

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan terjadi jika terdapat pertemuan sel telur (ovum) dan sel mani (spermatozoa) sehingga terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus. Kehamilan normal terhitung dari fertilisasi sampai lahirnya bayi yang akan berlangsung selama 40 minggu. Terbagi dalam 3 trimester dihitung dari hari pertama haid terakhir yaitu trimester pertama (0-12 minggu), trimester kedua (13-27 minggu), trimester ketiga (28-40 minggu) (Saminem, 2009).

Dengan adanya kehamilan, ibu harus mampu beradaptasi dengan berbagai perubahan yang akan terjadi dari perubahan fisik dan psikologis ibu sehingga pemeriksaan dan pengawasan pada ibu hamil sangat diperlukan untuk memantau dan menyiapkan fisik dan psikologis ibu dalam menjalani kehamilan, persalinan, nifas, dan saat bayi lahir dengan harapan ibu dan bayi dalam keadaan sehat, serta mendeteksi secara dini adanya komplikasi/gangguan pada ibu (Hartini, 2018).

2.1.2 Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III

Kehamilan Trimester III yaitu periode 3 bulan terakhir kehamilan yang dimulai pada minggu ke-28 sampai minggu ke-40. perubahan psikologi ibu hamil khususnya trimester III terkesan lebih kompleks dan meningkat kembali dibanding trimester sebelumnya, dan ini tidak lain dikarenakan kondisi

kehamilan yang semakin membesar. Ibu tidak mempunyai kesiapan untuk melahirkan akan lebih cemas dan memperlihatkan ketakutan dalam suatu perilaku hingga menangis. Sekalipun peristiwa kelahiran sebagai fenomena fisiologis yang normal, kenyataannya proses persalinan berdampak pada perdarahan, kesakitan luar biasa serta menimbulkan ketakutan bahkan kematian baik ibu maupun bayi (Janiwati, 2012).

Perubahan fisiologis pada kehamilan trimester III menurut Resmaniasih tahun 2014 sebagai berikut :

a. Uterus

Uterus mulai menekan kearah tulang belakang menekan vena kava dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Pada akhir kehamilan sehingga terjadi kontraksi uterus.

b. Sirkulasi darah dan sistem respirasi

Volume darah meningkat 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu diikuti pompa jantung meningkat 30%. Ibu hamil sering mengeluh sesak nafas akibat pembesaran uterus yang semakin mendesak kearah diafragma.

c. Traktus Digestivus

Ibu hamil dapat mengalami nyeri ulu hati karena terjadi tekanan keatas uterus. Sedangkan pelebaran pembuluh darah pada rectum juga dapat terjadi.

d. Traktus Urinarius

Bila kepala janin turun ke PAP, maka ibu hamil akan mengeluh sering kencing.

c. Sistem Muskulus Skoletal

Membesarnya uterus sendi perlvic pada saat hamil sedikit bergerak untuk mengkompensasi perubahan bahu lebih tertarik kebelakang, lebih melenngkung, sendi tulang belakang lebih lentur sehingga mengakibatkan nyeri punggung.

e. Kulit

Terdapat strie gravidarum, mengeluh gatal, kelenjar sebacea lebih aktif.

f. Metabolisme

Perubahan metabolisme seperti terjadi kenaikan metabolisme basal sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga. Penurunan keseimbangan asam basa dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.

g. Perubahan Kardiovaskuler

Volume darah total ibu hamil meningkat 30-50%, yaitu antara plasma 75% dan sel darah merah 33% dari sebelum hamil.

2.1.3 Perubahan Psikologis Kehamilan

Terdapat lebih dari 2/3 kematian neonatal disebabkan karena pertumbuhan yang terhambat dan kelainan konginetal. Hal ini secara langsung maupun tidak langsung sangat dipengaruhi pada saat sebelum atau selama proses kelahiran. Permasalahan tersebut dapat dicegah dan dideteksi secara dini oleh petugas kesehatan sehingga menjadikan pelayanan yang berkualitas. Pelayanan kesehatan harus mampu memfasilitasi hal-hal yang dibutuhkan ibu hamil. Karena selama kehamilan banyak sekali perubahan-perubahan yang dialami ibu hamil. Perubahan tidak hanya dari fisik tetapi dari psikologis yaitu kesiapan mental ibu menerima kehamilan ini dan mempersiapkan untuk

kelahiran. Pada wanita hamil dengan beban psikologis, gejala-gejala yang timbul akan sering didapatkan selama kehamilan dan akan terasa lebih berat (Umami Hani, 2010).

Psikologi kehamilan adalah tingkah laku ibu hamil dalam masa kehamilannya baik sebagai dirinya sendiri maupun hubungannya dengan lingkungannya (Mandang, 2016). Selama hamil kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Meskipun terkadang wanita mengatakan betapa bahagianya karena menjadi seorang ibu dan telah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Tidak jarang ada wanita yang merasa khawatir apabila terjadi masalah dalam kehamilannya kemungkinan bayinya tidak normal, kemungkinan kehilangan kecantikannya, serta kecemasan atas tindakan medikalisasi saat persalinan (Vivian, 2014)

Perubahan psikologi yang dialami ibu hamil berdasarkan usia kehamilan menurut Indrayani (2011) adalah sebagai berikut :

a. Trimester I (Periode Penyesuaian)

- 1) Terbuka atau diam-diam
- 2) Perasaan ambivalent terhadap kehamilannya
- 3) Berkembang perasaan khusus, mulai tertarik karena akan menjadi ibu
- 4) Antipati karena ada perasaan tidak nyaman terutama pada ibu yang tidak menginginkan kehamilannya
- 5) Perasaan gembira
- 6) Ada perasaan cemas karena akan punya tanggung jawab sebagai ibu
- 7) Menerima dan menolak perubahan fisik

b. Trimester II (Periode Kesehatan yang Baik)

