

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU DAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN
TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG
TANDA BAHAYA KEHAMILAN**

(Studi dilakukan di BPM Sumidyah Ipung, Amd. Keb)

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kebidanan**



Oleh:

Vivi Budiarti

NIM. 115070600111002

**PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2018

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK IBU DAN DUKUNGAN SUAMI DENGAN TINGKAT
PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG TANDA BAHAYA KEHAMILAN**

(Studi dilakukan di BPM Sumidyah Ipung, Amd. Keb)

Oleh :

Vivi Budiarti

115070600111002

Telah diuji pada

Hari : Kamis

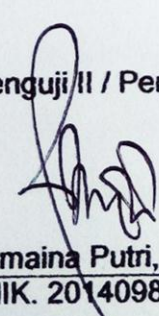
Tanggal : 11 Januari 2018

Dan dinyatakan lulus oleh

Penguji I


Lilik Indahwati, SST., M.Keb
NIK. 2016118303232001

Penguji II / Pembimbing I


Rismaina Putri, SST, M.Keb
NIK. 2014098602032001

Penguji III / Pembimbing II


Coryna Rizky Amelia, SST, M.Keb
NIK. 2017048909262001

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Kebidanan


Linda Ratna Wati, SST., M.Kes
NIP. 198409132014042001



ABSTRAK

Budiarti, Vivi. 2017. **Hubungan Karakteristik Ibu dan Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan.** Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Rismaina Putri, SST, M.Keb (2) Coryna Rizky Amelia, SST, M.Keb.

Salah satu indikator utama yang dapat menggambarkan kondisi masyarakat yang sejahtera dan sehat di suatu negara adalah dengan melihat gambaran jumlah Angka Kematian Ibu (AKI). Angka kematian ibu yang tinggi sampai saat ini bisa disebabkan oleh adanya komplikasi kehamilan yang sebelumnya ditandai dengan adanya tanda bahaya pada masa kehamilan. Tanda bahaya yang muncul pada kehamilan tersebut merupakan pertanda awal adanya masalah yang serius pada masa kehamilan. Tujuan dari penelitian yang dilakukan saat ini adalah mengetahui hubungan pada karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di BPM Sumidyah Ipung. Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian berupa observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel yang dipilih menggunakan teknik *quota sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 32 responden. Nilai *p value* dari analisis statistik *Chi Square test* menunjukkan hasil *p value*= 0,000 (usia dengan tingkat pengetahuan), *p value*= 0,037 (pendidikan dengan tingkat pengetahuan), *p value*= 0,028 (pekerjaan dengan tingkat pengetahuan), *p value*= 0,049 (paritas dengan tingkat pengetahuan), *p value*= 0,007 (riwayat kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan) dan *p value*= 0,007 (dukungan suami dengan tingkat pengetahuan). Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara usia dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, pekerjaan dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, ada hubungan antara paritas dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, ada hubungan antara riwayat kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan, dan ada hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

Kata kunci: dukungan suami, karakteristik ibu, tanda bahaya kehamilan, tingkat pengetahuan.

ABSTRACT

Budiarti, Vivi. 2017. **Relationship between Mother Characteristics and Husband Support with Maternal Knowledge Levels on Dangers of Pregnancy**. Final Assignment, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisor: (1) Rismaina Putri, SST, M.Keb (2) Coryna Rizky Amelia, SST, M.Keb.

One of the main indicators that can describe the condition of prosperous and healthy people in a country is to see the picture of the number of Maternal Mortality Rate (MMR). The high maternal mortality rate to date can be caused by complications of pregnancy that were previously marked by signs of distress during pregnancy. Dangers that appear in pregnancy is an early sign of a serious problem during pregnancy. The purpose of the current study is to know the relationship on the characteristics of mothers and support of husbands with the level of knowledge of pregnant women about the signs of pregnancy in BPM Sumidyah Ipung. In this research use research design in the form of observasional analitik with cross-sectional approach. The sample selected using quota sampling technique with the number of samples of 32 respondents. P value = 0,037 (education with knowledge level), p value = 0,028 (work with knowledge level), p value = 0,049 (parity test with knowledge level), p value = 0,007 (history of ANC visit with knowledge level) and p value = 0,007 (husband support with knowledge level). Based on the analysis it can be concluded that there is a correlation between the age with the level of knowledge about the sign of pregnancy hazard, there is a correlation between education with the level of knowledge about the sign of pregnancy hazard, work with the level of knowledge about the sign of pregnancy hazard, there is relationship between parity with the level of knowledge about pregnancy alarm , there is an association between the ANC visit history and the knowledge level of pregnancy alarms, and there is a relationship between husband support and the knowledge level of pregnancy alarm.

