilitas atau peralatan yang memadai untuk melakukan kelahiran sesar dengan aman. Presentasi sungsang terjadi dalam persalinan dimulai terlalu cepat (persalinan prematur), terdapat lebih dari satu janin (kehamilan ganda), rahim berbentuk tidak normal atau berisi pertumbuhan abnormal seperti fibroid, dan janin memiliki cacat lahir (Priyatni, 2022).

c. Presentasi Dahi

Posisi kepala antara membengkok/fleksi dan meregang/defleksi, sehingga dahi berada pada bagian

paling bawah disebut presentasi dahi. Posisi ini sering kali bervariasi ke letak muka atau belakang kepala, presentasi ini sering berubah menjadi presentasi verteks (atas kepala) sebelum atau selama persalinan. Kepala melewati panggul dengan dahi mendatar/miring seiring putaran paksi dalam, dahi menghadap ke depan dan terletak di bawah lengkung kemaluan (arkus pubis), kemudian terjadi fleksi, sehingga bagian belakang kepala terlahir melewati perineum lalu membelok/defleksi hingga lahirlah dagu. Penyebab dari Posisi dahi yang salah (malposisi) dapat disebabkan oleh panggul ibu yang sempit, janin yang besar, kehamilan ganda, kelainan bentuk janin, dan kematian janin dalam kandungan. Komplikasi pada ibu dapat menyebabkan persalinan lama, robekan parah, dan pecahnya rahim. Sementara dampaknya terhadap anak adalah tingginya angka kematian janin (Ramie Augustine et al., 2024).

d. Presentasi Wajah/Muka

Presentasi wajah, dimana leher janin fleksi ke belakang sehingga wajah janin yang muncul terlebih dulu, presentasi muka adalah terjadinya ekstensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba pada muka janin adalah mulut, hidung dan pipi. Etiologi dapat disebabkan oleh diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transversa, segmen depan menyempit, otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara, kepala janin yang kecil dan bulat (Novelyn, 2021).

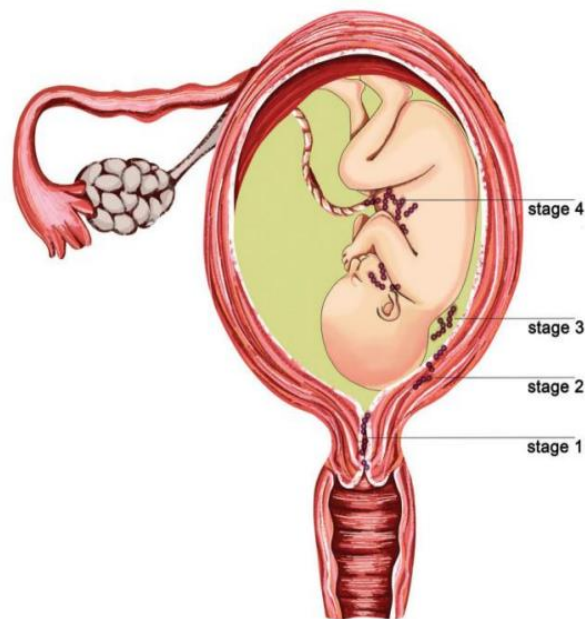
e. Letak Melintang

Letak lintang adalah kondisi di mana sumbu panjang janin berada tegak lurus terhadap sumbu panjang tubuh ibu, sehingga janin melintang di dalam rahim. Kepala janin biasanya berada di salah satu fosa iliaka, sementara bokong di fosa iliaka yang lain. Biasanya, bokong janin terletak sedikit lebih tinggi dibandingkan kepala, dengan bahu berada di pintu atas panggul. Beberapa faktor penyebab letak lintang meliputi dinding perut ibu yang terlalu teregang, umumnya akibat multiparitas, terutama pada ibu dengan paritas 4 atau lebih, di mana insiden ini hampir sepuluh kali lebih tinggi dibandingkan ibu nullipara. Relaksasi dinding perut pada ibu multipara dapat menyebabkan rahim jatuh ke depan, membuat sumbu panjang janin defleksi dan menjauhi jalan lahir, sehingga menyebabkan posisi melintang. Pada janin prematur, posisi janin belum menetap dan janin masih dapat berputar, menyebabkan posisi melintang (Ilham & Zulfadli, 2025).

2. Infeksi Intraamnion

Infeksi intraamnion atau korioamnionitis merupakan infeksi dan peradangan akut yang melibatkan lapisan korion dan amnion pada selaput janin, cairan ketuban, dan desidua plasenta. Infeksi intraamnion dapat menyebabkan komplikasi maternal yang serius seperti sepsis, persalinan lama, infeksi luka, perlunya histerektomi, endometritis postpartum, perdarahan postpartum, sindrom gangguan pernapasan dewasa, masuk ke unit perawatan intensif, dan, dalam kasus yang jarang terjadi, kematian ibu. Infeksi intraamnion menyebabkan komplikasi pada 40%–

70% kelahiran prematur dan 1%–13% kelahiran cukup bulan dengan pecahnya ketuban prematur atau persalinan spontan. Faktor risiko meliputi penggunaan alkohol, amnioinfusi, vaginosis bacterial, anestesi epidural, kolonisasi streptokokus grup B, indeks massa tubuh tinggi (obesitas), kondisi immuno compromised, jam kerja persalinan yang panjang, jam kerja kala dua yang panjang, cairan ketuban yang diwarnai meconium, banyaknya pemeriksaan serviks, banyaknya pemeriksaan vagina digital (terutama dengan membran yang pecah), nuliparitas, penyakit periodontal, pecahnya membran yang berkepanjangan, persalinan yang lama, merokok, infeksi menular seksual, prosedur vagina invasif seperti elektroda kulit kepala janin atau kateter tekanan intrauterine, induksi dengan kateter balon tunggal, dan kehamilan kembar dengan persalinan prematur dan membran utuh.

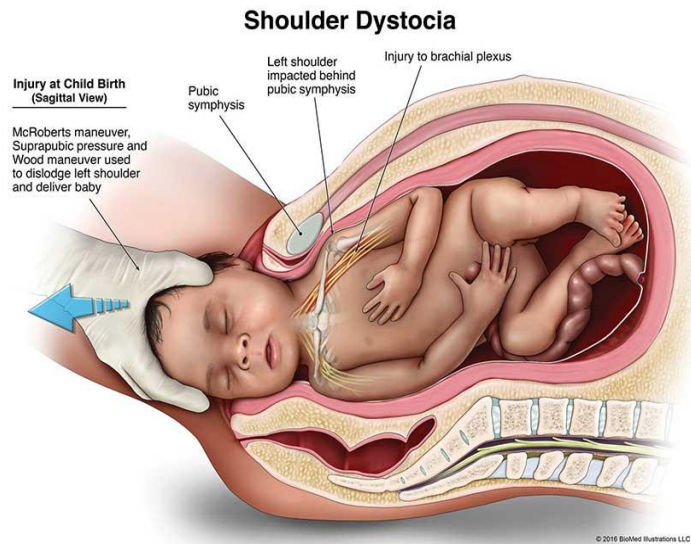


Gambar 2. 3 Tahapan Infeksi Intraamnion
Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan Fan et al. (2020).

Tahapan infeksi intraamnion asendens. Sebagian besar kasus invasi mikroba ke dalam rongga amnion disebabkan oleh infeksi asendens dari vagina dan serviks. Tahap 1 adalah infeksi asendens yang berhubungan dengan perubahan flora mikroba vagina/serviks atau keberadaan organisme patologis di serviks. Tahap 2 adalah mikroorganisme yang masuk ke dalam rongga amnion. Mereka berada di kutub bawah uterus, di antara selaput ketuban dan korion. Tahap 3 adalah mikroorganisme yang bergerak melalui amnion ke dalam rongga amnion yang menyebabkan infeksi intraamnion. Tahap 4 adalah mikroorganisme yang dapat menginvasi janin melalui berbagai jalur masuk (Fan et al., 2020).

3. Distosia Bahu

Distosia bahu adalah komplikasi obstetrik yang jarang terjadi dan dikhawatirkan, terjadi ketika bahu anterior terjepit di belakang simfisis setelah kepala janin lahir. Distosia bahu dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas perinatal yang signifikan, termasuk cedera pleksus brakialis, fraktur klavikula dan humerus, asfiksia, dan kematian janin. Komplikasi maternal meliputi laserasi perineum dan perdarahan postpartum.

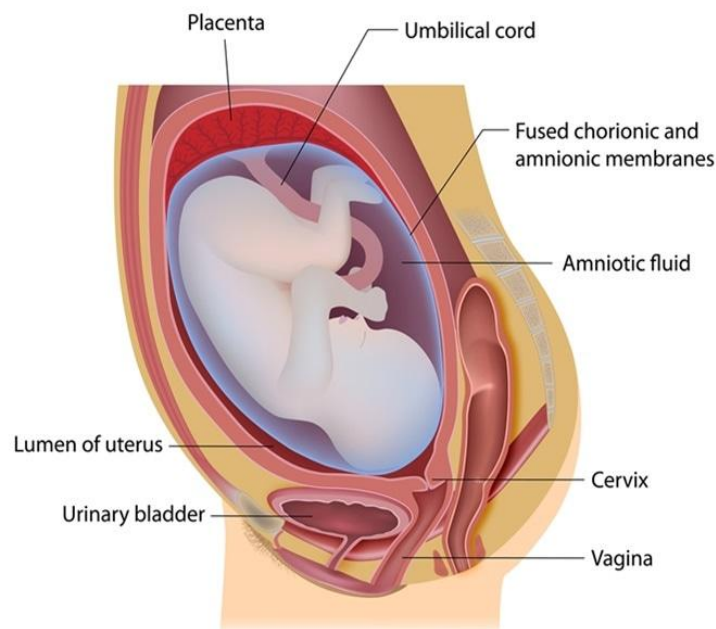


Gambar 2. 4 Distosia Bahu (Shoulder Dystocia)
 Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan
 Jeppegaard et al. (2024)

Distosia bahu meningkatkan risiko masalah dan kematian pada bayi baru lahir. Tulang bayi baru lahir dapat patah selama persalinan, dan pleksus brakialis (jaringan saraf yang mengirimkan sinyal dari sumsum tulang belakang ke bahu, lengan, dan tangan) dapat mengalami cedera. Wanita hamil juga cenderung mengalami masalah seperti, perdarahan berlebihan pada saat persalinan (perdarahan pascapartum), robek di area antara lubang vagina dan anus, cedera otot di area genital dan saraf di selangkangan, pemisahan tulang kemaluan. Distosia bahu sering terjadi bila, janin yang sangat besar, persalinan yang sulit, lama, atau cepat, kelahiran dibantu dengan alat vakum atau forsep, karena kepala janin belum sepenuhnya bergerak ke bawah (turun) di panggul, obesitas, diabetes, dan sebelumnya pernah melahirkan bayi dengan distosia bahu (Jeppegaard et al., 2024).