- 1) Mengalami perubahan fisik yang lebih nyata
- 2) Ibu merasakan adanya pergerakan janin karenanya ibu menerima dan menganggap sebagai bagian darinya
- 3) Dorongan seksual dapat meningkat dan menurun
- 4) Mencari perhatian suami
- 5) Berkonsentrasi pada kebutuhan diri dan bayinya
- 6) Perasaan lebih berkembang sehingga ibu mulai mempersiapkan perlengkapan bayinya
- 7) Perasaan cenderung lebih stabil

c. Trimester III (Periode Penantian dengan Penuh Kewaspadaan)

- 1) Kecemasan dan ketegangan semakin meningkat oleh karena perubahan postur tubuh atau terjadi gangguan body image
- 2) Merasa tidak feminim menyebabkan perasaan takut tidak mendapat perhatian dan suami berpaling atau tidak menyenangi kondisinya
- 3) Pada minggu ke 6-8 menjelang persalinan perasaan takut semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya
- 4) Adanya perasaan tidak nyaman
- 5) Sukar tidur oleh karena kondisi fisik atau frustrasi terhadap persalinan
- 6) Menyibukkan diri dalam persiapan menghadapi persalinan

Menurut Rahmatia (2015) perubahan psikologi ibu hamil yaitu :

a. Kecemasan dalam kehamilan

Pada saat kehamilan ibu hamil sangat mengalami penyesuaian dan adaptasi bahwa dia sedang mengandung dan penerimaan pada kenyataan. Hal ini

mempengaruhi perubahan-perubahan emosi yang berhubungan pada penurunan kemauan berhubungan seksual, rasa letih dan mual, perubahan suasana hati, kecemasan, kekhawatiran dan sebagainya. Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya

b. Gangguan konsep diri

Perubahan fisik selama kehamilan sangat memengaruhi terhadap perubahan body-image perempuan. Body-image merupakan sikap yang dimiliki seseorang terhadap tubuhnya yang dapat berupa penilaian positif dan negatif. Perubahan psikologi setiap trimester pada wanita hamil tidak terlepas dari dampak perubahan yang khas dalam segi fisik dari setiap proses kehamilan yang dialami wanita hamil menunjukkan adanya perubahan “citra tubuh” pada ibu hamil atau yang dalam istilah asing disebut body image. Citra tubuh (body image) merupakan gambaran mental seseorang terhadap bentuk dan ukuran tubuhnya, bagaimana seseorang mempersepsikan dan memberikan penilaian atas apa yang dia rasakan terhadap ukuran dan bentuk tubuhnya, dan atas bagaimana kira-kira penilaian orang lain terhadap dirinya (Sitorus, 2011). Perempuan pada kehamilan pertama lebih cemas terhadap body-image daripada perempuan pada kehamilan kedua atau ketiga. Hal ini dikarenakan perempuan yang hamil pertama kalinya belum memiliki

pengalaman tentang perubahan yang terjadi selama kehamilan. Body-image yang baik akan menjadikan seseorang memiliki konsep diri yang positif dan sebaliknya. Konsep diri yang positif, akan mudah menjalani 3 hidupnya, tampil lebih percaya diri.

c. Perubahan seksual

Perubahan pola seksual pada masa kehamilan disebabkan oleh penurunan libido karena secara umum sangat dipengaruhi oleh kelelahan, mual, depresi, payudara yang membesar, kecemasan, kekhawatiran dan masalah-masalah lain.

2.1.4 Deteksi Dini Resiko Kehamilan dengan Skor Poedji Rochjati

Setiap ibu hamil mempunyai resiko terjadinya komplikasi atas kehamilannya, maka dari itu ibu hamil dianjurkan untuk segera memeriksakan kehamilannya setelah diketahui terlambat haid dan dapat dideteksi secara dini atas resiko kehamilannya (Hartini,2018).

Deteksi dini resiko kehamilan adalah upaya secara dini saat hamil dalam upaya penurunan angka kematian ibu. Langkah penapisan (skrining) dari risiko kehamilan penting dilakukan untuk dapat menentukan penanganan selanjutnya pada tiap ibu hamil pelayanan antenatal menjadi kunci utama penapisan tersebut sehingga harus dilakukan secara komprehensif, terpadu dan berkualitas. Terdapat kasus ibu hamil dengan perdarahan antepartum atau preeklampsia yang ditandai dengan hipertensi, edem wajah dan tungkai, dan proteinuria, maupun adanya tanda gawat janin maka pasien harus dirujuk untuk penanganan sesuai standart karena termasuk keadaan gawat darurat. Pada