Keywords: husband support, knowledge level, mother characteristics, pregnancy alarm.

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberi petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir yang berjudul “Hubungan Karakteristik Ibu dan Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan”.

Dengan terselesaikannya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr.dr. Sri Andarini, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan untuk menuntut ilmu di FKUB.
2. dr. Hermawan Wibisono, SpOG (K) selaku Ketua Jurusan S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan untuk menuntut ilmu di FKUB.
3. Linda Ratna Wati, SST, M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan untuk menuntut ilmu di FKUB.
4. Lilik Indahwati, SST, M.Keb selaku penguji I yang membantu dalam memberikan arahan, saran dan koreksi yang sistematis.
5. Rismaina Putri, SST, M.Keb selaku penguji II/pembimbing I yang membantu dalam memberikan arahan, saran dan koreksi yang sistematis.
6. Coryna Rizky Amelia, SST, M.Keb selaku penguji III/pembimbing II yang membantu dalam memberikan arahan, saran dan koreksi yang sistematis.
7. Segenap petugas kesehatan di BPM Sumidyah Ipung, Amd. Keb yang telah mengizinkan penulis untuk pengambilan data penelitian tugas akhir.

8. Segenap petugas kesehatan di BPM Tutik Hariani, Amd. Keb yang telah mengizinkan penulis untuk pengambilan data uji validitas dan reabilitas.
9. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB yang telah membantu memudahkan akses penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir.
10. Dosen-dosen Program Studi S1 Kebidanan yang telah membantu memberi masukan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
11. Keluarga yang telah banyak telah banyak memberikan doa dan tiada hentinya dalam memberikan semangat dan dorongan.
12. Teman-teman S1 Kebidanan FKUB yang telah memberikan motivasi dan semangat untuk mengerjakan dan menyelesaikan proposal ini.
13. Semua pihak yang bersedia membantu penyelesaian tugas akhir ini.

Penulis berharap, semoga penulisan Tugas Akhir ini dapat memberikan manfaat dan dapat digunakan sebagaimana mestinya. Penulis menyadari bahwa ini masih belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan. Atas saran dan kritik, penulis sampaikan terimakasih.

Malang, Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
<i>Abstract</i>	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Singkatan	xiv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Pengetahuan.....	6
2.1.1 Definisi Pengetahuan	6
2.1.2 Tingkatan Pengetahuan	6
2.1.3 Cara Memperoleh Pengetahuan.....	8
2.1.4 Cara Mengukur Pengetahuan.....	13
2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	14
2.2 Konsep Dasar Kehamilan	16
2.2.1 Definisi Kehamilan.....	16
2.2.2 Etiologi Kehamilan	16
2.2.3 Endokrinologi pada Kehamilan	18
2.2.4 Tanda dan Gejala Kehamilan	21
2.2.5 Diagnosis Kehamilan.....	23

2.2.6	Klasifikasi Kehamilan.....	24
2.2.7	Kehamilan yang Perlu Diwaspadai	25
2.2.8	Kebijakan Teknis	28
2.3	Tanda Bahaya Kehamilan.....	29
2.3.1	Definisi Tanda Bahaya Kehamilan.....	29
2.3.2	Tujuan Mengenali Tanda Bahaya Kehamilan	29
2.3.3	Macam-macam Tanda Bahaya Kehamilan	30
2.3.4	Upaya dalam Pencegahan Tanda Bahaya Kehamilan.....	55
2.4	Karakteristik Ibu Hamil	56
2.4.1	Usia.....	57
2.4.2	Pendidikan	58
2.4.3	Pekerjaan.....	59
2.4.4	Paritas.....	60
2.4.5	Riwayat Kunjungan <i>Antenatal Care</i> (ANC).....	61
2.5	Dukungan Suami	64
2.5.1	Definisi Dukungan Suami	64
2.5.2	Jenis Dukungan Suami.....	66
2.5.3	Peran dan Keterlibatan Suami.....	67
2.5.4	Pembagian Kategori Dukungan Suami.....	68

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1	Kerangka Konsep	69
3.2	Hipotesis Penelitian	71