1. Emboli Cairan Ketuban

Emboli cairan ketuban merupakan komplikasi kehamilan yang jarang terjadi namun berakibat fatal, yang mencakup 5–15% dari kematian ibu di negara-negara maju. Emboli cairan ketuban merupakan sindrom yang terjadi secara tiba-tiba dan langsung mengancam jiwa, yang umumnya ditandai dengan tiga serangkai hipotensi berat atau henti jantung dan pernapasan, gangguan pernapasan, dan koagulopati. Etiologinya kurang dipahami dengan ciri patofisiologinya meliputi kegagalan ventrikel kiri dan kanan (LV dan RV) serta koagulopati berat dengan mortalitas tinggi.



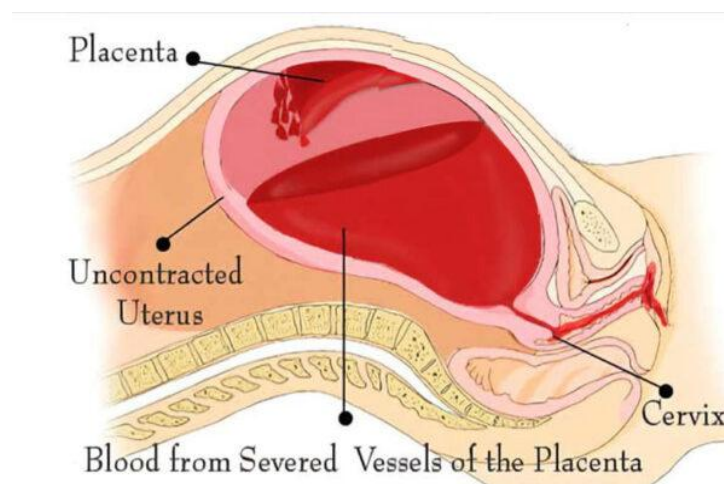
Gambar 2. 5 Emboli Cairan Ketuban (Amniotic Fluid Embolism)
Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan
Baxter (2023).

Emboli cairan ketuban adalah diagnosis yang mungkin terjadi ketika kolaps kardiorespirasi mendadak terjadi selama persalinan, persalinan pervaginam, atau persalinan sesar, ketika diikuti oleh koagulopati dan perdarahan,

Emboli cairan ketuban juga dapat terjadi setelah persalinan atau lebih awal dalam kehamilan pada waktu aborsi spontan, penghentian kehamilan, amniosentesis, berhubungan dengan trauma abdomen. Emboli cairan ketuban dapat muncul dengan koagulopati terisolasi tanpa perubahan hemodinamik, ketika penyebab koagulopati lainnya telah disingkirkan. Emboli cairan ketuban merupakan salah satu dari empat penyebab utama henti jantung pada ibu hamil (Baxter, 2023).

2. Postpartum Hemorrhage (PPH)

Perdarahan pasca persalinan merupakan penyebab umum kematian ibu di seluruh dunia, yang diperkirakan mencapai 27% dari seluruh kematian ibu. Definisi perdarahan pasca persalinan adalah kehilangan darah sebanyak 500 mL atau lebih dalam 24 jam pertama setelah kelahiran.



Gambar 2. 6 Postpartum Hemorrhage (PPH)
Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan Yunas et al. (2025).

Penyebab perdarahan postpartum yang diketahui meliputi atonia uteri, trauma saluran genital, retensi plasenta, plasentasi abnormal, dan koagulopat. Pemahaman tentang

penyebab dan faktor risiko dapat berkontribusi terhadap upaya untuk mengurangi angka kematian yang stagnan akibat perdarahan pascapersalinan. Terdapat banyak faktor risiko perdarahan pasca persalinan yang telah diketahui dengan baik, seperti obesitas, anemia, riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya, dan operasi caesar (Yunas et al., 2025).

3. Gawat Janin (Fetal Distress)

Gawat janin merupakan kondisi hipoksia progresif yang dialami oleh janin yang diakibatkan oleh tidak adekuatnya kebutuhan oksigen ke janin. Kondisi gawat janin ini ditandai dengan beberapa hal diantaranya adalah perubahan pola denyut jantung janin (DJJ), perubahan jumlah gerakan janin, pertumbuhan janin yang terhambat, maupun adanya pengeluaran mekonium selama proses persalinan. Gawat janin didefinisikan sebagai penurunan oksigen dan akumulasi karbon dioksida, yang mengarah ke keadaan hipoksia dan asidosis selama kehidupan intrauterine.

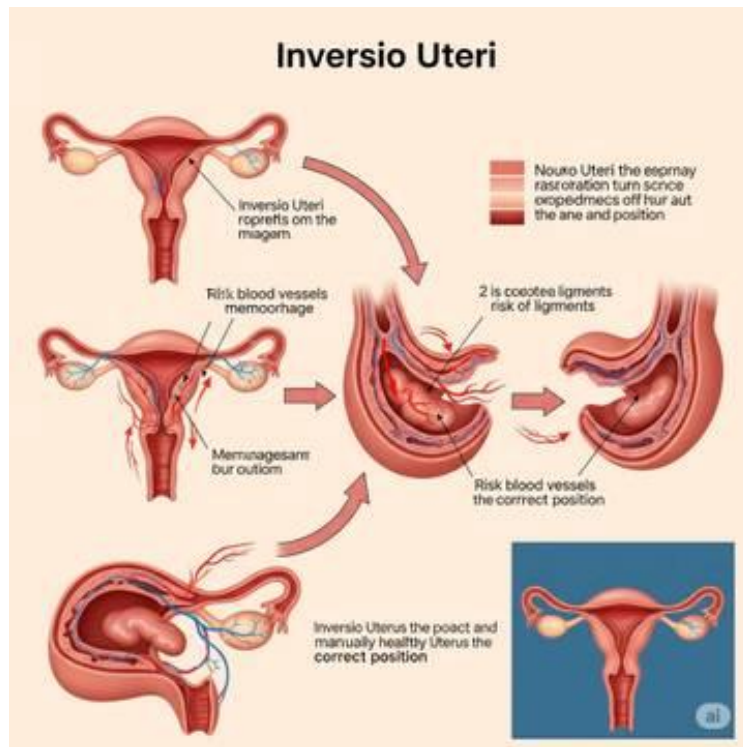


Gambar 2. 7 Gawat Janin (Fetal Distress)
Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan
Iswanti et al. (2023).

Gawat janin intra uterine merupakan salah satu kegawatdaruratan pada janin diakibatkan oleh menurunnya aliran oksigen pada janin sehingga menimbulkan hipoksia pada janin dalam kandungan, gawat janin ditandai dengan DJJ <100 x/menit atau > 160 x/menit dan disertai pengeluaran mekonium yang kental (Iswanti et al., 2023).

4. Inversio Uteri

Inversio uterus adalah keadaan darurat medis yang jarang terjadi selama kelahiran, di mana uterus terbalik dan menonjol keluar melalui serviks dan masuk ke dalam atau melalui vagina. Inversio uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat yang dapat mengancam nyawa. Inversio uteri merupakan salah satu komplikasi persalinan yang paling serius. Inversio uteri mengacu pada kolapsnya fundus uteri ke dalam rongga uterus. Meskipun jarang terjadi, kondisi ini memiliki risiko kematian yang tinggi akibat perdarahan dan syok. Etiologi inversi uterus yang paling sering terjadi adalah traksi tali pusat yang berlebihan dengan perlekatan plasenta di fundus dan tekanan fundus pada kondisi uterus yang rileks.



Gambar 2. 8 Inversio Uteri

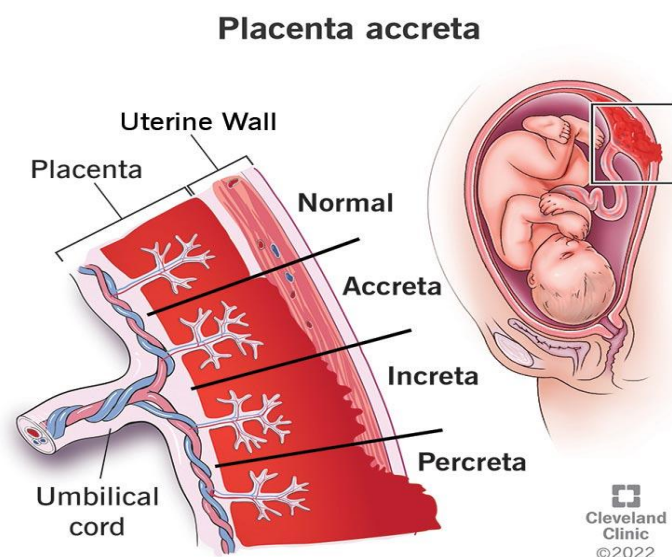
Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan Thakur & Thakur (2022).