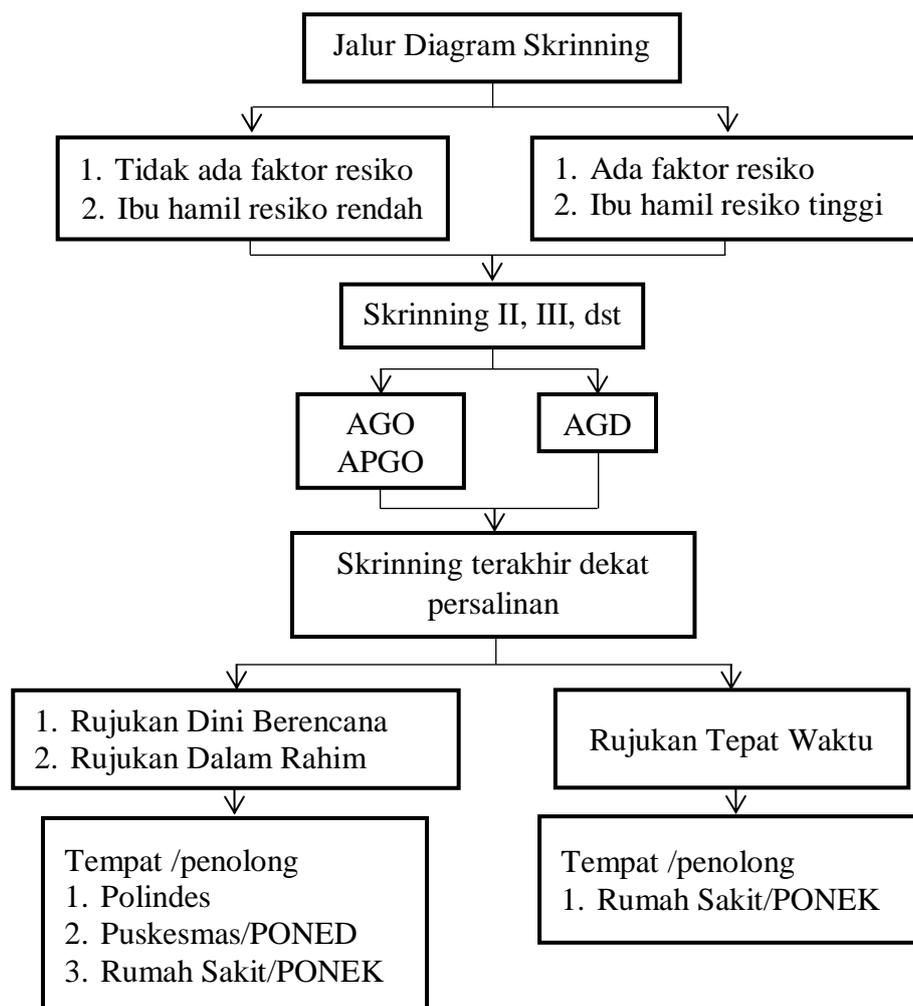
keadaan ini kehamilan diklasifikasikan sebagai kehamilan dengan kondisi kegawat daruratan dan membutuhkan rujukan segera (Deswani, 2018).

Upaya yang dapat dilakukan ibu hamil adalah a. Memeriksa diri sendiri mungkin atas kehamilannya dan teratur ke fasilitas kesehatan (Puskesmas, Posyandu, Rumah Sakit, Praktik Klinik) paling sedikit 4 kali selama kehamilannya. b. Mendapatkan skrinning imunisasi TT dan bila perlu diberikan imunisasi TT. c. Bila ditemukan kelainan-kelainan resiko tinggi, pemeriksaan harus lebih sering dan lebih intensif. d. Makan makanan yang benutrisi yang memenuhi kaidah gizi seimbang,sesuai kebutuhan nutrisi ibu hamil. e. Mampu mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan secara dini, dan apabila ditemukan maka segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan (Hartini, 2018).

Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa yang akan datang yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecatatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan pada ibu dan atau bayi. Ukuran resiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat ringannya resiko/bahaya (Deswani, 2018).

Pelayanan ibu dengan ditemukannya resiko/bahaya yaitu mendapatkan pelayanan kebidanan berkualitas melalui rujukan bila dibutuhkan yaitu ke Puskesmas Rawat Inap dengan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Essensial/Emerjensi Dasar (PONED) atau ke Rumah Sakit Kabupaten dengan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Esensial/Emerjensi Komprehensif

(PONEK). Pelayanan esensial diberikan kepada ibu resiko tinggi yaitu Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) dan Ada Gawat Obstetrik (AGO). Sedangkan pelayanan emergensi adalah penanganan bagi ibu dengan Ada Gawat Darurat Obstetri (AGDO) yaitu perdarahan antepartum, preeklampsia berat/eklampsia dan komplikasi persalinan dini.



Gambar 2.1 Jalur Diagram Skrinning (Rochjati, 2011)

2.1.5 Klasifikasi Resiko Kehamilan

Berdasarkan Poedji Rochjati dalam Winarti tahun 2014 bahwa kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir. Berdasarkan total skor kehamilan berisiko dibedakan menjadi:

a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.

b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil

penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal.

2.1.6 Kelompok Faktor Resiko

Menurut Poedji Rochjati didalam Rochjati tahun 2011, faktor risiko dikelompokkan menjadi :

a. Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO)

APGO merupakan banyak faktor atau kriteria – kriteria risiko kehamilan. Ibu hamil primi muda, primi tua, primi tua sekunder, anak terkecil ≤ 2 tahun, Tinggi Badan (TB) ≤ 145 cm, riwayat penyakit, kehamilan hidramnion dan riwayat tindakan ini merupakan faktor fisik pertama yang menyebabkan ibu hamil berisiko.

1) Primi muda ibu yang hamil pertama kali pada usia ≤ 16 tahun, dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan. Disisi lain mental ibu belum siap menerima kehamilan dan persalinan. Bahaya yang terjadi jika usia terlalu muda yaitu premature, perdarahan antepartum, perdarahan post partum. Hasil penelitian disalah satu Rumah Sakit, ibu hamil yang dikategorikan dalam primi muda sangat rendah yakni hanya mencapai angka 1,7%. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan adalah ibu yang berumur < 20 tahun.

2) Primi tua

a) Lama perkawinan ibu ≥ 4 tahun dan mengalami kehamilan pertama setelah masa pernikahan dan pasangan tidak menggunakan alat kontrasepsi KB.

b) Pada umur ibu ≥ 35 tahun dan mengalami kehamilan. Usia tersebut dikategorikan usia tua, ibu dengan usia tersebut mudah terserang penyakit, kemungkinan mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu berupa pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus. Menurut hasil penelitian usia ≥ 35 tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan.