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1	Rancangan Penelitian.....	72
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	72
4.2.1	Populasi Penelitian	72
4.2.2	Sampel Penelitian	72
4.3	Variabel Penelitian.....	73
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	73
4.5	Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian	74
4.5.1	Uji Validitas	74
4.5.2	Uji Reliabilitas.....	75



4.6 Definisi Operasional.....	77
4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data	78
4.8 Analisis Data.....	79
4.8.1 Analisis Data Univariat	79
4.8.2 Analisis Data Bivariat	79
4.9 Pengolahan Data.....	80
4.10 Etika Penelitian.....	83
4.11 Kerangka Kerja.....	85

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Analisis Univariat	86
5.1.1 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Usia	86
5.1.2 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Tingkat Pendidikan	87
5.1.3 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Pekerjaan	87
5.1.4 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Paritas	88
5.1.5 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Riwayat Kunjungan ANC.....	88
5.1.6 Distribusi Dukungan Suami.....	89
5.1.7 Distribusi Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Baha ya Kehamilan.....	89
5.2 Analisis Bivariat	90
5.2.1 Hubungan antara Usia Ibu dengan Tingkat Pengetahuan ten tang Tanda Bahaya Kehamilan.....	90
5.2.2 Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan.....	91
5.2.3 Hubungan antara Pekerjaan Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan.....	92
5.2.4 Hubungan antara Paritas Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan.....	92
5.2.5 Hubungan antara Riwayat Kunjungan ANC dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan.....	93
5.2.6 Hubungan antara Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetaha n tentang Tanda Bahaya Kehamilan	94

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Hubungan antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan.....	95
6.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan	97
6.3 Hubungan antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan.....	100
6.4 Hubungan antara Paritas dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan	102
6.5 Hubungan antara Riwayat Kunjungan ANC dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan	104
6.6 Hubungan antara Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan	107
6.7 Implikasi terhadap Bidang Kebidanan.....	110
6.7.1 Teori Kebidanan.....	110
6.7.2 Praktik Kebidanan.....	110
6.8 Keterbatasan Penelitian.....	111
6.8.1 Kualitas Data	111
6.8.2 Variabel Penelitian	111
6.8.3 Instrumen Penelitian	111

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan.....	112
7.2 Saran.....	113
7.2.1 Bagi Masyarakat	113
7.2.2 Bagi Profesi Kebidanan.....	113
7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	113

DAFTAR PUSTAKA.....	115
----------------------------	------------

LAMPIRAN	123
-----------------------	------------

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu indikator utama yang dapat menggambarkan kondisi masyarakat yang sejahtera di suatu negara adalah dengan melihat gambaran jumlah Angka Kematian Ibu (AKI). Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada periode tahun 1991-2007, angka kematian ibu mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Namun pada SDKI 2012, AKI kembali naik menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2014).

Beberapa faktor dapat meningkatkan terjadinya kematian pada ibu seperti adanya keterlambatan dalam mengetahui adanya tanda bahaya kehamilan yang merupakan suatu tanda adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan, keterlambatan untuk mencari pertolongan, keterlambatan datang ke fasilitas kesehatan dan keterlambatan memperoleh tindakan pertolongan kesehatan. Deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor risiko dan komplikasi serta penanganan yang adekuat sedini mungkin merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan AKI (Kemenkes, 2010).

UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Upaya kesehatan ibu diwujudkan melalui pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan. Standar waktu

pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes, 2013).