Faktor risiko lain yang mungkin menyebabkan inversi uterus meliputi persalinan cepat, plasentasi invasif, pengangkatan plasenta manual, tali pusat pendek, penggunaan agen pelemas uterus, distensi uterus yang berlebihan, makrosomia janin, nuliparitas, plasenta previa, gangguan jaringan ikat (sindrom Marfan dan sindrom Ehlers-Danlos), dan riwayat inversi uterus pada kehamilan sebelumnya. Derajat inversi uterus meliputi, tidak lengkap: Fundus terbalik tetapi tidak hernia melalui tingkat ostium internum, lengkap: Lapisan dalam fundus melewati os serviks tanpa fundus yang teraba di abdomen, dan prolaps: Seluruh uterus prolaps melalui serviks dengan fundus keluar dari introitus. Klasifikasinya terbagi atas, akut 24 jam atau kurang setelah melahirkan, subakut (Lebih dari 24 jam pascapersalinan), dan kronis: Lebih

dari 1 bulan pascapersalinan. Komplikasi kondisi ini terutama berkisar pada perdarahan dan risiko terkaitnya, termasuk kerusakan multi-organ, syok, sindrom Sheehan, dan histerektomi. Kondisi ini dapat mengakibatkan kehilangan darah yang signifikan dan persisten serta nekrosis jaringan jika tidak ditangani. Komplikasi yang menyertai penanganan berkaitan dengan anestesi umum dan transfusi darah (Thakur & Thakur, 2022).

8. Plasenta Akreta

Gangguan spektrum plasenta akreta adalah kondisi berisiko tinggi pada kehamilan, yang ditandai dengan kegagalan terlepasnya plasenta pada saat lahir, berpotensi menyebabkan perdarahan pascapersalinan yang mengancam jiwa.



Gambar 2. 9 Plasenta Akreta

Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan
Bonsen et al. (2024).

Kedalaman invasi plasenta berhubungan dengan tingkat keparahan dampak maternal, dengan tingkat keparahan terparah hasil pada wanita dengan plasenta perkreta.

Faktor risiko utama untuk gangguan spektrum plasenta akreta adalah riwayat operasi caesar. insiden spektrum plasenta akreta (Bonsen et al., 2024).

9. Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat adalah keadaan darurat obstetri yang terjadi ketika tali pusat melorot di depan (prolaps tali pusat terbuka) atau di samping (prolaps tali pusat tersembunyi) bagian presentasi janin dan menonjol ke dalam kanalis servikalis atau lebih jauh. Kompresi tali pusat yang prolaps menyebabkan oklusi vena umbilikalis dan spasme vaskular arteri umbilikalis, yang mengganggu oksigenasi janin. Insiden prolaps tali pusat yang dilaporkan adalah sekitar 0,16% hingga 0,18% dari persalinan hidup. Prolaps tali pusat yang benar-benar gawat darurat adalah ketika presentasi kepala karena konsistensi kepala yang keras yang dapat menekan vena dan arteri umbilikalis. Faktor risiko prolaps tali pusat dibagi menjadi dua kategori utama: faktor risiko maternal-fetal dan iatrogenik. Faktor risiko maternal-fetal termasuk presentasi janin non vertex (dengan frekuensi tertinggi terkait dengan presentasi transversal diikuti dengan presentasi sungsang), persalinan prematur, berat lahir rendah, gemelli, polihidramnion, dan kelainan bentuk panggul. Faktor risiko iatrogenik termasuk ruptur membran buatan, induksi persalinan, versi sefalik eksternal, dan penerapan forseps atau vakum.

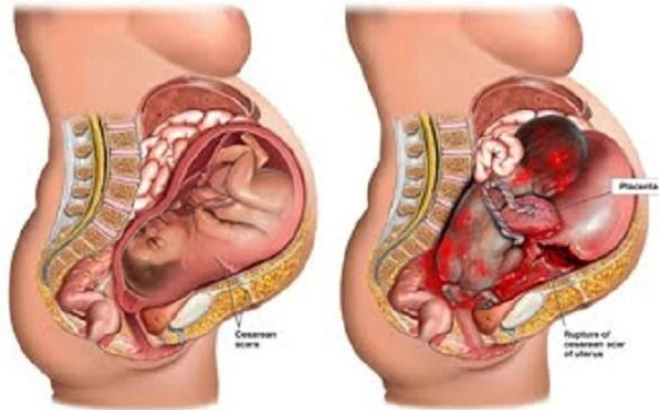


Gambar 2. 10 Prolaps Tali Pusat
 Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan
 Ahmad & Harahap (2024).

Kejadian prolaps tali pusat dapat ditemui sewaktu-waktu. Karena prolaps tali pusat dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas terutama pada bayi, maka berbagai faktor risikonya perlu di evaluasi pada pemeriksaan antenatal ibu hamil yang dapat dilakukan mitigasi morbiditas dan mortalitas bayi, dan dengan demikian dapat meningkatkan kewaspadaan kita. Dengan penatalaksanaan yang cepat, tepat dan kerjasama multidisiplin, efek morbiditas dan mortalitas baik pada ibu dan janin dapat dikurangi dan bahkan ditiadakan (Ahmad & Harahap, 2024).

10. Ruptur Uteri

Ruptur uterus adalah robekan pada uterus, dapat meluas ke seluruh dinding uterus dan isi uterus tumpah ke seluruh rongga abdomen (komplet), atau dapat pula ruptur hanya meluas ke endometrium dan miometrium, tetapi peritoneum di sekitar uterus tetap utuh (inkomplet).



Gambar 2. 11 Ruptur Uteri

Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan Setyowati & Baroroh (2023).

Etiologi penyebab kejadian ruptur uteri, yakni tindakan obstetri, ketidakseimbangan fetopelvik, letak lintang yang diabaikan, kelebihan dosis obat bagi nyeri persalinan atau induksi persalinan, jaringan parut pada uterus, dan kecelakaan (Setyowati & Baroroh, 2023).

2.1.3.3 Penanganan Komplikasi

Menurut (Sitorus et al., 2024) penanganan komplikasi persalinan sangat penting karena:

- a. Keselamatan Ibu dan Bayi: Komplikasi yang tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan risiko serius bagi kesehatan ibu dan bayi, termasuk risiko kematian. Penanganan yang cepat dan efektif dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan menyelamatkan nyawa.
- b. Kualitas Perawatan: Penanganan yang tepat menunjukkan standar tinggi dalam perawatan medis dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan.
- c. Pengurangan Komplikasi Jangka Panjang: Penanganan yang baik dapat mengurangi komplikasi jangka panjang untuk ibu, seperti gangguan kesehatan atau trauma emosional, serta masalah kesehatan untuk bayi.

Tujuan utama penanganan komplikasi persalinan meliputi:

- a. Menjaga Keselamatan dan Kesehatan: Mengurangi risiko komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan bayi melalui intervensi medis yang tepat waktu dan efektif.
- b. Mengoptimalkan Hasil Persalinan: Mencapai hasil persalinan yang aman dengan meminimalkan dampak negatif dari komplikasi yang mungkin terjadi.
- c. Meningkatkan Pengalaman Persalinan: Mengurangi stres dan kecemasan ibu dengan memberikan perawatan yang kompeten dan dukungan emosional.
- d. Menyediakan Pendidikan dan Informasi: Memberikan informasi yang jelas kepada ibu dan keluarga tentang komplikasi dan langkah-langkah penanganan untuk memastikan pemahaman yang baik dan partisipasi dalam keputusan perawatan (Sitorus et al., 2024).

Penanganan komplikasi persalinan, sebagai berikut:

1. Kelainan Presentasi dan Posisi

Pada kasus malpresentasi seperti presentasi bokong, wajah, dahi, dan letak lintang, penanganannya menyesuaikan kondisi spesifik tiap presentasi.

- a. Pada presentasi sungsang (breech), tindakan utama yang direkomendasikan adalah external cephalic version (ECV), yaitu upaya memutar janin dari luar perut ibu agar kepala berada di bawah. Prosedur ini efektif dilakukan pada usia kehamilan ≥ 36 minggu dan dapat meningkatkan kemungkinan persalinan pervaginam yang aman. Apabila ECV tidak berhasil atau terdapat faktor risiko seperti panggul sempit atau janin besar, maka seksio sesarea menjadi pilihan yang

paling aman (Cobec et al., 2022; Shanahan et al., 2023).

- b. Pada presentasi dahi (brow presentation), persalinan pervaginam hampir tidak mungkin dilakukan karena diameter kepala janin yang melewati jalan lahir terlalu besar. Oleh sebab itu, penanganan yang disarankan adalah seksio sesarea untuk mencegah terjadinya distosia dan komplikasi lebih lanjut (Makajeva & Ashraf, 2024).
- c. Pada presentasi muka (face presentation), persalinan pervaginam sangat ditentukan oleh arah dagu janin. Jika dagu menghadap anterior (mentum anterior), persalinan normal masih dapat dilakukan dengan pengawasan ketat. Sebaliknya, bila dagu menghadap posterior (mentum posterior), maka seksio sesarea menjadi intervensi yang paling tepat untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi (Moldenhauer, 2024).
- d. Pada kasus letak lintang (transverse lie), ECV dapat menjadi pilihan awal sebelum persalinan aktif untuk mengubah posisi janin menjadi presentasi kepala. Jika persalinan telah berlangsung dan janin tetap dalam posisi lintang, seksio sesarea merupakan penanganan yang direkomendasikan karena persalinan pervaginam tidak mungkin dilakukan (Makajeva & Ashraf, 2024).

2. Infeksi Intraamnion

Pasien yang sedang hamil harus menerima konseling rutin pada setiap kunjungan prenatal. Edukasi harus mencakup pelaporan pecahnya ketuban, keputihan, demam, dan nyeri perut kepada dokter kandungan. Setiap perempuan harus menerima informasi tentang faktor risiko serta tanda dan gejala infeksi selama masa prenatal. Penatalaksanaan

utama infeksi intraamnion adalah terapi antibiotik. Antibiotik yang paling umum digunakan adalah ampicilin dan gentamisin. Antibiotik alternatif meliputi klindamisin, sefazolin, dan vankomisin pada wanita yang alergi terhadap penisilin. Setelah melahirkan, rekomendasi saat ini adalah memberikan satu dosis tambahan untuk operasi caesar, tetapi tanpa antibiotik tambahan untuk persalinan pervaginam. Antibiotik spektrum luas tambahan mungkin diperlukan, tergantung pada status klinis (Fowler & Simon, 2023).

3. Distosia Bahu

- a. Posisisi ibu: mengubah posisi ibu untuk membantu memperbaiki posisi bayi, seperti posisi berlutut atau miring, dengan metode Mc.Robert.
- b. Argumentasi: pemberian oksitosin untuk meningkatkan kekuatan kontraksi jika kontraksi tidak memadai.
- c. Operasi Caesar: jika distosia tidak bisa diatasi dengan metode lain dilakukan persalinan caesar.