3) Primi tua sekunder, ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah ≥ 10 tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang mempunyai riwayat anak pertama mati atau ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun, serta pada ibu yang tidak menggunakan KB.

a) Anak terkecil ≤ 2 tahun, ibu yang mempunyai anak pertama terkecil ≤ 2 tahun namun tersebut telah mengalami kehamilan berikutnya. Jarak kehamilan ≤ 2 tahun kondisi rahim belum kembali seperti semula selain itu ibu masih dalam proses menyusui. Komplikasi yang mungkin terjadi yaitu perdarahan setelah bayi lahir, bayi lahir namun belum cukup umur sehingga menyebabkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR) < 2.500 . Jarak kehamilan ≤ 2 tahun dan ≥ 5 tahun

mempunyai kemungkinan 1,25 kali mengalami komplikasi persalinan, ibu hamil yang pemeriksaan kehamilannya kurang kemungkinan mengalami 0,396 kali komplikasi pada saat persalinan, ibu dengan deteksi dini kehamilan risiko tinggi kategori kurang kemungkinan 0,057 kali mengalami komplikasi persalinan.

- b) Multigrande yaitu Ibu yang pernah mengalami persalinan sebanyak 4 kali atau lebih, komplikasi yang mungkin terjadi seperti anemia, kurang gizi, dan kekendoran pada dinding rahim. Keadaan tersebut dapat menyebabkan kelainan letak janin, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan, dan rahim robek pada kelainan letak lintang. Sedangkan grandemultipara adalah ibu yang pernah melahirkan lebih dari 6 kali atau lebih baik bayi dalam keadaan hidup atau mati.
- c) Usia ibu hamil 35 tahun atau lebih. Ibu hamil pada usia ini dapat mengalami komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan post partum. Komplikasi tersebut mungkin dialami oleh ibu hamil pada usia tersebut dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit. Kejadian kehamilan risiko tinggi dipengaruhi oleh umur dan paritas. Kehamilan risiko tinggi mayoritas berumur \geq 35 tahun dan terjadi pada grandemultipara.
- d) Tinggi Badan (TB) 145 cm atau kurang komplikasi yang mungkin terjadi yaitu ukuran panggul ibu sebagai jalan lahir sempit namun ukuran kepala janin tidak besar atau ketidaksesuaian antara janin dan jalan lahir. Kemungkinan ukuran panggul ibu normal, sedangkan

ukuran kepala janin besar. Komplikasi yang terjadi yaitu BBLR, prematur, bayi mati dalam kandungan (IUFD).

e) Ibu hamil dengan riwayat obstetric jelek dengan kondisi ibu hamil kedua dimana kehamilan pertama mengalami keguguran, meninggal di dalam kandungan, lahir dalam keadaan belum cukup umur, lahir mati, dan lahir hidup kemudian mati pada usia ≤ 7 hari, kehamilan sebelumnya pernah keguguran sebanyak ≥ 2 kali. Salah satu faktor yang menyebabkan kegagalan kehamilan dan meninggalnya janin dalam kandungan pada ibu adalah adanya penyakit seperti diabetes mellitus, radang saluran kencing, dan lain-lain.

f) Persalinan yang lalu dengan tindakan

Persalinan ditolong oleh alat bantu seperti cunam/forcep/vakum, uri manual (manual plasenta), pemberian infus / tranfusi pada saat proses persalinan dan operasi sectio caesarea pada persalinan.

b. Ada Gawat Obstetri tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas. Beberapa penyakit ibu hamil yang dikategorikan sebagai gawat obstetri yaitu: anemia, malaria pada ibu hamil, penyakit TBC, payah jantung, diabetes militus, HIV/AIDS, toksoplasmosis.

1) Pre-eklamsia ringan, tiga gejala preeklamsi yaitu oedema pada muka, kaki dan tungkai, hipertensi dan urin protein positif. Komplikasi yang dapat terjadi seperti kejang, IUFD, dan IUGR.

2) Kehamilan kembar (gemeli) dengan jumlah janin 2 atau lebih. Komplikasi yang terjadi seperti hemoroid, prematur, BBLR, perdarahan antepartum.

- 3) Hidramnion atau kelebihan jumlah air ketuban dari normalnya (> 2 liter). Faktor yang mempengaruhi hidramnion adalah penyakit jantung, kongenital pada anak, dan hidrosefalus.
 - 4) Intra Uteri Fetal Deat (IUFD) dengan tanda-tanda gerakan janin tidak terasa lagi dalam 12 jam, perut mengecil, tidak terdengar denyut jantung.
 - 5) Hamil serotinus usia kehamilannya ≥ 42 minggu. Pada usia tersebut fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah akan menurun. Maka akan menyebabkan ukuran janin menjadi kecil, kulitnya mengkerut, berat badan bayi saat lahir akan rendah, dan kemungkinan janin akan mati mendadak dalam kandungan dapat terjadi.
 - 6) Letak sungsang keadaan dimana letak kepala janin dalam rahim berada di atas dan kaki janin di bawah. Kondisi ini dapat menyebabkan bayi sulit bernapas sehingga menyebabkan kematian dan letak lintang. Letak janin dalam rahim pada usia kehamilan 8 sampai 9 bulan melintang, dimana kepala berada di samping kanan atau kiri ibu. Bayi yang mengalami letak lintang tidak bisa melahirkan secara normal kecuali dengan alat bantu. Bahaya yang dapat terjadi apabila persalinan tidak dilakukan dan ditangani secara benar dapat terjadi robekan pada rahim ibu dan ibu dapat mengalami perdarahan, infeksi, syok, dan jika fatal dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan janin.
- c. Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO Adanya ancaman nyawa ibu dan bayi yaitu perdarahan antepartum, dan pre-eklasmi atau eklamsi.

