

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Kecemasan atau ansietas adalah ketegangan, rasa tidak aman, dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui (Maramis, 2009). Kecemasan adalah respons yang dialami ibu hamil terhadap situasi hamil yang dirasa mengancam, diikuti dengan gejala-gejala fisiologis, emosional atau psikologis dan kognitif. Kecemasan sebagai emosi tanpa obyek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui dan didahului oleh pengalaman baru. Kecemasan berbeda dengan rasa takut. Takut mempunyai sumber yang jelas dan obyeknya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian terhadap stimulasi yang mengancam dan cemas merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut (Stuart dan Sundeen, 2006). Cemas adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang dan merupakan suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman yang terbagi dalam beberapa tingkatan (Kusuma & Hartono, 2011).

1) Tanda dan Gejala Cemas

Tanda dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis (Conley, 2006):

a. Gejala somatik yang timbul diantaranya:

- (1) keringat berlebih;
- (2) ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung;
- (3) sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, parestesi;
- (4) gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak

nafsu makan, mual, diare, konstipasi;

- (5) iritabilitas kardiovaskuler: hipertensi, takikardi;
- (6) disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

b. Gejala psikologis antara lain:

- (1) gangguan mood: sensitive sekali, cepat marah, mudah sedih;
- (2) kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang;
- (3) kelelahan, mudah capek;
- (4) kehilangan motivasi dan minat;
- (5) perasaan-perasaan yang tidak nyata;
- (6) sangat sensitive terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja;
- (7) berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa, bingung;
- (8) kikuk, canggung, koordinasi buruk;
- (9) tidak bisa membuat keputusan, tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil;
- (10) gelisah, resah, tidak bisa diam;
- (11) kehilangan kepercayaan diri;
- (12) kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang;
- (13) keraguan dan ketakutan yang mengganggu;
- (14) terus menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.

2) Faktor yang mempengaruhi kecemasan

Faktor Predisposisi

a. Tingkat Pengetahuan dan Pendidikan

Pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami kecemasan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi tentang persalinan baik dari orang terdekat, keluarga, tenaga kesehatan, maupun dari berbagai

media seperti majalah dan lainnya. Pasangan suami istri yang berpendidikan tinggi dan mengikuti kelas ibu hamil serta banyak membaca buku tentang kelahiran mereka lebih tenang dan siap dalam proses persalinan (Bobak, 2012).

b. Usia

Usia ibu dapat memberikan dampak terhadap perasaan cemas saat persalinan. Ibu usia di bawah 20 tahun kesiapan mental masih sangat kurang sehingga dalam menghadapi kelahiranpun masih belum mantap. Ibu berusia di atas 35 tahun meskipun secara fisik risiko terjadinya komplikasi lebih besar, tetapi secara mental mereka lebih siap (Musbikin, 2007).

c. Paritas

Paritas juga dapat mempengaruhi kecemasan. Pada primigravida merasakan kecemasan karena tidak adanya bayangan mengenai apa yang akan terjadi saat bersalin nanti dan mendengar cerita mengerikan dari teman atau kerabat tentang pengalaman saat melahirkan seperti ibu atau bayi meninggal dan hal ini dapat mempengaruhi pikiran ibu mengenai proses persalinan yang menakutkan. Pada multigravida muncul perasaan cemas biasanya diakibatkan oleh bayangan rasa sakit yang dideritanya dulu sewaktu melahirkan (Musbikin, 2007).

d. Keadaan fisik ibu

Seseorang yang menderita penyakit akan lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak menderita sakit. Jika seorang ibu yang hamil disertai dengan suatu penyakit penyerta maka ibu tersebut akan lebih cemas lagi karena berisiko terjadi hal-hal yang patologis (Morgan, 2005).

3) Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (2006) cemas terdiri dari empat tingkatan yaitu:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berkaitan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsinya. Orang yang mengalami kecemasan ringan masih mampu menghadapi situasi yang bermasalah, dapat mengintegrasikan pengalaman masa lalu, saat ini dan yang akan datang. Perasaan relative aman dan nyaman. Tanda-tanda vital normal, ketegangan otot minimal, pupil normal atau konstriksi. Pada tingkat ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Kecemasan Sedang

Pada kecemasan sedang dapat menyebabkan persepsi sempit dan terfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah dan kesulitan dalam berkonsentrasi. Pandangan pengalaman pada saat ini berkaitan dengan masa lalu dan dapat mengabaikan kejadian dalam situasi tertentu; kesulitan dan membutuhkan usaha yang lebih dalam beradaptasi dan menganalisa. Tanda-tanda vital normal atau sedikit meningkat, tremor, bergetar.

c. Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terkini dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang yang mengalami kecemasan berat memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Pembelajaran sangat terganggu; sangat kebingungan dan tidak mampu berkonsentrasi. Pandangan pengalaman saat ini berkaitan pada masa lalu. Hampir tidak mampu mengerti situasi yang dihadapi saat ini. Tanda-tanda vital meningkat, diaphoresis, ingin kencing, nafsu makan turun, pupil dilatasi, otot-otot

tegang, pandangan menurun, sensasi nyeri meningkat.

d. Panik

Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan terror. Rincian terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahannya. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Panik dapat menyebabkan terjadinya peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Seseorang mungkin menjadi pucat, tekanan darah menurun, hipotensi, koordinasi otot-otot lemah, nyeri, sensasi pendengaran minimal. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

4) Penatalaksanaan Kecemasan

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan cemas memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistic, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik/psikiatrik, psikososial dan psikorelegius. Terapi psikofarmaka untuk mengatasi cemas menggunakan anticemas (anxiolytic) seperti diazepam, chlordiazepoxide HCL, oxazolam, hydroxine HCL, dan karva-karva rhizome.

Terapi komplementer/alternatif juga dapat dilakukan untuk mengurangi kecemasan, seperti musik, aromaterapi, terapi tertawa, relaksasi otot progresif, meditasi dan lain-lain (Elliot et al, 2011). Di Amerika Serikat terapi musik sudah banyak dilakukan untuk mengatasi kekurangan dalam aspek fisik, emosi, kognitif dan sosial pada orang dewasa. Musik dan ritme-ritme tertentu dimainkan dengan berbagai alat dan diyakini dapat membawa ketenangan pikiran dan memberikan kenyamanan fisik. Dengan mendengarkan musik seseorang

menjadi rileks (Djohan, 2006).

5) Alat Ukur Kecemasan

Mengukur kecemasan dapat dilakukan dengan memberikan pertanyaan langsung, mendengarkan cerita serta mengobservasi baik perilaku maupun verbalnya. Perilaku non verbal dapat sebagai signal atau tanda mengalami kecemasan. Kecemasan seseorang dapat diketahui dengan menggunakan alat ukur (instrumen) kecemasan. Terdapat

beberapa instrumen kecemasan yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya, misalnya Hamilton Rating Scale for Anxiety (HaRS-A), Depression Anxiety and Stress Scales (DASS), Beck Anxiety Inventory (BAI) dan Tailor Manifest Anxiety Scale (T-MAS). Instrumen HaRS-A merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Skala HaRS-A pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HaRS-A telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HaRS-A akan diperoleh hasil yang valid dan reliable (Nursalam, 2008; Stuart dan Sunden, 2006).

Skala HaRS-A yang sudah dianggap baku memiliki 14 item symptom pertanyaan meliputi perasaan cemas, ketegangan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi/murung, gejala somatik/fisik, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenitalia, gejala vegetative atau autonomy, gejala perilaku (Stuart dan Sunden, 2006). Memiliki lima tingkatan skor yaitu skor 0= Tidak ada gejala (keluhan), skor 1= Satu dari gejala yang ada, skor 2= Dua atau separuh dari gejala yang ada, skor 3= Lebih dari separuh gejala yang ada, skor 4=

Semua gejala ada. Dengan penentuan derajat kecemasan nilai dari item 1-14 maka skor terendah adalah 0 dan skor tertinggi 56, dan hasilnya sebagai berikut skor < 14= tidak ada kecemasan, skor 14-20= kecemasan ringan, skor 21-27= kecemasan sedang, skor 28-41= kecemasan berat, skor 42-56= panik (Stuart dan Sunden, 2006).