4. Emboli Cairan Ketuban

Pendekatan penanganan secara keseluruhan untuk pasien dengan emboli cairan amnion bersifat suportif, dengan penanganan awal yang selaras dengan prinsip "ABC" (Airway, Breathing, Circulation) dengan memprioritaskan dukungan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Evakuasi janin segera, yang disebut "*histerotomi resusitasi*", merupakan komponen penting dalam penanganan, berbeda dengan operasi caesar perimortem, dengan tujuan utama memperbaiki hemodinamik ibu. Mengingat sifatnya yang sensitif terhadap waktu, prosedur ini kemungkinan besar dilakukan di lokasi, karena

transportasi ke ruang operasi dalam rentang waktu optimal 1 hingga 2 menit mungkin tidak memungkinkan. Bagi ibu, perawatan komprehensif meliputi pengamanan jalan napas, ventilasi yang efektif, manajemen cairan yang tepat, dan penggunaan *vasopresor* yang benar. Penanganan obstetrik harus memprioritaskan evakuasi janin secara cepat, biasanya melalui operasi caesar. *Society for Maternal-Fetal Medicine* merekomendasikan tindakan ini untuk semua janin di atas usia kehamilan 23 minggu (Haftel & Carlson, 2024).

5. Postpartum Hemorrhage (PPH)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menekankan pentingnya pemberian uterotonika profilaksis sebagai metrik proses yang penting, tetapi juga mengakui bahwa indikator yang lebih spesifik dan disepakati secara lokal juga dapat digunakan. Untuk perdarahan yang melibatkan atonia uteri, pemberian uterotonik kedua (setelah Pitocin) tanpa penundaan setelah PPH dikenali, biasanya metilergometrin atau karboprost, kecuali jika terdapat kontraindikasi. Untuk pasien dengan PPH, pemberian asam traneksamat secepat mungkin setelah diagnosis. Bagi pasien dengan PPH yang disebabkan oleh atonia dan refrakter terhadap uterotonika kedua, pemasangan balon tamponade intrauterin (misalnya balon Bakri) atau alat vakum intrauterin (misalnya alat Jada) harus dilakukan lebih awal sebelum kehilangan darah melebihi 1,5 L (Federspiel et al., 2023).

6. Gawat Janin (Fetal Distress)

Jika terdeteksi adanya abnormalitas yang signifikan pada denyut jantung, biasanya hal tersebut dapat diperbaiki dengan cara berikut, memberikan oksigen kepada ibu,

meningkatkan jumlah cairan yang diberikan melalui infus kepada ibu, memiringkan tubuh ibu di satu sisi atau sisi lainnya. Kontraksi yang terlalu kuat atau terlalu berdekatan dapat menyebabkan gawat janin. Jika oksitosin digunakan untuk merangsang kontraksi, maka oksitosin segera dihentikan. Ibu dapat diposisikan ulang dan diberikan analgesik. Jika tidak ada obat yang digunakan untuk menstimulasi kontraksi, maka wanita tersebut dapat diberi obat yang dapat memperlambat persalinan (seperti terbutalin, diberikan melalui injeksi) untuk menghentikan atau memperlambat kontraksi. Jika langkah-langkah untuk memperbaiki denyut jantung janin atau mengendalikan kontraksi ini tidak efektif, bayi harus dilahirkan secepat mungkin dengan bantuan ekstraktor vakum, forseps, atau kelahiran sesar (Moldenhauer, 2024).

7. Inversio Uteri

Setelah diagnosis inversio uteri ditegakkan, intervensi segera untuk mengendalikan perdarahan dan memulihkan stabilitas hemodinamik ibu diperlukan karena penundaan dapat meningkatkan angka kematian secara signifikan. Tindakan berikut harus segera dilakukan:

- a. Segera panggil bantuan dan panggil dokter anestesi.
- b. Kanula berdiameter besar mencapai stabilitas hemodinamik, dan kristaloid serta darah diberikan untuk mengatasi hipovolemia.
- c. Inversio uteri yang baru terjadi dengan plasenta yang sudah terpisah dapat digantikan dengan mendorong fundus secara manual menggunakan telapak tangan dan jari searah sumbu panjang vagina. Penundaan ini bisa mempersulit penggantian dan meningkatkan risiko perdarahan.

- d. Jika plasenta masih menempel, plasenta tidak bisa dikeluarkan sampai cairan diberikan dan anestesi yang merelaksasi uterus, seperti agen inhalas berhalogenasi, telah diberikan. Agen tokolitik lain seperti, magnesium sulfat atau beta-mimetik dan nitrogliserin, telah berhasil digunakan untuk relaksasi dan reposisi uterus. Setiap bagian uterus yang terbalik dan keluar dari vagina dikembalikan ke dalam vagina.
- e. Setelah plasenta dikeluarkan, tekanan yang stabil dengan kepalan tangan diberikan pada fundus yang inversi untuk mendorongnya ke dalam serviks yang telah melebar. Sebagai alternatif, 2 jari dapat diulurkan dengan kaku untuk mendorong bagian tengah fundus ke atas. Tekanan yang berlebihan tidak boleh diberikan untuk menghindari perforasi uterus dengan ujung jari. Setelah itu, diberikan agen uterotonika yang membantu kontraksi uterus, sehingga mencegah terulangnya inversi.

Antibiotik yang tepat diberikan untuk mencegah infeksi. Pilihan lain termasuk reduksi hidrostatik dan koreksi bedah jika reposisi manual tidak berhasil karena cincin konstiksi yang padat. Reduksi hidrostatik: Jika reduksi manual saja tidak berhasil, tekanan hidrostatik sederhana dapat sangat membantu mendorong fundus kembali ke posisi anatomi normal. Larutan salin steril yang dihangatkan diinfuskan ke dalam vagina. Tangan dokter atau cangkir ventouse silikon digunakan sebagai penahan cairan untuk menghasilkan tekanan hidrostatik intravaginal dan koreksi inversi. Kantung cairan harus ditinggikan sekitar 100 hingga 150 cm di atas vagina untuk memastikan tekanan yang cukup untuk insuflasi.

Hal ini untuk mencegah kehilangan darah dan mencegah uterus terbalik kembali. Komplikasi yang mungkin terjadi dari prosedur ini antara lain infeksi, kegagalan, dan emboli salin. Pilihan pembedahan meliputi prosedur Huntington dan Haultain, reposisi berbantuan laparoscopi, dan insisi serviks dengan reposisi uterus manual. Prosedur Huntington melibatkan laparotomi dengan menarik ligamen rotundum secara bertahap untuk mengembalikan uterus ke posisi yang tepat. Jika cincin serviks kencang, reposisi dapat lebih mudah dicapai dengan mengiris cincin ke arah posterior menggunakan insisi vertikal dan mendorong fundus secara manual. Seperti halnya reposisi manual, setelah fundus dipasang kembali, pemberian anestesi yang digunakan untuk merelaksasi miometrium dihentikan, dan terapi uterotonika segera diberikan, diikuti dengan perbaikan insisi uterus. Jika prosedur ini dilakukan, maka kehamilan selanjutnya memerlukan operasi caesar. Jika plasenta tidak terlepas dari uterus, maka histerektomi mungkin diperlukan (Thakur & Thakur, 2022).

8. Plasenta Akreta

Jika ibu sudah terdeteksi plasenta akreta sebelum persalinan, kelahiran sesar diikuti dengan pengangkatan rahim (histerektomi sesar) biasanya dilakukan. Untuk prosedur ini, bayi pertama kali dilahirkan melalui operasi sesar. Kemudian rahim diangkat dengan plasenta di dalamnya. Prosedur ini dilakukan pada usia kehamilan sekitar 34 minggu. Ini membantu untuk mencegah perdarahan yang berpotensi mengancam jiwa, yang dapat terjadi ketika plasenta tetap menempel setelah melahirkan. Prosedur ini dapat menyebabkan komplikasi, seperti

perdarahan berlebihan. Selain itu, bekuan darah dapat terbentuk jika operasi memerlukan waktu yang lama dan/atau membutuhkan waktu istirahat yang lama setelahnya. Bekuan darah dapat mengalir melalui aliran darah dan menyumbat arteri di paru-paru (kondisi yang disebut emboli paru). Histerektomi sesar harus dilakukan oleh dokter bedah berpengalaman dan di rumah sakit yang siap untuk menangani komplikasi (Moldenhauer, 2024).

9. Prolaps Tali Pusat

Jika ibu masih jauh dari persalinan, reduksi funik (meletakkan kembali tali pusat ke dalam rongga rahim secara manual). Penanganan prolaps tali pusat yang umum pada kehamilan yang layak adalah persalinan segera dengan rute tercepat dan teraman. Hal ini biasanya memerlukan operasi caesar, terutama jika ibu berada pada tahap awal persalinan. Terkadang, persalinan per vaginam dilakukan jika penilaian klinis menunjukkan bahwa metode tersebut lebih aman atau cepat. Intervensi lain selama penanganan prolaps tali pusat biasanya digunakan untuk mengurangi risiko komplikasi selama persiapan persalinan. Intervensi ini difokuskan pada pengurangan tekanan pada tali pusat untuk mencegah komplikasi janin akibat kompresi tali pusat. Manuver berikut termasuk yang digunakan dalam praktik klinis:

- a. Elevasi manual bagian janin yang ada di depan mata.
- b. Reposisi ibu menjadi posisi lutut-dada atau posisi trendelenburg (kepala di bawah dengan kaki ditinggikan), berbaring di sisi kiri biasanya lebih disukai.

- c. Pengisian kandung kemih menggunakan kateter foley dapat membantu mengangkat bagian janin yang ada di dalam kandungan dan mengangkatnya dari tali pusat.
- d. Penggunaan tokolitik (obat untuk menekan persalinan) telah diusulkan, biasanya dilakukan sebagai tambahan pengisian kandung kemih daripada sebagai intervensi yang berdiri sendiri (Wikipedia, 2024).