2.1.7 Alat Skrining / Deteksi Dini Rersiko Ibu Hamil

Alat untuk melakukan skrining adalah Kartu Skor Poedji Rochjati dengan format kartu skor disusun dengan format kombinasi antara cecklis dan sistem skor. Cecklis dari 19 faktor resiko dengan skor untuk ibu hamil, suami dan keluarganya oleh tenaga kesehatan maupun non kesehatan yang mendapat pelatihan dapat menggunakan dan mengisinya (Rochjati, 2011)

Kartu Skor Poedji Rochjati atau yang biasanya disingkat dengan KSPR biasanya digunakan untuk menentukan tingkat resiko pada ibu hamil. KSPR dibuat oleh Poedji Rochjati dan pertama kali digunakan pada tahun 1992-1993. KSPR telah disusun dengan format yang sederhana agar mempermudah kerja tenaga kesehatan untuk melakukan skrinning terhadap ibu hamil dan mengelompokan ibu kedalam kategori sesuai ketetapan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat terhadap ibu hamil berdasarka kartu ini.

I KEL. F.R	II N O	III	IV				
		Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III ₁	III ₂
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Th	4				
		b. Terlalu tua hamil I ≥ 35 Th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (≤ 2 Tahun)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan					
	a. Tarikan tang/vakum	4					
	b. Uri dirogoh	4					
	c. Diberi infus/Tansfusi	4					
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil Kembar air (hidramnion)	4				
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat/Kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Gambar 2.2 Skor Poedji Rochjati (Rochjati, 2011)

Cara Pemberian SKOR:

- a. Skor 2 : Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Ibu hamil dengan SKOR 2 dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan (Rumah, PMB, Polindes, Puskesmas)

- b. Skor 6-10 : Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Ibu hamil dengan SKOR 6 atau lebih, dianjurkan bersalin dengan tenaga kesehatan (PMB, Polindes, Puskesmas)

c. Skor >12 : Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Ibu hamil dengan SKOR 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS / SpOG

2.2 Konsep Kecemasan dalam Kehamilan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih utuh, serta perilaku terganggu tetapi dalam batas normal (Meihartati, 2018). Menurut Cornelius Katona tahun 2012, kecemasan adalah keadaan emosi yang tidak menyenangkan, melibatkan rasa takut yang subjektif, rasa tidak nyaman pada tubuh, dan gejala fisik. Berdasarkan kedua pengertian tersebut, bahwa kecemasan adalah suatu respon emosional dimana seseorang kecemasan adalah suatu respon emosional dimana seseorang merasa takut pada suatu sumber ancaman yang belum jelas dan tidak teridentifikasi.

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut (Meihartati, 2018), ada beberapa faktor dari dalam maupun luar ibu hamil yang dapat mempengaruhi kecemasannya. Faktor tersebut yaitu :

a. Perkembangan Kepribadian

Perkembangan kepribadian seseorang dimulai sejak usia bayi hingga 18 tahun dan tergantung dari pendidikan orang tua dirumah, pendidikan di

sekolah dan pengaruh sosialnya serta pengalaman dalam kehidupannya. Seorang menjadi pencemas terutama akibat proses imitasi dan identifikasi dirinya terhadap kedua orang tuanya daripada pengaruh keturunan (genetik).

b. Tingkat Maturasi

Tingkat maturasi individu mempengaruhi tingkat kecemasan. Pada bayi kecemasan lebih disebabkan oleh perpisahan, lingkungan atau orang yang tidak dikenal dan perubahan hubungan dalam kelompok sebaya. Kecemasan pada remaja lebih banyak disebabkan oleh perkembangan seksual. Pada orang dewasa kecemasan berhubungan dengan ancaman konsep diri, sedangkan pada lansia kecemasan berhubungan dengan kehilangan fungsi.

c. Tingkat Pengetahuan

Individu yang tingkat pengetahuannya lebih tinggi akan mempunyai koping yang lebih adaptif terhadap kecemasan daripada individu yang tingkat pengetahuannya rendah.

d. Karakteristik Stimulus

1) Intensitas Stressor

Intensitas stimulus yang semakin besar maka semakin semakin besar pula kemungkinan respon yang nyata akan terjadi. Stimulus yang timbulnya secara perlahan-lahan selalu memberi waktu bagi seseorang untuk mengembangkan koping.

2) Lama Stressor

Stressor yang menetap dapat menghabiskan energi seseorang dan akhirnya dapat melemahkan sumber-sumber koping yang ada.

3) Jumlah Stressor

Jumlah stressor yang ada akan lebih meningkatkan kecemasan pada individu daripada stimulus yang lebih kecil.

4) Karakteristik Individu

a) Makna stressor bagi individu

Makna stressor bagi individu merupakan suatu faktor utama yang mempengaruhi respon stress.

b) Sumber yang dapat dimanfaatkan dan respon coping

Seseorang yang telah mempunyai keterampilan dalam menggunakan coping dapat memilih tindakan-tindakan yang akan memudahkan adaptasi terhadap stressor baru.

c) Status kesehatan individu

Jika status kesehatan buruk, energi yang digunakan untuk menengani stimulus lingkungan kurang, akan dapat mempengaruhi respon terhadap stressor.

2.2.3 Tingkat Kecemasan

Menurut Solehati (2015), tingkatan kecemasan dibagi menjadi:

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ringan dapat ditunjukkan dengan :

- 1) Timbul perasaan berdebar-debar, banyak bicara dan bertanya, dapat mengenal tempat, orang dan waktu.