DASS digunakan untuk menilai keparahan gejala inti depresi, kecemasan dan stress. Instrumen ini terdiri atas 42 pertanyaan atau seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stress. Setiap skala subjektif tersebut terdiri dari 14 butir pernyataan. Masing- masing pernyataan yang akan diukur dipilih dengan pilihan jawaban (skor) 0= tidak pernah dialami sama sekali, 1= jarang dialami, 2= sering dialami, 3= selalu dialami. Setelah responden menjawab pernyataan tersebut, skor dijumlahkan dan diinterpretasikan. Untuk kecemasan 0-7= normal, 8-9= ringan, 10-14= sedang, 15- 19= berat dan > 20= sangat berat (McDowell, 2006).

BAI digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan sesuai dengan keluhan pasien dan dirancang khusus untuk meminimalkan perancu dengan gejala depresi. BAI terdiri dari 21 item pertanyaan yang mengukur gejala somatik terdiri dari 14 item dan tujuh item mencerminkan aspek subjektif dari kecemasan tersebut. Kuesioner BAI dapat diisi sendiri oleh pasien atau melalui wawancara oleh peneliti. Masing- masing item pertanyaan dijawab oleh responden jika gejala tidak dialami diberi skor nol, gejala dirasakan ringan atau tidak merasa terganggu skornya satu, gejala dirasakan sedang atau cukup merasa terganggu skornya dua dan gejala dirasakan berat atau sangat merasa terganggu skornya tiga. Skor setiap item kemudian dijumlahkan dari hasil penjumlahan dapat diketahui tingkat kecemasan seseorang. Skor 0-7= normal, 8-15= cemas

ringan, 16-25= cemas sedang, 26-63= cemas berat (McDowell, 2006).

T-MAS modifikasi Ginting (2001) merupakan instrumen kecemasan untuk mengukur skala kecemasan ibu bersalin. Alat ukur ini biasanya digunakan peneliti dengan teknik wawancara secara langsung kepada responden. Terdiri dari 24 pernyataan, masing-masing pernyataan diberi nilai “Ya” atau “Tidak”, jika tanggapan “Ya” mendapat skor satu sedangkan “Tidak” mendapat skor nol. Penjumlahan skor dapat dikategorikan jika < 6 = cemas ringan, 7-12= cemas sedang, 13-18= cemas berat, 19-24= panik (Saryono, 2010).

PRAQ-r2 merupakan revisi dari PRAQ dan telah teruji secara psikometri. PRAQ-r2 telah dilakukan revisi yaitu item pertanyaan pada PRAQ-r2 dapat digunakan untuk ibu nullipara maupun multipara. PRAQ-r2 juga telah teruji reliabilitasnya.

2. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2010). Kehamilan merupakan proses alamiah dalam periode pertumbuhan seorang wanita. Asuhan kehamilan lebih ditekankan pada upaya *promotif* dan menghindari tindakan *medikalisasi*. Pelayanan berkesinambungan (*continuity of care*), dengan fokus terutama pada ibu (*woman centered*) (Bartini, 2012).

b. Tanda dan gejala kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan menurut Manuaba (2008) dibagi menjadi 3 bagian, yaitu;

1) Tanda dugaan kehamilan

a. Amenore (tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak haid dengan diketahuinya tanggal hari pertama menstruasi terakhir adalah penanda untuk menentukan tanggal taksiran persalinan.

b. Mual dan muntah

Biasa terjadi pada bulan pertama hingga bulan terakhir trimester pertama. Sering terjadi pada pagi hari atau sering disebut “morning sickness”.