10. Ruptur Uteri

Langkah penanganan awal adalah persalinan sesar darurat dengan atau tanpa laparotomi eksplorasi. Anestesi endotrakeal umum biasanya diperlukan untuk mempercepat persalinan bahkan ketika epidural persalinan sudah terpasang. Epidural persalinan membutuhkan waktu 5 hingga 15 menit untuk mencapai blok bedah; penundaan ini biasanya tidak dapat diterima dalam kondisi ruptur uterus. Anestesi umum memiliki keuntungan tambahan yaitu memungkinkan penanganan status asam basa maternal yang lebih baik melalui penyesuaian ventilasi menit, menstabilkan jalan napas, dan memberikan blokade neuromuskular untuk memfasilitasi laparotomi. Terakhir, anestesi neuraksial dikontraindikasikan dalam kondisi ketidakstabilan hemodinamik dan pada pasien dengan diatesis perdarahan berat. Ruptur uterus memerlukan persalinan dan penanganan perdarahan maternal secara bersamaan. Pemasangan jalur intravena besar kedua harus dilakukan, dan darah harus dipesan dan dibawa ke ruang operasi. Jika akses intravena besar tidak dapat diperoleh, akses vena sentral dengan selubung pengantar besar harus dipertimbangkan. Resusitasi awal sering kali dilakukan

dengan infus larutan elektrolit Ringer Laktat. Kehilangan darah yang cepat dan dalam jumlah besar harus segera dilakukan transfusi darah. Jika perdarahan tidak segera diatasi, pemasangan jalur arteri dapat meningkatkan akurasi dan frekuensi pemantauan tekanan darah, mempercepat respons terhadap hipotensi, dan memfasilitasi pemeriksaan laboratorium serial (Togioka & Tonismae, 2023).

2.1.3.4 Faktor Penyebab Keterlambatan Penanganan Komplikasi

Keterlambatan penanganan komplikasi obstetri merupakan salah satu faktor utama penyebab meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi baru lahir. Kondisi ini merujuk pada adanya hambatan bagi ibu hamil, bersalin, atau nifas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara cepat dan tepat saat mengalami keadaan darurat. Hambatan tersebut dapat muncul pada tiga tahapan utama, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan, serta keterlambatan dalam memperoleh pelayanan yang adekuat di fasilitas kesehatan (Berihun et al., 2023).

Keterlambatan pertama adalah waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan, keterlambatan ini terjadi di daerah pedesaan atau terpencil. Faktor-faktor penyebabnya antara lain jarak yang jauh dari fasilitas kesehatan, sarana transportasi terbatas, kondisi geografis sulit, serta biaya transportasi yang tinggi. Hambatan tersebut menyebabkan keterlambatan ibu tiba di fasilitas kesehatan sehingga kondisi darurat obstetri semakin sulit ditangani (Tiruneh et al., 2021).

Keterlambatan kedua yaitu keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan yang adekuat di fasilitas kesehatan, terjadi akibat terbatasnya sumber daya kesehatan. Hal ini dapat berupa kurangnya tenaga kesehatan terlatih, ketersediaan obat-obatan dan peralatan medis yang tidak memadai, serta sistem rujukan yang berbelit. Bahkan meskipun ibu sudah sampai di fasilitas kesehatan, penanganan sering terlambat karena proses administrasi, keterlambatan triase, atau lambatnya keputusan medis (Jogi & Ekka, 2020).

Keterlambatan ketiga adalah keterlambatan dalam pengambilan keputusan, ini terjadi di tingkat keluarga. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada persalinan, faktor budaya yang masih menempatkan keputusan pada anggota keluarga laki-laki, serta keterbatasan ekonomi. Kondisi ini sering mengakibatkan ibu baru mencari pertolongan setelah komplikasi terjadi lebih parah (Debela et al., 2024).

2.2 Konsep Pengambilan Keputusan

2.2.1 Definisi Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan merupakan suatu proses pemilihan alternatif terbaik dari beberapa alternatif secara sistematis untuk ditindak lanjuti atau untuk digunakan sebagai suatu cara pemecahan masalah. Keputusan adalah suatu pemecahan masalah sebagai suatu hukum situasi yang dilakukan melalui pemilihan satu alternatif dari beberapa alternatif. Jadi dapat dikatakan pengambilan keputusan dilakukan karena adanya masalah, dan keputusan merupakan akhir dari pemilihan alternatif (Pasolong, 2023).

Dalam konteks pelayanan kesehatan, pengambilan keputusan bersama adalah suatu proses kolaboratif antara tenaga kesehatan dan pasien, di mana informasi mengenai berbagai pilihan tindakan medis,

risiko, serta manfaatnya dijelaskan secara terbuka, sehingga pasien dapat berpartisipasi aktif dalam menentukan keputusan yang sesuai dengan preferensi dan nilai pribadinya (Klein, 2023). Ruang lingkup pengambilan keputusan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lintas disiplin, sehingga keputusan yang diambil lebih komprehensif dan mempertimbangkan aspek medis, sosial, maupun psikologis (Perron et al., 2024).

2.2.2 Tahapan Pengambilan Keputusan

Menurut Manulang (1994) dalam (Sagala, 2020) ada lima tahap dalam mengambil keputusan yaitu:

1. Tahap 1

Menerima tantangan. Pengambilan keputusan dimulai manakala seseorang dihadapkan kepada suatu tantangan terhadap jalur tindakannya yang berlaku.

2. Tahap 2

Mencari alternatif. Bila suatu jalur tindakan yang sedang berlaku mendapat tantangan, pengambilan keputusan yang efektif mulai mencari alternatif. Individu mempertimbangkan secara matang-matang tujuan-tujuannya serta nilai-nilai yang relevan dengan suatu keputusan.

3. Tahap 3

Penilaian alternatif. Pada tahap ini kelebihan serta kekurangan dari masing-masing alternatif dipertimbangkan dengan cermat. Tahap ini sering melibatkan upaya yang besar untuk mencari informasi yang dapat dipercayai yang relevan dengan keputusan yang efektif, mencari fakta-fakta serta ramalan dari berbagai ragam sumber berkenaan dengan akibat dari alternatif yang sedang dipertimbangkan. Individu menimbang dengan hati-hati baik aspek positif maupun negatif dari masing-masing alternatif.

4. Tahap 4

Menjadi terikat. Pada tahap ini pilihan terakhir sudah dibuat dan pengambilan keputusan menjadi terikat kepada suatu jalur tindakan baru. Pengambilan keputusan efektif menelaah kembali segala informasi yang telah terkumpul sebelum mengambil suatu keputusan terakhir. Individu juga memikirkan bagaimana melaksanakan keputusan dan membuat rencana cadangan seandainya ada sesuatu resiko yang menjadi kenyataan.

5. Tahap 5

Berpegang pada keputusan. Setiap pengambil keputusan berharap segalanya dapat berjalan lancar sesudah suatu keputusan diambil, tetapi hambatan sering terjadi. Memilih alternatif terbaik belumlah mencukupi. Jika keputusan tidak dilaksanakan secara memadai, hasil yang menggembirakan tidak bisa tercapai.

2.2.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi ibu dalam mengambil keputusan terkait persalinan. Tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, pilihan metode persalinan, serta manfaat pelayanan kesehatan sangat menentukan sejauh mana ibu dapat terlibat dalam pengambilan keputusan (Wondimu et al., 2023). Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menerima informasi, sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang dapat menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Manay & Yulianti, 2024).

2. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman adalah pengamatan yang merupakan kombinasi dari melihat, mencium, mendengar dan pengalaman yang pernah dialami, dijalani atau dirasakan yang kemudian disimpan dalam ingatan. Pengalaman persalinan sebelumnya, baik positif maupun

negatif, berperan penting dalam menentukan keputusan ibu pada persalinan berikutnya (Masluroh & Fatimah, 2025).

3. Sikap dan Nilai Pribadi

Sikap, keyakinan, dan nilai budaya ibu juga sangat berpengaruh. Sebagian ibu masih beranggapan bahwa persalinan merupakan proses alami yang tidak memerlukan intervensi medis, sehingga lebih memilih melahirkan di rumah dengan bantuan keluarga atau dukun bayi, karena merasa sudah terbiasa dan merasa nyaman melahirkan di rumah sendiri, mendapatkan dukungan dari keluarga, jarak ke fasilitas kesehatan jauh, dan menganggap biaya persalinan di fasilitas kesehatan itu mahal jika dibandingkan bersalin di rumah (Purwani, 2023).

4. Dukungan Keluarga dan Sosial

Dukungan keluarga dan sosial merupakan salah satu determinan penting dalam pengambilan keputusan kesehatan. Keputusan persalinan sering kali tidak diambil oleh ibu sendiri, tetapi dipengaruhi oleh pasangan, orang tua, maupun keluarga besar. Dukungan emosional dan finansial dari keluarga menjadi penentu utama dalam keterlibatan ibu pada keputusan persalinan. Dengan demikian, dukungan keluarga menjadi elemen krusial dalam keputusan kesehatan ibu, dan keputusan yang diambil oleh individu dipengaruhi oleh lingkungan sosial, termasuk keluarga (Dewi et al., 2025).

5. Peran Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan, khususnya bidan dan dokter, memiliki peran sentral dalam memberikan informasi serta melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan. Namun, masih banyak kasus di mana tenaga kesehatan belum sepenuhnya menerapkan prinsip *consented care*, yaitu prinsip dalam pelayanan kesehatan, termasuk kebidanan, di mana setiap tindakan medis yang dilakukan kepada pasien/ibu hanya boleh dilakukan setelah

mendapatkan persetujuan (informed consent). Komunikasi yang lebih baik antara penyedia layanan kesehatan dan pasien dapat menghasilkan dampak positif berupa hasil klinis pasien yang lebih baik, lebih sedikit kesalahan medis, dan tingkat kasus malapraktik yang lebih rendah (Ferede et al., 2024b).

6. Akses dan Sistem Kesehatan

Keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan juga mempengaruhi proses pengambilan keputusan. Faktor jarak, biaya, dan ketersediaan transportasi sering kali membuat ibu memilih persalinan di rumah atau tempat yang lebih dekat meskipun risikonya lebih tinggi, pemanfaatan pelayanan sistem kesehatan didukung oleh fasilitas yang lengkap di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan hal dapat diusahakan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan pada ibu bersalin. Pengambilan keputusan terpengaruh apabila akses dan system kesehatan yang ada terhambat atau pun memadai (Ariska & Dhamanti, 2024).