Kurangnya deteksi dini mengenali tanda bahaya kehamilan dan faktor risiko pada kehamilan dapat mengakibatkan kurangnya antisipasi yang cepat pada saat kehamilan sampai proses persalinan sehingga berisiko besar terjadinya kematian ibu. Tanda bahaya kehamilan meliputi perdarahan pervaginam, nyeri abdomen yang hebat, berkurangnya gerakan janin, bengkak, penglihatan kabur, sakit kepala hebat, demam, muntah-muntah hebat, keluar cairan pervaginam secara tiba-tiba (Agustini, 2012).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 24-25 April 2017, tercatat bahwa banyak ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di BPM Sumidyah. Hal tersebut dapat dilihat dari buku laporan ANC BPM Sumidyah yang menunjukkan rata-rata tiap bulannya BPM ini terdapat lebih dari 30 orang yang memeriksakan kehamilannya. Terhitung mulai tanggal 1-25 April 2017, terdapat ibu hamil yang memiliki faktor resiko kehamilan antara lain usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, abortus, tinggi badan kurang dari 145 cm, anak lebih dari 4, dan riwayat kurang energi kronis (KEK) dengan LILA < 23,5 cm. Sedangkan berdasarkan laporan mulai bulan januari sampai april, ada juga faktor resiko lainnya antara lain post date, riwayat preeklampsia, riwayat SC ditambah infus, terlalu lama hamil ataupun terlalu dekat jarak persalinan terakhir dengan kehamilan (< 2 tahun) , dan riwayat manual plasenta.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan antara lain usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, kunjungan ANC, dan dukungan suami. Ibu hamil yang berumur 20-35 tahun mempunyai kemampuan untuk mengenal tanda bahaya kehamilan 6 kali lebih baik dibandingkan dengan yang berumur < 20 tahun atau > 35 tahun (Isabella, 2003). Hasil penelitian di Tanzania menunjukkan bahwa ibu hamil yang memiliki pendidikan menengah atau tinggi akan meningkatkan kesadaran tentang tanda bahaya dalam kehamilan sebesar 6 kali lipat dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak berpendidikan (Pembe, Andrea B, *et al.*, 2011). Lingkungan pekerjaan juga dapat menjadikan seseorang memperoleh pengetahuan yang bisa bersumber dari rekan kantor, sehingga seseorang yang bekerja akan mempunyai pengetahuan yang lebih baik daripada orang yang tidak bekerja (Kartika, 2012). Ibu hamil primipara memiliki pengetahuan yang kurang dibandingkan dengan ibu hamil multipara yang tentunya lebih banyak memiliki pengalaman dalam masa kehamilan (Kartika, 2012). Kunjungan ANC yang kurang membuat ibu hamil tidak tahu resiko kehamilan sehingga pengetahuan ibu yang kurang tentang tanda bahaya kehamilan akan membuat ibu kurang waspada terhadap tanda bahaya kehamilan (Kartika, 2012). Selain itu, dukungan suami juga dapat mencegah keterlambatan mengenal tanda bahaya kehamilan karena suami mempunyai peranan yang penting dalam mendukung kesehatan ibu hamil (Meko, 2012). Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Karakteristik Ibu dan Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Apakah ada hubungan antara karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian ini adalah :

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di BPM Sumidyah Ipung.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi berbagai macam karakteristik ibu yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, dan kunjungan ANC.
- b. Mengidentifikasi dukungan suami.
- c. Mengetahui tingkat pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan.
- d. Menganalisis hubungan antara usia, pendidikan, pekerjaan, paritas dan kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan.
- e. Menganalisis hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan analisis tujuan penelitian, manfaat penelitian ini adalah :

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini menambah wawasan, pemahaman dan pengalaman mengenai proses penyusunan laporan penelitian yang baik dan benar di ilmu kebidanan dan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan acuan ataupun perbandingan untuk penelitian selanjutnya dengan variabel yang berbeda. Penelitian ini juga dapat menambah bahan referensi dalam proses pembelajaran terutama pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan dengan cara melalui penggunaan media seperti pamflet. Selain itu, dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi ibu hamil untuk lebih menjaga kehamilannya.

1.4.4 Manfaat bagi Petugas Kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menyusun program promosi kesehatan ataupun masukan dalam pemberian informasi pelayanan program KIA yang baik kepada masyarakat terutama dalam masa kehamilan untuk mengetahui secara dini adanya tanda bahaya kehamilan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janinnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2011).

Pengetahuan akan memberikan penguatan terhadap individu dalam setiap mengambil keputusan dan dalam berperilaku. Individu akan melakukan perubahan perilaku dengan mengadopsi perilaku dengan tahapan-tahapan antara lain; individu mulai menyadari adanya stimulus, individu mulai tertarik dengan adanya stimulus, individu mulai berpikir dan mempertimbangkan, individu mulai mencoba perilaku baru, dan individu menggunakan perilaku baru (Setiawati & Dermawan, 2008 dalam Mulyasari, 2009).

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipe-

lajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2011).

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2011).

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain (Notoatmodjo, 2011).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2011).