c. Mengidam (ingin makanan khusus)

Sering terjadi pada bulan pertama kehamilan akan tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya usia kehamilan.

d. Anoreksia (tidak ada selera makan)

Hanya berlangsung ada triwulan pertama tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya kehamilan.

e. Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon esterogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

f. Sering buang air kecil

Sering buang kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan gejala ini bisa kembali terjadi dikarenakan kandung kemih tertekan oleh kepala janin.

g. Konstipasi atau obstipasi

Hal ini bisa terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan buang air besar.

h. Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, chloasma, serta linea alba akan berwarna lebih tegas, melebar, dan bertambah gelap pada bagian perut bagian bawah.

i. Epulis

Suatu hipertrofi *papilla gingivae* (gusi berdarah) hal ini sering terjadi pada trimester pertama.

j. Varises (pemekaran vena-vena)

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan pembesaran pembuluh vena. Pembesaran pembuluh vena pada darah ini terjadi di sekitar genitalian eksterna, kaki, dan betis serta payudara.

2) Tanda kemungkinan kehamilan

a. Perut membesar

Perut membesar dapat dijadikan kemungkinan kehamilan bila usia kehamilan sudah memasuki lebih dari 14 minggu karena sudah adanya massa.

b. Uterus membesar

Uterus membesar karena terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya semakin lama akan semakin membesar.

c. Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama, isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak.

d. Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.

e. Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran itu tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat

tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu bagian.

f. Tanda *Braxton Hicks*

Tanda *braxton hicks* adalah tanda apabila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda *braxton hicks* merupakan tanda khas uterus dalam kehamilan. Tanda ini terjadi karena pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri tanda *braxton hicks* tidak ditemukan.

g. Teraba Ballotement

Ballotement merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Hal ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

h. Reaksi kehamilan positif

Ciri khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

3) Tanda pasti kehamilan

a. Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa, atau diraba juga bagian-bagian janin.

b. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin bisa didengar dengan stetoskop monoral leanec, dicatat dan didengar dengan alat doppler dicatat dengan fotoelektro kardiograf, dan dilihat pada ultrasonografi.

c. Terlihat tulang-tulang janin dalam fotorontgen.

c. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Gejala dan tanda bahaya kehamilan menurut Prawirohardjo (2014) sebagai berikut,

1) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan usia muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan

kromosom yang ditemui pada spermatozoa maupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau usia diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa.

- 2) Preeklamsia Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklampsia.
- 3) Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum
Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum biasa terjadi pada kehamilan, nyeri tersebut bisa terjadi pada kehamilan trimester kedua dan ketiga. Apabila nyeri tersebut terasa pada trimester kedua atau ketiga maka diagnosanya mengarah pada solusi plasenta yang bisa dilihat baik dari jenis nyeri maupun perdarahan yang terjadi.
- 4) Muntah yang berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 5) Disuria
- 6) Menggigil atau demam
- 7) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
- 8) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

3. *Antenatal Care*

a. Definisi *Antenatal Care*

Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998).

Kunjungan ANC adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pelayanan antenatal ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan

memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, dkk., 2002). Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental (Wiknjosastro, 2005). Pelayanan antenatal terintegrasi merupakan integrasi pelayanan antenatal rutin dengan beberapa program lain yang sasarannya pada ibu hamil, sesuai prioritas Departemen Kesehatan, yang diperlukan guna meningkatkan kualitas pelayanan antenatal.

b. Tujuan *Antenatal Care*

Tujuan pengawasan wanita hamil ialah menyiapkan ia sebaik- baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka postpartum sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental.