7. Persepsi

Persepsi ibu mencerminkan bagaimana mereka memaknai keterlibatan dalam pengambilan keputusan, apakah merasa dihargai, didengar, dan dilibatkan atau sebaliknya. Persepsi positif ditunjukkan ketika ibu merasa memiliki kendali dan hak suara dalam memilih pelayanan persalinan, sementara persepsi negatif muncul ketika ibu merasa keputusan sepenuhnya ditentukan oleh tenaga kesehatan atau keluarga. Persepsi bisa mempengaruhi proses pengambilan keputusan, cara bersikap, pola perilaku seseorang dalam merespon suatu peristiwa (Irianti et al., 2022).

2.3 Konsep Persepsi

2.3.1 Definisi Persepsi

Persepsi adalah bidang tertua didalam ilmu psikologi, menurut (Dania & Nanda, 2021) persepsi berasal dari bahasa latin *perception*,

perceprio yang mempunyai arti menerima, mengumpulkan, melakukan tindakan, perhatian terhadap sesuatu yang didasari oleh suatu proses pikir dan didahului oleh adanya suatu stimulus. Persepsi juga merupakan bentuk suatu ekspresi diri. Diartikan juga menurut (Robbins & Judge, 2024) persepsi adalah proses di mana individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan sensorik mereka untuk memberi makna pada lingkungan mereka. Persepsi dapat dipengaruhi oleh pengalaman, motivasi, nilai, dan latar belakang budaya.

Persepsi dalam konteks persalinan adalah bagaimana seorang perempuan mengalami, menilai, dan memaknai keterlibatan dirinya selama proses keputusan medis mulai dari awal kehamilan hingga persalinan termasuk apakah ibu merasa dihargai, didengar, dan memiliki kontrol atas tubuhnya. Persepsi ibu terbentuk melalui interaksi faktor internal yang berasal dari dalam diri ibu dan faktor eksternal dari lingkungan fisik, sosial, budaya, dan informasi yang diterima (Benyamini et al., 2024).

2.3.2 Faktor yang Membentuk Persepsi

Persepsi ibu terhadap keterlibatan dalam proses persalinan sebagai bagian penting menjamin keselamatan dan kenyamanan ibu dan bayi dibentuk oleh interaksi antara faktor internal dan faktor eksternal, yaitu:

1. Faktor Internal

Persepsi ibu terhadap keterlibatan dalam proses persalinan sangat dipengaruhi oleh kondisi internal seperti aspek psikologis, kognitif, dan emosional yang berasal dari dalam diri ibu itu sendiri, meliputi:

a. Aspek Kognitif: Pengetahuan, Literasi Kesehatan, dan Pengalaman Sebelumnya

Aspek kognitif berkaitan dengan kemampuan ibu untuk memproses informasi, memahami proses persalinan, menilai risiko, dan membuat keputusan yang rasional. Pengetahuan

yang memadai mengenai tahapan persalinan, potensi komplikasi, pilihan intervensi medis, serta hak pasien merupakan fondasi utama bagi partisipasi aktif ibu (Pattimahu et al., 2024).

Literasi kesehatan menjadi indikator penting dalam aspek kognitif. Ibu yang memiliki literasi tinggi mampu:

- 1) Menilai kredibilitas dan akurasi informasi dari tenaga kesehatan maupun media daring.
- 2) Menghubungkan informasi baru dengan pengalaman sebelumnya untuk membentuk ekspektasi yang realistis.
- 3) Membuat keputusan berdasarkan pertimbangan logis, bukan hanya rasa takut atau desakan lingkungan.

Pengalaman sebelumnya termasuk dimensi kognitif karena membentuk struktur pengetahuan dan skema mental ibu. Ibu yang mengalami persalinan positif sebelumnya memiliki gambaran nyata tentang proses persalinan, sehingga persepsi keterlibatannya lebih positif. Sebaliknya, pengalaman negatif dapat memicu bias kognitif, di mana ibu menilai risiko lebih tinggi atau merasa kurang mampu mengambil keputusan (Irianti et al., 2022). Dengan kata lain, pengalaman membentuk kerangka kognitif ibu untuk memahami situasi dan memprediksi hasil persalinan.

b. Aspek Psikologis: Kecemasan, Kondisi Mental, Usia, dan Paritas

Aspek psikologis mencakup kondisi mental, tingkat kecemasan, dan kesiapan psikologis ibu. Kecemasan muncul sebagai respons terhadap risiko yang dirasakan, pengalaman traumatis sebelumnya, atau ketidakpastian mengenai proses persalinan. Ibu dengan kecemasan tinggi cenderung merasa tidak berdaya, kurang percaya diri, dan kesulitan mengekspresikan keinginan selama persalinan (Fithri, 2021).

Usia merupakan faktor psikologis karena mempengaruhi kematangan mental. Ibu muda (<20 tahun) cenderung lebih rentan terhadap stres dan kecemasan akibat keterbatasan pengalaman, sementara ibu dalam usia reproduktif ideal (20–35 tahun) menunjukkan kesiapan mental yang lebih optimal. Ibu >35 tahun sering menghadapi kekhawatiran terkait komplikasi, yang meningkatkan persepsi risiko (Hasrida & Marina, 2021).

Paritas juga menentukan kesiapan psikologis ibu. Primipara biasanya lebih terpengaruh oleh ketidakpastian dan rasa takut karena minim pengalaman nyata, sedangkan multipara memiliki pengalaman yang lebih kaya sehingga dapat memahami proses persalinan, menyesuaikan ekspektasi, dan berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan (Sinaga, 2024).

Aspek psikologis ini menekankan *self-efficacy* ibu, yaitu keyakinan terhadap kemampuan diri dalam menghadapi persalinan. *Self-efficacy* tinggi berhubungan dengan persepsi kontrol yang lebih baik, kesiapan mental, dan keterlibatan aktif dalam pengambilan keputusan, sedangkan *self-efficacy* rendah memperkuat rasa takut, ketidakpastian, dan persepsi keterlibatan yang rendah.

c. Aspek Emosional: Kematangan Emosional

Kematangan emosional menunjukkan kemampuan ibu dalam mengelola dan menyeimbangkan respons emosional terhadap tekanan fisiologis dan psikologis selama persalinan. Ibu yang matang secara emosional mampu mempertahankan stabilitas perasaan, mengambil keputusan rasional, dan menyesuaikan perilaku dengan kebutuhan situasi (Wibowo & Bawono, 2023).

Indikator kematangan emosional meliputi:

- 1) Pengendalian diri dalam menghadapi rasa takut, nyeri, dan stres.
- 2) Kesadaran diri terhadap perubahan perasaan internal.
- 3) Kesiapan mental untuk menghadapi kontraksi dan situasi tak terduga.
- 4) Stabilitas emosional yang memungkinkan ibu merespons dengan adaptif dari satu situasi ke situasi lainnya.

Ibu dengan kematangan emosional yang baik lebih mampu berpartisipasi aktif, berkomunikasi efektif dengan tenaga kesehatan, dan menjaga konsistensi keputusan. Sebaliknya, kurangnya kematangan emosional meningkatkan kerentanan terhadap pengaruh stres, pengalaman negatif sebelumnya, dan rasa takut, yang dapat menurunkan persepsi keterlibatan.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal merupakan elemen lingkungan yang berasal dari luar diri. Faktor eksternal dapat dibagi menjadi empat sub-faktor utama: dukungan sosial, norma dan nilai budaya, fasilitas dan lingkungan fisik, serta informasi dan komunikasi (Situmorang et al., 2024).

1. Dukungan Sosial

Dukungan sosial mencakup bantuan emosional, informasi, dan instrumen yang diberikan oleh orang terdekat, seperti pasangan, keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan. Dukungan sosial berperan penting dalam menurunkan tingkat kecemasan ibu dan meningkatkan rasa percaya diri. Ibu yang merasa mendapat dukungan emosional dan informasional cenderung lebih mampu memahami proses persalinan, merasa aman, dan merasa memiliki kendali dalam pengambilan keputusan (Suraily, 2022). Tanpa dukungan sosial, ibu dapat merasa cemas, bingung, dan kurang terlibat, sehingga persepsi terhadap proses persalinan menjadi negatif.

2. Norma dan Nilai Budaya

Norma dan nilai budaya mencakup keyakinan, praktik, dan tradisi sosial yang berlaku dalam masyarakat. Norma ini membentuk ekspektasi awal ibu mengenai persalinan, intervensi medis, dan peran mereka dalam pengambilan keputusan. Lingkungan sosial yang menekankan persalinan alami atau praktik tradisional tertentu dapat mempengaruhi cara ibu menilai tindakan medis, sehingga persepsi terhadap risiko dan manfaat intervensi berubah (Dewi et al., 2025). Norma budaya juga mempengaruhi tekanan sosial dari keluarga dan komunitas, yang dapat memperkuat atau mengurangi rasa keterlibatan ibu dalam keputusan persalinan.

3. Fasilitas dan Lingkungan Fisik

Fasilitas dan lingkungan fisik meliputi kualitas tempat persalinan, kebersihan, kenyamanan, ketersediaan peralatan medis, keamanan, dan aksesibilitas layanan kesehatan. Lingkungan yang aman, nyaman, dan mudah diakses membuat ibu merasa lebih percaya diri dan mampu mengambil keputusan secara aktif. Sebaliknya, fasilitas yang buruk atau sulit dijangkau dapat menimbulkan rasa tidak aman, keterbatasan pilihan, dan persepsi bahwa keterlibatan mereka dalam keputusan persalinan rendah (Situmorang et al., 2024). Lingkungan fisik yang kondusif juga dapat meningkatkan kenyamanan emosional dan mengurangi kecemasan ibu selama persalinan.