- 2) Tekanan darah, nadi dan pernafasan normal.
- 3) Pupil mata normal.
- 4) Perasaan masih relatif terasa aman dan tetap tenang.
- 5) Penampilan masih tetap tenang dan suara tidak tinggi.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Kecemasan sedang dapat ditunjukkan dengan :

- 1) Mulut kering, anoreksia, badan bergetar, ekspresi wajah ketakutan, tidak mampu rileks, meremas-remas tangan, posisi badan sering berubah, banyak bicara dengan volume keras.
- 2) Tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, pernafasan mulai meningkat.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu hal yang terperinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Kecemasan berat dapat ditunjukkan dengan :

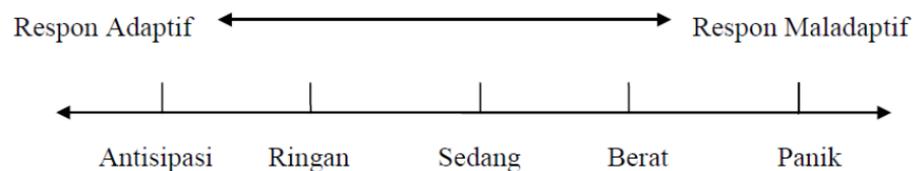
- 1) Nafas pendek, rasa tercekik, pusing, sakit kepala, rasa tertekan, rasa nyeri dada, mual dan muntah, kondisi motorik berkurang,

menyalahkan orang lain, cepat tersinggung, volume suara keras serta sulit dimengerti, perilaku diluar kesadaran.

2) Tanda vital meningkat, berkeringat banyak, diare, peningkatan frekuensi buang air, tidak mau melihat lingkungan, wajah tampak tegang.

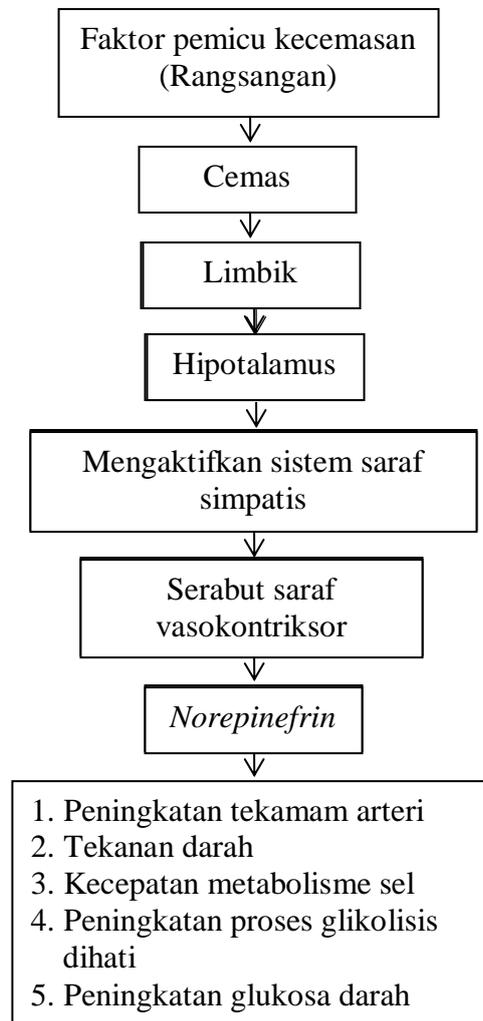
d. Tingkat Panik

Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.



Gambar 2.3 Rentang Respons Ansietas (Tuti Meihartati, 2018)

2.2.4 Mekanisme Kecemasan



Gambar 2.4 Mekanisme Kecemasan

Mekanisme cemas dimulai dari adanya faktor pemicu cemas (rangsangan). Membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan calon ibu tidak nyaman, tidak dapat tidur nyenyak dan sering mendapat kesulitan bempas. Semua ini mengakibatkan timbulnya kecemasan pada calon ibu, Selain itu, adanya resiko perdarahan, rasa sakit pada saat melahirkan, bahaya kematian pada dirinya sendiri maupun bayi yang akan dilahirkan

juga menambah kecemasan dan ketakutan bagi ibu hamil (Lia 2011 dalam Sumardani 2016).

Rangsangan cemas akan mempengaruhi sistem limbik yaitu hipotalamus. Hipotalamus anterior akan mengaktifkan sistem saraf simpatis sebagai reaksi fisiologis pertama yang timbul saat cemas yang dikenal dengan respon fight or flight. Saraf simpatis membawa serabut saraf vasokonstriktor akan mengeluarkan membawa serabut saraf vasokonstriktor akan mengeluarkan norepinefrin yang bekerja langsung di reseptor adrenegik alfa otot polos vaskuler untuk vasokonstriksi pembuluh darah. Pengaktifan sistem saraf simpatis mengakibatkan terjadi peningkatan tekanan arteri, aliran darah ke otot, kecepatan metabolisme sel, serta peningkatan proses glikolisis di hati dan otot menyebabkan terjadinya peningkatan glukosa darah.

2.3 Gejala Kecemasan pada Ibu Hamil

Keluhan - keluhan oleh orang yang pernah mengalami gangguan kecemasan diantaranya cemas, khawatir, hasrat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, mudah terkejut, takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang, gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan, gangguan konsentrasi dan daya ingat, keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan dan sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan

perkemihan dan sakit kepala (Wulandary 2011 dalam Meihartati 2018).

Manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal, antara lain :

- a. Manifestasi kognitif yang terwujud dalam pikiran seseorang, sering kali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.
- b. Perilaku motorik, kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemeteran.
- c. Perubahan somatik, muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderitaan kecemasan mewujudkan peningkatan detak jantung, ketegangan otot dan tekanan darah. Kecemasan, diwujudkan dalam perasaan gelisah dan perasaan tegang yang berlebih.