5. Sintesis (*Synthesis*)

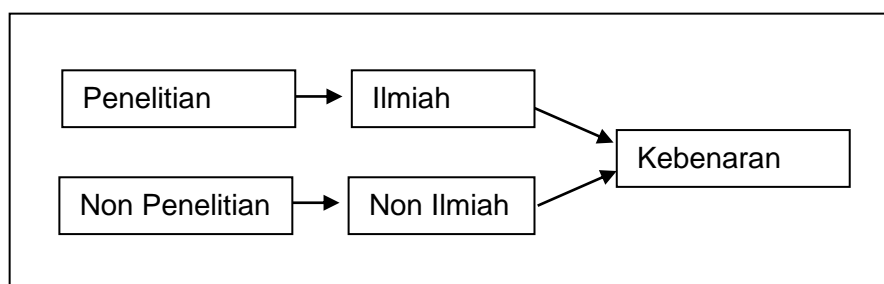
Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan dan sebagainya, terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2011).

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan jastifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2011).

2.1.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Dari berbagai cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu: a) Cara tradisional atau nonilmiah, tanpa melalui penelitian ilmiah, dan b) Cara modern atau cara ilmiah, melalui proses penelitian (Notoatmodjo, 2012). Dua cara tersebut disajikan pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 Kebenaran ilmiah dan nonilmiah (Notoatmodjo, 2012)

Kebenaran ilmiah dan non ilmiah pada gambar diatas terbagi menjadi dua kelompok. Cara yang pertama adalah dengan melakukan suatu penelitian yang termasuk dalam cara ilmiah untuk memperoleh suatu kebenaran. Cara yang kedua adalah dengan melakukan suatu cara selain penelitian yang termasuk dalam cara non ilmiah untuk memperoleh suatu kebenaran (Notoatmodjo, 2012). Penjelasan lebih detailnya sebagai berikut:

1. Cara Memperoleh Kebenaran Nonilmiah (Cara Tradisional)

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis, dengan cara nonilmiah atau tanpa melalui penelitian (Notoatmodjo, 2012). Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

a. Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba lagi dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat dipecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode *trial (coba) and error* (gagal atau salah) atau metode salah (coba-coba) (Notoatmodjo, 2012).

b. Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Bisa juga dari cerita dari mulut ke mulut (Notoatmodjo, 2012).

c. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan itu baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada pemegang otoritas yakni orang yang mempunyai wibawa atau kekuasaan. Orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa yang dikemukakannya adalah sudah benar (Notoatmodjo, 2012).

d. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu (Notoatmodjo, 2012).

e. Cara Akal Sehat (*Common Sense*)

Akal sehat (*common sense*) kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Pemberian hadiah dan hukuman merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang (Notoatmodjo, 2012).

f. Kebenaran Melalui Wahyu

Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak. Sebab kebenaran ini diterima oleh para Nabi adalah sebagai wahyu dan bukan karena hasil usaha penalaran atau penyelidikan manusia (Notoatmodjo, 2012).

g. Kebenaran secara Intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan sistematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau siara hati atau bisikan hati saja (Notoatmodjo, 2012).

h. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi (Notoatmodjo, 2012).

i. Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pernyataan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berpikir induksi, pembuatan kesimpulan berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra, kemudian disimpulkan ke dalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala (Notoatmodjo, 2012).

j. Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum ke khusus. Dalam proses berpikir deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umum pada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada setiap yang termasuk dalam kelas itu. Disinilah terlihat proses berpikir berdasarkan pada pengetahuan yang umum mencapai pengetahuan yang khusus (Notoatmodjo, 2012).

2. Cara Ilmiah dalam Memperoleh Pengetahuan (Cara Modern)

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia adalah seorang tokoh yang mengembangkan metode berpikir induktif. Mula-mula ia mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau masyarakat. Kemudian hasil pengamatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan, dan akhirnya diambil kesimpulan umum (Notoatmodjo, 2012).

Metode berpikir induktif yang dikembangkan oleh Bacon dilanjutkan oleh Deobold van Dallen. Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamatinya (Notoatmodjo, 2012). Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok, yakni :

- a. Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b. Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c. Gejala-gejala yang muncul bervariasi, yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan hasil pencatatan ini ditetapkan ciri-ciri atau unsur-unsur yang pasti ada pada sesuatu gejala. Selanjutnya hal tersebut dijadikan dasar pengambilan kesimpulan atau generalisasi. Prinsip-prinsip umum yang dikembangkan oleh Bacon ini kemudian dijadikan dasar untuk mengembangkan metode penelitian yang lebih praktis. Akhirnya lahir suatu cara melakukan penelitian yang dikenal dengan metode penelitian ilmiah (*scientific research method*) (Notoatmodjo, 2012).