4. Informasi dan Komunikasi

Informasi dan komunikasi mencakup cara ibu memperoleh, memahami, dan menafsirkan informasi mengenai persalinan dari tenaga kesehatan maupun sumber lain seperti media, internet, atau pengalaman orang lain. Komunikasi yang jelas, tepat waktu, dan empatik membuat ibu lebih memahami

proses persalinan dan hak mereka dalam pengambilan keputusan. Informasi yang lengkap dan akurat memperkuat rasa percaya diri dan persepsi positif terhadap keterlibatan. Sebaliknya, komunikasi yang buruk atau informasi yang ambigu dapat menimbulkan kebingungan, ketidakpastian, dan persepsi bahwa ibu tidak dilibatkan secara memadai dalam keputusan persalinan (Panjarwanto et al., 2025).

Persepsi yang terbentuk kemudian memiliki dampak signifikan terhadap kondisi psikologis dan pengambilan keputusan ibu.

2.3.3 Dampak Persepsi terhadap Pengalaman Persalinan

Secara psikologis, persepsi adalah proses internal yang dimulai dari penerimaan rangsangan, diolah oleh sistem saraf, dan dimaknai berdasarkan pengalaman, pengetahuan, serta nilai pribadi (Kandi, 2023). Dampak persepsi terhadap pengalaman persalinan sangat signifikan dan mempengaruhi bagaimana seorang ibu merasakan dan menghadapi proses persalinan. Berikut beberapa poin utama terkait dampak persepsi ini:

1. Terhadap Nyeri dan Kecemasan

Perasaan cemas dan takut pada saat melahirkan meskipun sudah pernah mengalami proses persalinan. Persepsi negatif, seperti rasa takut berlebihan atau anggapan bahwa persalinan adalah pengalaman yang menyakitkan, bisa meningkatkan kecemasan. Kecemasan ini menstimulasi sistem saraf simpatis, meningkatkan ketegangan otot, dan mengurangi toleransi terhadap nyeri (Lubis et al., 2024). Sebaliknya, persepsi positif dapat memicu pelepasan hormon endorfin yang membantu mengurangi nyeri.

2. Terhadap Proses Fisiologis Persalinan

Persepsi yang menimbulkan stres dapat memperlambat dilatasi serviks dan memperpanjang kala I persalinan. Dukungan emosional dan informasi yang baik mampu mengubah persepsi

ibu menjadi lebih positif, sehingga memperlancar proses persalinan (Hafsa & Varadhila, 2022).

3. Terhadap Trauma dan Kepuasan Persalinan

Trauma pada persalinan dapat berdampak buruk pada ibu dan keluarganya. Mereka merasa kewalahan, marah, tingkat percaya diri yang rendah, ikatan bayi ibu dan menyusui terganggu, sleeping disorder, maternal neonaticide, dan bahkan dapat berdampak jangka panjang yaitu ketidakinginan memiliki anak lagi, depresi, keinginan untuk bunuh diri, serta adanya gangguan fungsi kognitif, fisik, emosi, perilaku, dan bahasa pada bayi yang dilahirkan dengan traumatis. Hal ini mempengaruhi kesiapan ibu untuk hamil kembali dan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan (R. Sagala et al., 2021).

4. Terhadap Pengambilan Keputusan di Persalinan Berikutnya

Persepsi negatif seperti kesakitan ibu juga meningkat akibat dari perdarahan, kemungkinan histerektomi, robeknya rahim, komplikasi anastesi, syok, gagal jantung dan ginjal serta gangguan pernafasan. Tidak semua persalinan pervagina itu berhasil, risiko dari beberapa penyakit penyerta, atau dengan menggunakan alat bantu seperti forsep atau vakum jika persalinan pervagina mengalami kesulitan. dapat membuat ibu memilih intervensi medis yang sebenarnya tidak selalu diperlukan, seperti operasi sesar efektif pada kehamilan berikutnya (Lellyawaty, 2022).

2.3.4 Alat Ukur Persepsi

2.3.4.1 Cara Ukur

Menurut (Lasiyono & Sulistiyawan, 2024) disebutkan ada berbagai cara untuk mengukur persepsi diantaranya dengan menggunakan skala guttman, thurstone, dan likert.

Dalam penelitian ini cara ukur yang digunakan dengan skala likert yaitu untuk mengukur sikap, pendapat, persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena tertentu

yang ingin diketahui. Dalam angket skala Likert biasanya disediakan lima alternatif jawaban, misalnya: SS, S, N, TS, dan STS. Agar peneliti dapat dengan mudah mengetahui apakah seorang responden menjawab dengan sungguh-sungguh atau asal-asalan, sebaiknya angket disusun berdasarkan pernyataan positif dan pernyataan negatif. Untuk pernyataan positif perskoran jawaban sebagai berikut, SS (Sangat Setuju) : 5, S (Setuju) : 4, N (Netral) : 3, TS (Tidak Setuju) : 2, STS (Sangat Tidak Setuju) : 1

2.3.4.2 Indikator Persepsi

1. Indikator kuantitatif

a. Dikatakan persepsi positif jika: skor $T > \text{mean } T$

Artinya, responden memiliki skor total lebih tinggi dibandingkan rata-rata skor keseluruhan, menunjukkan ibu merasa dilibatkan, diberi informasi, dihargai, dan mendapat dukungan dalam pengambilan keputusan persalinan.

b. Dikatakan persepsi negatif jika: skor $T < \text{mean } T$

Artinya, responden memiliki skor total lebih rendah dibandingkan rata-rata skor keseluruhan, menunjukkan ibu merasa tidak dilibatkan, tidak mendapat informasi, pendapatnya diabaikan, dan kurang mendapat dukungan dalam pengambilan keputusan persalinan.

Tabel 2. 1 Indikator Kuantitatif Persepsi

Indikator Persepsi	
Positif	skor $T > \text{mean } T$
Negatif	skor $T < \text{mean } T$

2. Indikator kualitatif

Dalam penelitian ini dimaksudkan adalah persepsi ibu dalam pengambilan keputusan tentang persalinan sebagai berikut:

- a. Penerimaan informasi
- b. Keterlibatan dalam memilih tindakan persalinan
- c. Menentukan tempat persalinan
- d. Penghargaan terhadap pendapat ibu
- e. Komunikasi dengan tenaga kesehatan
- f. Dukungan dari tenaga kesehatan/keluarga

Yang dikategorikan menjadi persepsi positif dan negatif.

1. Persepsi positif: ibu merasa dilibatkan, diberi informasi, dihargai pendapatnya, komunikasi baik, terbuka, dua arah, keputusan dibuat bersama tenaga kesehatan.
2. Persepsi negatif: ibu merasa tidak dilibatkan, kurang informasi, pendapatnya diabaikan, komunikasi buruk, keputusan sepihak oleh tenaga kesehatan atau keluarga.

Seluruh komponen pembentuk persepsi ini merupakan prinsip inti dari pendekatan *Woman-Centered Care* (WCC), yaitu asuhan kebidanan yang berfokus pada otonomi, kebutuhan, preferensi, dan keterlibatan perempuan dalam setiap keputusan klinis.

2.4 Konsep Woman-Centered Care (WCC)

2.4.1 Definisi Woman-Centered Care (WCC)

Woman-Centered Care (WCC) merupakan suatu pendekatan pelayanan kebidanan yang menempatkan perempuan sebagai pusat dari seluruh proses asuhan. Pendekatan ini lahir dari pemahaman bahwa setiap perempuan memiliki kebutuhan, nilai, pengalaman, serta preferensi yang berbeda sehingga pelayanan tidak dapat diseragamkan atau diperlakukan sebagai prosedur rutin. Dalam Woman-Centered Care (WCC), perempuan dipandang sebagai individu dengan hak penuh untuk memahami kondisi dirinya, mempertimbangkan pilihan-

pilihan yang tersedia, serta terlibat dalam setiap keputusan klinis terkait persalinan (Fontein-Kuipers et al., 2018).

Dalam Woman-Centered Care (WCC), perempuan diposisikan sebagai mitra dalam pengambilan keputusan. Tenaga kesehatan berperan menyediakan informasi yang benar, lengkap, dan mudah dipahami agar perempuan dapat membuat pilihan yang sesuai dengan kebutuhannya. Pendekatan ini sejalan dengan konsep *Person-Centered Maternity Care* yang menekankan perlunya komunikasi yang baik, penghormatan terhadap martabat perempuan, serta kesempatan bagi perempuan untuk terlibat secara aktif dalam menentukan tindakan atau intervensi yang akan dilakukan (Odiase et al., 2025).

(Turkmani & Dawson, 2024) menegaskan bahwa Woman-Centered Care (WCC) merupakan dasar penting dalam pelayanan maternitas karena membantu menciptakan suasana yang aman dan mendukung bagi perempuan selama persalinan. Melalui komunikasi yang sensitif dan penghargaan terhadap nilai serta latar belakang budaya perempuan, tenaga kesehatan dapat meningkatkan rasa percaya diri dan rasa kontrol perempuan terhadap proses persalinannya. Pendekatan ini terbukti memperkuat persepsi positif perempuan terhadap keterlibatannya dalam pengambilan keputusan dan meningkatkan kualitas pengalaman persalinan secara keseluruhan (Medway et al., 2025).

2.4.2 Prinsip Woman-Centered Care (WCC)

Prinsip-prinsip Woman-Centered Care (WCC) menjadi dasar dalam memastikan bahwa perempuan merasa terlibat, dihargai, dan memiliki peran dalam proses pengambilan keputusan selama persalinan. Prinsip-prinsip ini memberikan arah bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang sensitif, responsif, dan sesuai dengan kebutuhan setiap perempuan. Empat prinsip utama Woman-Centered Care (WCC) yang relevan dengan keterlibatan perempuan dalam keputusan persalinan adalah sebagai berikut:

1. Pengambilan Keputusan Berbasis Informasi (*Informed Decision-Making*)

Prinsip ini menekankan bahwa perempuan berhak memperoleh informasi yang lengkap, jelas, dan mudah dipahami mengenai proses persalinan, kemungkinan intervensi, manfaat, serta risikonya. Informasi yang memadai membantu perempuan membentuk pemahaman yang benar dan menilai pilihan yang tersedia. (Jeong et al., 2025) menunjukkan bahwa kualitas informasi sangat berpengaruh pada seberapa besar perempuan merasa terlibat dalam keputusan yang diambil selama persalinan.