2.4 Dampak Kecemasan pada Ibu Hamil

Kecemasan mempengaruhi perkembangan psikologis ibu dan pertumbuhan fisik serta psikologis bayi dalam kandungan (Mardjan, 2016), yaitu :

- a. Dampak pada Ibu
 - 1) Kecemasan pada ibu hamil menyebabkan keguguran atau lahir belum pada waktunya.
 - 2) Kecemasan pada ibu hamil menyebabkan partus lama. Dampaknya antara lain :
 - a) Infeksi intrapartum pada bayi
 - b) Asfiksia pada bayi
 - c) Ruptur uteri pada ibu

- d) Caputsuccedaneum pada bayi
 - e) Perdarahan pada ibu
 - f) Operasi sectio caesarea
- 3) Kecemasan pada ibu hamil menyebabkan *babyblues* setelah melahirkan
- b. Dampak pada bayi dalam kandungan
- 1) Mempengaruhi pertumbuhan berat badan janin
 - 2) Cacat fisik pada bayi
 - 3) Mempengaruhi tingkat kecerdasan dan pertumbuhan motorik anak
 - 4) Mempengaruhi emosi anak
 - 5) Bayi lahir mati

2.5 Kecemasan Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan yang memiliki komplikasi pada ibu dan janin. Kehamilan dengan komplikasi ini perlu perhatian khusus karena dapat mempengaruhi kesejahteraan bayi. Hal ini sangat mempengaruhi kondisi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan. Ibu hamil sering bereaksi marah, takut, cemas dan merasa gagal sebagai seorang wanita yang normal. Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan keseimbangan dalam keluarga yang akan mengakibatkan proses kehamilan dirasakan semakin sulit. Kehamilan risiko tinggi menimbulkan stres bagi ibu dan keluarga, sehingga mempengaruhi psikososial ibu. Kehamilan risiko tinggi mengakibatkan adanya perubahan dalam pola makan, tidur, peran sebagai ibu, pengasuhan

anak, seksualitas, aktivitas dan rekreasi sehingga hal ini dapat merusak aktivitas kerja atau perencanaan dari karir ibu (Nursofyanto, 2017).

Dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat diaplikasikan dalam intervensi keperawatan melalui pendidikan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosi ibu. Pendidikan kesehatan diperlukan ibu supaya ibu memperoleh kembali semangat dalam berpikir bahwa kehamilannya berlangsung dengan baik. Hal ini perlu dilakukan supaya kecemasan ibu dan pasangan dapat diminimalkan, dengan demikian dapat mencegah terjadinya komplikasi atau persalinan dini (Nursofyanto, 2017).

Perasaan ketidaknyamanan pada trimester pertama adalah perasaan adanya pergerakan janin, adanya kenyataan bahwa janinnya merupakan bagian dari dirinya. Ibu hamil trimester kedua memiliki perasaan yang lebih tinggi terhadap dirinya, perhatian ibu lebih difokuskan pada kesehatan janin daripada kesehatan ibu. Pada akhir kehamilan, status emosi ibu berbeda daripada trimester pertama dan kedua, ibu mengalami konflik dengan kelahiran. Ibu sebagai wanita menginginkan kehamilan segera berakhir tapi ada perasaan takut pada masa persalinan sehingga meningkatkan kecemasan ibu. Ibu secara verbal sering merasakan terhadap kelahiran, persalinan dan kesehatan janin (Nursofyanto, 2017).

Menurut Nursufyanto tahun 2017, faktor yang mempunyai kontribusi dalam menimbulkan kecemasan hingga depresi pada ibu hamil adalah:

- a. Karakteristik ibu meliputi: pendidikan, status perkawinan, umur, status pekerjaan, status sosial ekonomi.
- b. Faktor reproduksi meliputi: kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat

kehilangan janin, kehamilan yang tidak terencanakan, pengalaman yang tidak menyenangkan saat bersalin.

- c. Kesehatan dan kesejahteraan ibu: status kesehatan, predisposisi, ketidakbahagiaan, besarnya harapan, gambaran diri, nilai diri dan kepercayaan diri yang rendah, serta ibu tidak memiliki role model.
- d. Fungsi ibu: kesiapan ibu dalam menjalankan fungsinya, kemampuan fungsi fisik dan sosial yang dimiliki, dan gaya hidup ibu.
- e. Karakteristik bayi: kelahiran prematur, bayi bermasalah, tangisan bayi yang berlebihan.
- f. Hubungan: hubungan ibu dengan pasangan, hubungan dengan ibu kandung, hubungan ibu dengan anak yang lain.
- g. Faktor sosial: dukungan sosial, kejadian yang menimbulkan stres pada ibu, adanya kekerasan dalam rumah tangga.
- h. Kecemasan dan depresi yang dialami oleh ibu hamil risiko tinggi berdasarkan tingkat risikonya, dipengaruhi umur ibu hamil, status pendidikan dan pekerjaan, kesejahteraan/ status sosial ekonomi yang dimiliki, dan kesejahteraan janin.

2.6 Pengukuran Tingkat Kecemasan

Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS) merupakan instrumen yang dirancang untuk meneliti tingkat kecemasan secara kuantitatif dan kemudian dapat dilakukan beberapa modifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian. *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)* merupakan skala dengan 20 butir pertanyaan yang digolongkan ke dalam empat tingkat cemas yaitu kecemasan

ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik (Meihartati, 2018). Peneliti memilih instrumen kuesioner ZSAS disebabkan oleh pernyataan pada kuesioner ZSAS mengarah kepada gejala kecemasan tetapi pernyataan asli kuesioner ZSAS belum mendukung penelitian, sehingga peneliti harus memodifikasi kuesioner sehingga dapat digunakan untuk meneliti tingkat kecemasan ibu hamil trimester III berdasarkan kelompok faktor resiko kehamilan.

2.7 Penatalaksanaan Kecemasan

Tujuan dari menurunkan tingkat kecemasan adalah untuk menimbulkan suasana rileks sehingga dampak dari kecemasan dapat berkurang. Terdapat berbagai macam cara yang digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan. Secara umum, dapat dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis merupakan terapi yang diberikan dengan menggunakan obat-obatan. Adapun golongan obat-obatan yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan yaitu golongan benzodiazepin (diazepam, chlordiazepoxide, lorazepam, clobuzam, brornazepam, oxazolam, clorazepate, alprazolam, prazepam), golongan non-benzodiazepin (sulpiride, buspirone, hydroxine), golongan trisiklik, golongan monoamin oksidase inhibitor serta golongan Selektif Serotonin Reuptake Inhibitor (Deglin IH, 2005 dalam Hermayoni 2014).