Tujuan asuhan antenatal adalah menurunkan atau mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya sebagai berikut

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal.
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan.
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta kemungkinan adanya komplikasi (Astuti, 2012).

c. Keuntungan *Antenatal Care*

Dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan kerumah sakit. (Manuaba,1998)

d. Fungsi *Antenatal Care*

- 1) Promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan

aktifitas pendidikan

- 2) Melakukan screening, identifikasi dengan wanita dengan kehamilan resiko tinggi dan merujuk bila perlu
- 3) Memantau kesehatan selama hamil dengan usaha mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

e. Cara pelayanan *Antenatal Care*

Cara pelayanan antenatal, disesuaikan dengan standar pelayanan antenatal menurut Depkes RI yang terdiri dari :

1) Kunjungan Pertama

- a. Catat identitas ibu hamil
- b. Catat kehamilan sekarang
- c. Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
- d. Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
- e. Pemeriksaan fisik diagnostic dan laboratorium
- f. Pemeriksaan obstetric
- g. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)
- h. Pemberian obat rutin seperti tablet Fe, calsium, multivitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas indikasi.
- i. Penyuluhan/konseling.

2) Jadwal kunjungan ibu hamil

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, wanita hamil

memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester satu (< 14 minggu).
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14 – 28).
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28 – 36 dan sesudah minggu ke 36).(Saifudin, dkk.,2002)
- d. Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dilaksanakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12

jam (Pusdiknakes, 2003:45).

f. Pelayanan ibu hamil dimasa Pandemi Covid-19

Menurut Erna, 2020 pelayanan ibu hamil yang ditetapkan pada masa pandemic Covid-19, yaitu:

- 1) Pemeriksaan kehamilan pertama oleh dokter untuk skrining factor resiko, buat janji agar tidak menunggu lama.
- 2) Tunda pemeriksaan kehamilan trimester 2 (dapat melalui tele konsultasi klinis) kecuali ada tanda bahaya.
- 3) Pemeriksaan kehamilan trimester 3 harus dilakukan 1 bulan sebelum taksiran persalinan.
- 4) Pengisian stiker P4K dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
- 5) Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari termasuk mengenali tanda bahaya.
- 6) Memeriksa sendiri dirinya, segera ke fasyankes jika ada resiko/tanda bahaya (baca Buku KIA)
- 7) Buat janji jika ada keluhan/kondisi yang membutuhkan pemeriksaan/penanganan
- 8) Pastikan gerakan janin diawali usia kehamilan 20 minggu
- 9) Tunda kelas ibu hamil

4. Karakteristik

Istilah karakter dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia mempunyai arti sifat-sifat kejiwaan, akhlak atau budi pekerti yang membedakan seseorang dari yang lain, tabiat, watak. Karakteristik seseorang merupakan sifat yang membedakan seseorang dengan yang lain berupa pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anak, dan jumlah keluarga dalam rumah tangga yang mempengaruhi perilaku seseorang. Karakteristik atau ciri-ciri individu digolongkan ke dalam tiga kelompok yaitu:

- a. Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur.
- b. Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, kesukaan atau ras, dan sebagainya.
- c. Manfaat-manfaat kesehatan seperti keyakinan bahwa pelayanan

kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit. (Notoatmodjo, 2012).

Karakteristik yang mempengaruhi ibu hamil

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup (Notoatmodjo, 2012). Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas pelayanan bayinya. Informasi yang berhubungan dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan sehingga akan meningkatkan pengetahuannya. Penguasaan pengetahuan erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang. Hal itu menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak mengetahui mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Sulistyawati, 2009).

Tingkat pendidikan sangat memengaruhi bagaimana seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab dan solusi dalam hidupnya. Orang yang berpendidikan tinggi biasanya bertindak lebih rasional. Oleh karena itu orang yang berpendidikan akan lebih mudah menerima gagasan baru.