2. Kemitraan antara Bidan dan Perempuan (*Mutual Partnership*)

Kemitraan dalam Woman-Centered Care (WCC) tercipta melalui komunikasi dua arah, rasa saling percaya, dan penghargaan terhadap preferensi perempuan. Dalam hubungan ini, bidan tidak hanya menyampaikan informasi, tetapi juga memastikan perempuan memahami opsi yang diberikan dan memiliki kesempatan untuk menyampaikan pendapat. Ketika hubungan kemitraan terbangun, perempuan cenderung merasa bahwa keputusan yang diambil merupakan hasil proses bersama dan mencerminkan keinginannya.

3. Pemberdayaan Perempuan (*Empowerment*)

Pemberdayaan merupakan proses membantu perempuan merasa memiliki kemampuan, keberanian, dan kendali dalam menghadapi persalinan. (Odiase et al., 2025) menjelaskan bahwa perempuan yang merasa diberdayakan lebih mampu mengekspresikan preferensinya dan lebih percaya diri dalam mengambil keputusan. Pemberdayaan dapat dicapai melalui sikap empatik, dukungan emosional, dan pemberian kesempatan bagi perempuan untuk menentukan pilihan yang sesuai dengan nilai dan kebutuhannya.

4. Pendekatan Holistik

Pendekatan holistik melihat perempuan sebagai individu yang utuh, dengan mempertimbangkan aspek fisik, emosional, psikologis, sosial, dan budaya. (Nagineviciute et al., 2023) menegaskan bahwa pelayanan yang memperhatikan aspek psikososial dapat meningkatkan kenyamanan dan rasa percaya diri perempuan selama persalinan. Dengan memperhatikan konteks hidup setiap perempuan, tenaga kesehatan dapat menciptakan pengalaman persalinan yang lebih positif dan mendukung keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan.

2.4.3 Implementasi Woman-Centered Care (WCC)

Implementasi Woman-Centered Care (WCC) dalam praktik persalinan bertujuan memastikan bahwa perempuan mendapatkan pelayanan yang menghargai hak, kebutuhan, dan preferensinya. Penerapan Woman-Centered Care (WCC) memerlukan tindakan konkret dalam pelayanan sehari-hari, terutama terkait komunikasi, pemberian informasi, dukungan emosional, dan keterlibatan perempuan dalam proses pengambilan keputusan. (Jeong et al., 2025) menunjukkan bahwa praktik Woman-Centered Care (WCC) dapat meningkatkan pengalaman persalinan dan memperkuat rasa kendali perempuan terhadap proses yang dijalannya. Salah satu bentuk implementasi Woman-Centered Care (WCC) adalah keberlanjutan asuhan oleh tenaga kesehatan, terutama bidan, mulai dari kehamilan hingga masa nifas. Keberlanjutan ini memberikan rasa aman bagi perempuan karena mereka merasa didampingi dan mendapatkan penjelasan yang konsisten tentang prosedur atau intervensi yang mungkin dilakukan. Model ini juga mendorong komunikasi yang lebih terbuka dan hubungan yang lebih akrab antara perempuan dan tenaga kesehatan, sehingga perempuan lebih nyaman menyampaikan pertanyaan atau preferensi yang dimilikinya.

Penerapan Woman-Centered Care (WCC) juga terlihat dalam pemberian ruang bagi perempuan untuk menentukan pilihan selama proses persalinan. Hal ini mencakup kebebasan memilih posisi persalinan, penggunaan metode manajemen nyeri, persetujuan atau penolakan terhadap intervensi medis tertentu, serta keterlibatan pendamping yang dipercaya. Dengan memberikan pilihan tersebut, perempuan merasa dihargai dan memiliki kendali terhadap proses persalinannya. (Turkmani & Dawson, 2024) menegaskan bahwa pelayanan yang memberikan ruang bagi perempuan untuk berpartisipasi aktif dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan pengalaman positif selama persalinan.

Implementasi Woman-Centered Care (WCC) tidak hanya bergantung pada keterampilan klinis tenaga kesehatan, tetapi juga pada kemampuan membangun hubungan yang saling percaya dan menghormati. Ketika perempuan merasa terlibat dan didukung dalam setiap tahap proses persalinan, persepsi mereka terhadap keterlibatan dalam pengambilan keputusan akan meningkat. Hal ini memperkuat bukti bahwa Woman-Centered Care (WCC) berperan penting dalam menciptakan pengalaman persalinan yang aman, nyaman, dan bermakna bagi perempuan (Medway et al., 2025).

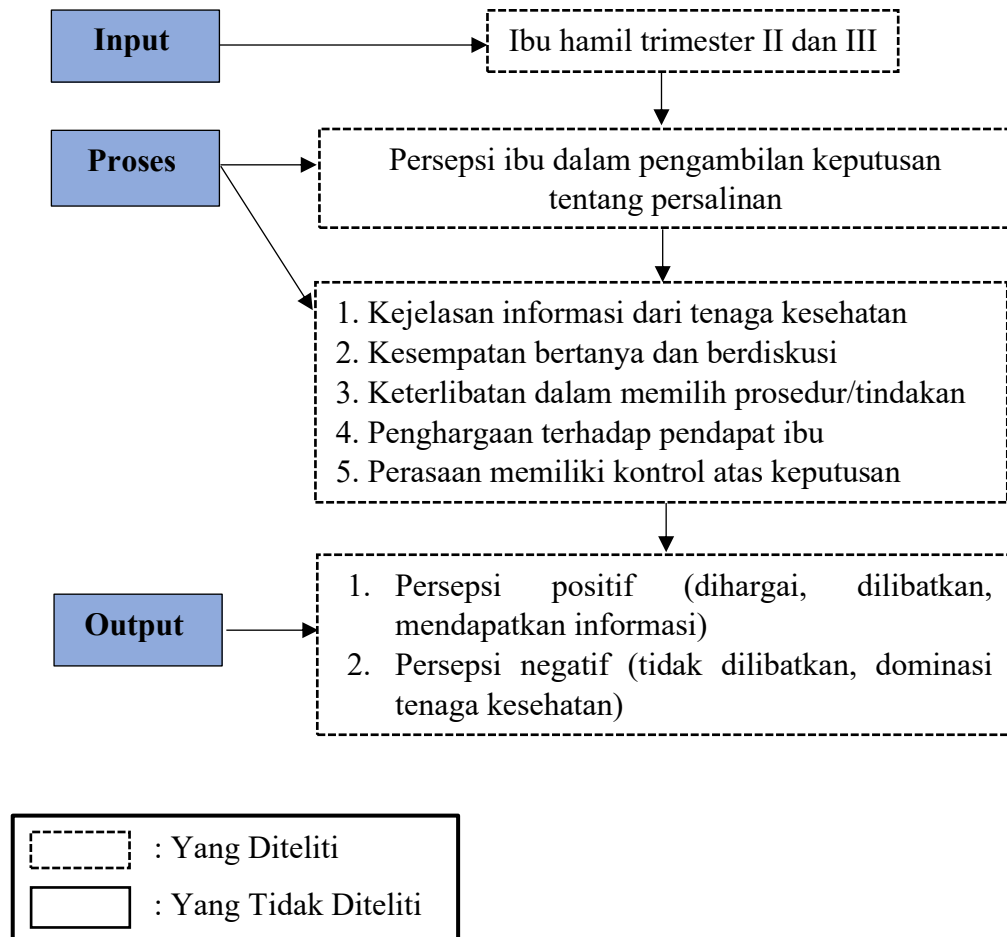
2.4.4 Manfaat Woman-Centered Care (WCC)

Penerapan Woman-Centered Care (WCC) memberikan manfaat penting bagi persepsi ibu terhadap proses persalinan, terutama terkait perasaan terlibat, dihargai, dan memiliki kendali atas keputusan yang diambil. Woman-Centered Care (WCC) membantu ibu memahami bahwa dirinya memiliki peran aktif dalam menentukan arah pelayanan yang diberikan, sehingga pengalaman persalinan menjadi lebih positif dan bermakna. (Medway et al., 2025) menyatakan bahwa ibu yang menerima pelayanan sesuai prinsip Woman-Centered Care (WCC) cenderung memiliki persepsi lebih baik mengenai keterlibatannya dalam pengambilan keputusan.

Salah satu manfaat utama Woman-Centered Care (WCC) adalah peningkatan rasa percaya diri dan rasa kontrol ibu selama proses persalinan. Ketika ibu diberi informasi yang jelas dan dilibatkan dalam diskusi mengenai tindakan atau intervensi, mereka lebih memahami kondisi yang dihadapi dan merasa lebih siap menghadapi proses persalinan. (Jeong et al., 2025) menjelaskan bahwa keterlibatan aktif ibu dalam pengambilan keputusan berkontribusi pada pengalaman persalinan yang lebih tenang dan terarah, karena ibu merasa keputusan yang diambil merupakan hasil pertimbangan bersama antara dirinya dan tenaga kesehatan.

Woman-Centered Care (WCC) juga berperan dalam meningkatkan kepuasan ibu terhadap pengalaman persalinan secara keseluruhan. Ketika ibu merasa dihormati, didengarkan, dan diperlakukan dengan empati, persepsinya terhadap kualitas pelayanan akan meningkat. (Turkmani & Dawson, 2024) menunjukkan bahwa pelayanan yang memprioritaskan kebutuhan dan preferensi ibu dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan rasa aman, serta memperkuat hubungan kepercayaan antara ibu dan tenaga kesehatan. Hal ini pada akhirnya mendukung pengalaman persalinan yang lebih positif dan membantu ibu memandang dirinya sebagai pihak yang berperan penting dalam proses kelahiran bayi.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 12 Kerangka Konsep
Sumber: Dikembangkan oleh peneliti berdasarkan kajian teori, 2026.

Kerangka konsep penelitian ini menggambarkan variabel tunggal yaitu persepsi ibu dalam pengambilan keputusan tentang persalinan. Persepsi ibu diukur melalui lima indikator, yaitu kejelasan informasi dari tenaga kesehatan, kesempatan bertanya dan berdiskusi, keterlibatan dalam memilih prosedur atau tindakan persalinan, penghargaan terhadap pendapat ibu, dan perasaan memiliki kontrol atas keputusan. Kelima indikator tersebut digunakan untuk memperoleh gambaran persepsi ibu dalam pengambilan keputusan tentang persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Bendo.