2.1.4 Cara Mengukur Tingkat Pengetahuan

Cara pengukuran adalah dengan metode atau cara apa yang digunakan peneliti untuk mengukur atau memperoleh informasi (data) untuk variabel yang bersangkutan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang

ingin diukur dari subyek penelitian (responden) (Notoatmodjo, 2011).

Pengetahuan dapat diukur dengan menggunakan kategori sebagai berikut:

1. Baik : Apabila subyek mampu menjawab dengan benar 76-100% dari seluruh pertanyaan kuesioner
2. Cukup : Apabila subyek mampu menjawab dengan benar 56-75% dari seluruh pertanyaan kuesioner.
3. Kurang : Apabila subyek mampu menjawab dengan benar 40-55% dari seluruh pertanyaan kuesioner.
4. Rendah : Apabila subyek mampu menjawab dengan benar < 40% dari seluruh pertanyaan kuesioner (Arikunto, 2006).

Menurut Agustini (2012), tingkat pengetahuan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Kurang (Apabila responden mampu menjawab dengan benar <60%)
2. Cukup (Apabila responden mampu menjawab dengan benar 60-80%)
3. Baik (Apabila responden mampu menjawab dengan benar >80%).

2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Mubarak (2007), ada tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami pengetahuan yang diperoleh sehingga diharapkan akan semakin bertambah pengetahuannya.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan.

3. Usia

Dengan bertambahnya usia seseorang, terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

4. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam.

5. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu. Sehingga semakin banyak pengalaman yang dimiliki seseorang maka akan memberikan informasi dan pengetahuan yang semakin baik. Ada kecenderungan pengalaman yang buruk maka seseorang akan berusaha untuk melupakan. Namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang mem-bekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.

6. Kebudayaan

Kebudayaan mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan.

7. Informasi

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Apabila 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 (Saifuddin dkk., 2009). Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial di dalam keluarga. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai yang diharapkan (Saifuddin dkk., 2013).

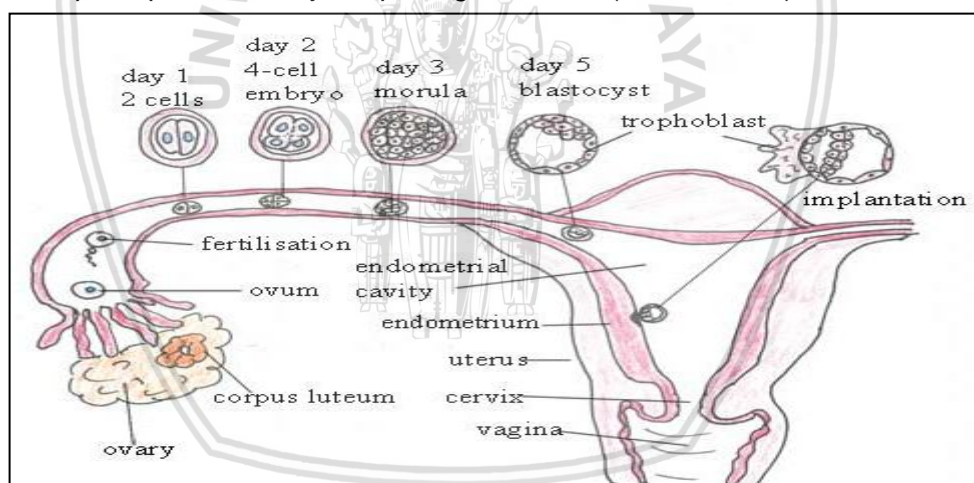
2.2.2 Etiologi Kehamilan

Etiologi kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena

dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan ovum) yang terjadi dua minggu setelahnya (Kamariyah dkk., 2014).