Demikian halnya dengan ibu berpendidikan tinggi akan memeriksakan kehamilannya secara teratur demi menjaga kesehatan dirinya dan anak dalam kandungannya (Jane, 2014). Tingkat pendidikan adalah lamanya mengikuti pendidikan formal dan mempunyai ijazah sesuai strata pendidikan di Indonesia. Menurut UU Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 pasal 14 menjelaskan bahwa jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi yang diklasifikasikan pada pasal 17 yaitu pendidikan dasar meliputi SD, SLTP atau sederajat. Pasal 18 yaitu pendidikan menengah yaitu SLTA sederajat dan pada pasal 19 yaitu

pendidikan tinggi mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi.

b. Jenis Pekerjaan

Menurut Badan Pusat Statistik jenis pekerjaan adalah jenis kedudukan seseorang dalam melakukan pekerjaan di suatu unit usaha atau kegiatan. Jenis pekerjaan diklasifikasikan bekerja dan tidak bekerja. Pekerjaan berkaitan dengan aktivitas atau kesibukan ibu. Kesibukan ibu akan menyita waktu sehingga pemenuhan pemeriksaan selama kehamilan berkurang atau tidak dilakukan (Sunarsih, 2010). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pekerjaan atau aktivitas bagi ibu hamil adalah aktivitasnya berisiko bagi kehamilan.

Contoh aktivitas yang berisiko bagi ibu hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stres, berdiri lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau kelembaban yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi. Nasihat yang penting disampaikan adalah bahwa ibu hamil tetap boleh melakukan aktivitas atau pekerjaan tetapi tetap dicermati pekerjaan atau aktivitas yang dilakukan berisiko atau tidak untuk kehamilan dan ada perubahan dalam aktivitas atau pekerjaan karena berhubungan dengan kapasitas fisik ibu dan perubahan sistem tubuh, selain itu juga bisa dilihat dari sisi keuntungan dan risiko ibu hamil (Kusmiyati, Wahyuningsih, dan Sujiyatini, 2009).

c. Paritas

Paritas adalah jumlah atau banyaknya persalinan yang pernah dialami ibu baik lahir hidup maupun mati. Paritas 2 sampai 3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Ibu dengan paritas tinggi lebih dari 3 memiliki angka maternal yang tinggi karena dapat terjadi gangguan endometrium. Penyebab gangguan endometrium tersebut dikarenakan kehamilan berulang. Sedangkan pada paritas pertama berisiko karena rahim baru pertama kali menerima hasil konsepsi dan keluwesan otot rahim masih

terbatas untuk pertumbuhan janin (Winkjosastro, 2010).

Tingkat paritas telah menarik perhatian peneliti dalam kesehatan ibu dan anak. Dikatakannya bahwa terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik daripada yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit-penyakit tertentu yang berkaitan dengan kehamilan (Notoatmodjo, 2012). Paritas dapat dibedakan menjadi nulipara yaitu paritas 0, primipara yaitu paritas 1, multipara yaitu paritas 2-4, dan grandemultipara yaitu paritas lebih dari 4 (Prawirohardjo, 2014).

d. Usia

Umur kehamilan yang aman pada ibu adalah usia antara 20 sampai 35 tahun. Umur di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun merupakan umur rawan bagi kehamilan. Kondisi fisik ibu hamil dengan umur lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Hal ini pun turut mempengaruhi kondisi janin. Pada proses pembuahan, kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika dibandingkan sel telur pada wanita dengan usia reproduksi sehat yaitu 20 sampai 35 tahun (Sulistiyawati, 2009). Umur reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah 20-35 tahun, dibawah dan diatas umur tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan maupun persalinan. Pertambahan umur diikuti oleh perubahan perkembangan organ-organ dalam rongga pelvis.