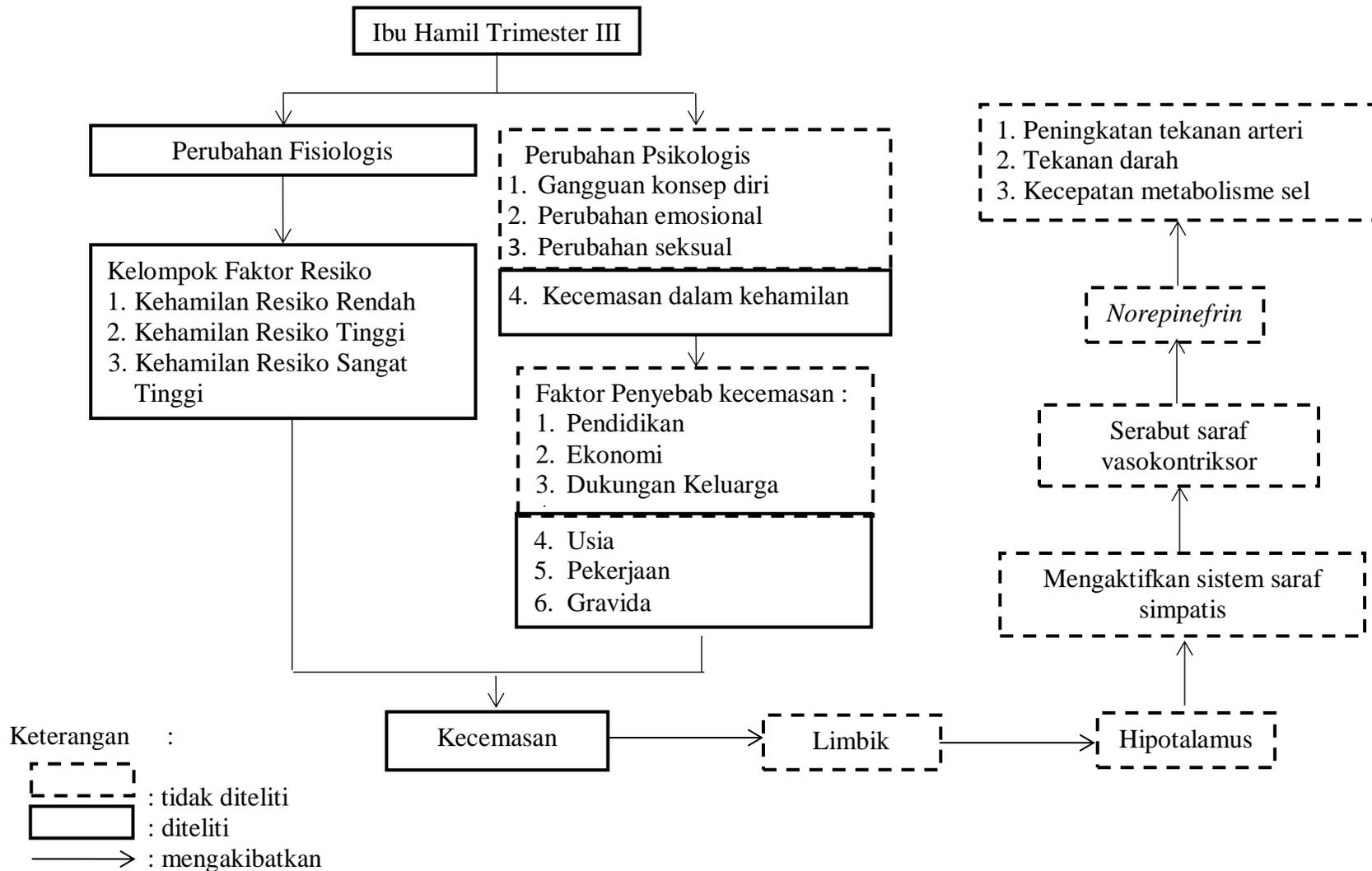
Penggunaan obat-obatan selama kehamilan memerlukan suatu kehati-hatian. Tidak semua obat bisa diminum untuk ibu hamil disebabkan terdapat beberapa obat yang dapat mempengaruhi kondisi janin di dalam kandungan.

Pemilihan dosis dan waktu yang tepat untuk meminum juga perlu diperhatikan khususnya bagi ibu hamil. Penggunaan obat-obatan juga tidak bisa diberikan secara terus menerus untuk mencegah ketergantungan terhadap obat tersebut (Michael 2007 dalam Hermayoni 2014). Terapi non farmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan obat-obatan yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan. Beberapa jenis terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan adalah art therapy, terapi hewan peliharaan, konseling, distraksi, aromaterapi, hipnotis, terapi musik, meditasi dan relaksasi.

Peran bidan dalam mengatasi psikologis ibu hamil trimester III :

- a. Bidan harus mampu meminimalisasi perasaan yang membuat khawatir ibu hamil menjelang persalinan.
- b. Bidan harus mampu membantu kondisi psikologi ibu dalam hal kesiapan untuk menjadi seorang ibu.
- c. Bidan harus mampu meminimalkan perasaan takut, cemas dan khawatir ibu dalam menghadapi masa nifas (Bahiyatun, 2010).

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep Perbedaan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III berdasarkan Kelompok Faktor Resiko Kehamilan

2.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2016). Hipotesis dapat dinyatakan dalam dua bentuk yaitu : Hipotesis nol/nihil (H_0) dan Hipotesis kerja (H_1).

H_1 : Ada Perbedaan Tingkat Kecemasan Ibu hamil Trimester III
berdasarkan Kelompok Faktor Resiko Kehamilan