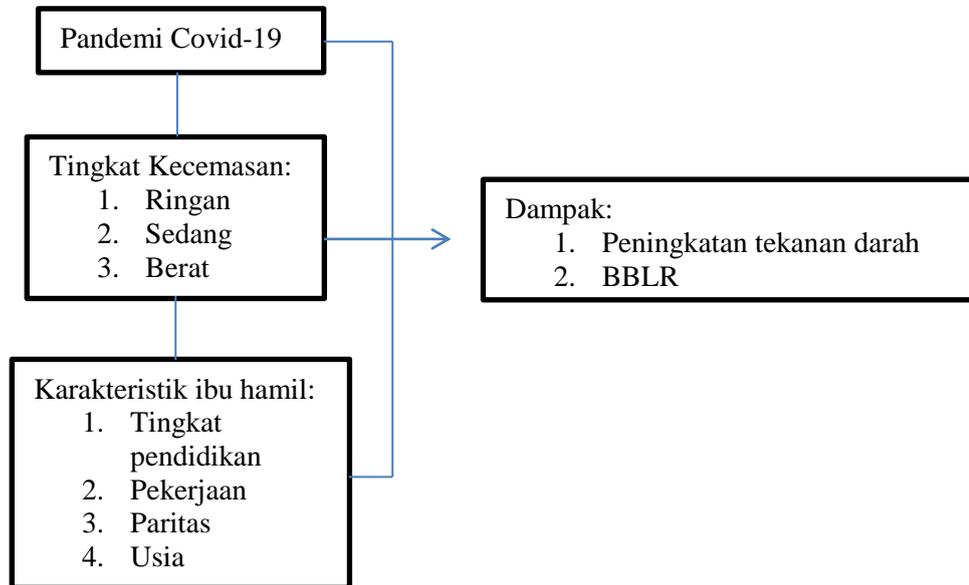
Pada wanita usia muda dimana organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan kejiwaan belum siap menjadi seorang ibu maka kehamilan dapat berakhir dengan suatu keguguran, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan dapat disertai dengan persalinan macet. Umur hamil pertama yang ideal bagi seorang wanita adalah 20 tahun, sebab pada usia tersebut rahim wanita sudah siap menerima kehamilan (Manuaba, 2010). Kehamilan yang terjadi pada wanita dibawah 20 tahun merupakan kehamilan yang banyak menghadapi risiko-risiko kesehatan sehubungan dengan kehamilan dini dan banyak yang memiliki pengetahuan yang terbatas atau kurang percaya diri untuk mengakses sistem pelayanan kesehatan yang

mengakibatkan kunjungan pelayanan antenatal yang terbatas dan dapat berperan penting terhadap terjadinya komplikasi, sehingga pada kelompok usia ini diperlukan motivasi untuk memeriksakan kehamilan secara teratur (Waspodo, 2010).

Usia ibu hamil terlalu muda (35 tahun) mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi kurang sehat. Hal ini dikarenakan pada umur dibawah 20 tahun, dari segi biologis fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna untuk menerima keadaan janin dan segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental, dan emosional, sedangkan pada umur diatas 35 tahun dan sering melahirkan, fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami kemunduran atau degenerasi dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan lebih besar. Perdarahan post partum yang mengakibatkan kematian maternal pada wanita hamil yang melahirkan pada umur dibawah 20 tahun, 2-5 kali lebih tinggi daripada perdarahan post partum yang terjadi pada umur 20-29 tahun. Perdarahan post partum meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro, 2010).

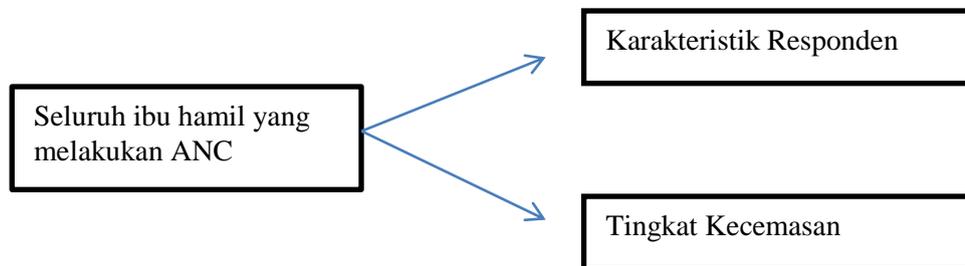
B. Kerangka Teori

Berikut adalah kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini



Gambar 1. Kerangka Teori Notoatmodjo (2012), Maharani (2008), Spitz (2013)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran karakteristik ibu hamil dan tingkat kecemasan ibu hamil yang melakukan ANC pada masa pandemi Covid-19 di Puskesmas Moyudan?”