Fertilisasi pada manusia diawali dengan terjadinya *koitus*. Fertilisasi merupakan peleburan antara inti spermatozoa dengan inti sel telur. Proses fertilisasi ini dapat terjadi dibagian ampulla tuba falopi atau uterus. Spermatozoa menuju masa yang berbentuk telur dan hanya sedikit yang mencapai ovum. Spermatozoa yang berhasil menemukan ovum akan merusak *korona radiata* dan *zona pelusida* yang mengelilingi membran sel ovum, lalu melepaskan enzim termasuk *hialuronidase* yang disimpan di akrosom dalam kepala spermatozoon. Enzim dari banyak spermatozoa akan merusak korona radiata dan zona pelusida sehingga spermatozoa dapat menerobos masuk ke ovum. Begitu sebuah spermatozoon berhasil menembus membran sel ovum, konfigurasi membran ovum langsung berubah sehingga spermatozoa lain tidak dapat masuk. Hanya kepala spermatozoon yang masuk ke dalam ovum, bagian ekor akan ditinggalkan. DNA dalam nukleus spermatozoon akan dilepaskan dari kepala, memicu pembelahan miosis akhir pada kromosom wanita. Bersatunya inti spermatozoon dan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot. Zigot mengalami pertumbuhan dan perkembangan melalui 3 tahap selama kurang lebih 280 hari. Tahap-tahap ini meliputi periode implantasi (7 hari pertama), periode embrionik (7 minggu berikutnya), dan periode fetus (7 bulan berikutnya). Selama 2-4 hari pertama setelah fertilisasi, zigot berkembang dari 1 sel menjadi kelompok 16 sel (morula). Morula kemudian tumbuh dan berdiferensiasi menjadi 100 sel. Zigot berjalan di sepanjang tuba falopi, dan setelah itu masuk ke uterus dan tertanam dalam endometrium uterus (Kamariyah dkk., 2014).

Dari fertilisasi sampai usia gestasi 10 minggu, *konseptus* disebut *embrio*. Dari 10 minggu sampai lahir disebut janin (*fetus*) (Norwitz dan Schorge, 2008). Setelah ovulasi dan fertilisasi, *embrio* masih berada dalam ampula tuba sampai hari ke tiga. Konsepsi mengarah pada uterus melalui bagian *istmus tuba* selama 10 jam dan kemudian memasuki uterus sebagai suatu *embrio* 2-8 sel. Pada 3-6 hari setelah konsepsi, *embrio* menjadi *blastokist* dalam rongga endometrium. Sebelum terjadi implantasi, *blastokist* mensekresikan substansi spesifik yang meningkatkan penerimaan endometrium. Implantasi yang berhasil memerlukan sinkronisasi yang tepat antara perkembangan *blastokist* dan pematangan endometrium. Skema fase preimplantasi disajikan pada gambar 2.2 (Anwar, 2005).



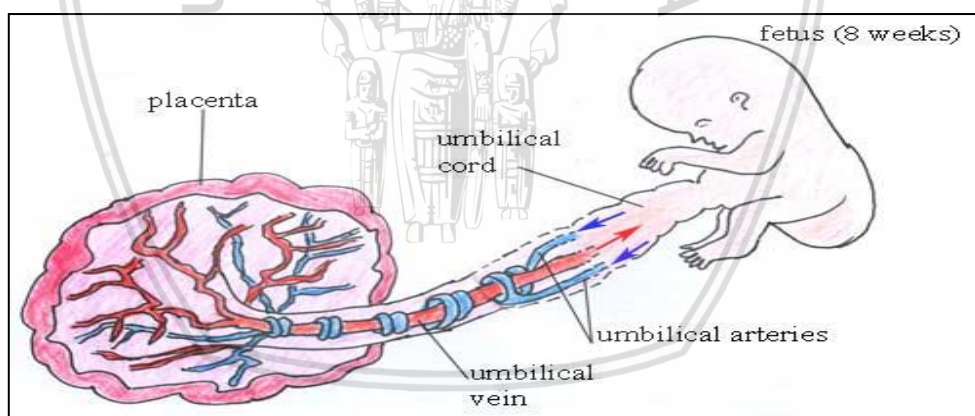
Gambar 2.2 Urutan fertilisasi dan implantasi.

Urutan fertilisasi dan implantasi dalam sistem reproduksi wanita. Siklus ovarium, fertilisasi dan perkembangan embrio yang terjadi selama minggu pertama setelah konsepsi (Anwar, 2005)

2.2.3 Endokrinologi pada Kehamilan

Endokrinologi kehamilan manusia melibatkan perubahan baik endokrin maupun metabolik yang terjadi pada batas antara ibu dan janin yang dikenal sebagai unit plasenta-janin. Struktur ini adalah merupakan tempat

utama produksi dan sekresi hormon steroid dan protein (Gambar 2.2). Perubahan endokrin dan metabolik selama kehamilan merupakan akibat dari sinyal hormon yang dihasilkan unit plasenta-janin. Permulaan dan perkembangan kehamilan tergantung dari interaksi neuronal dan faktor hormonal. Pengaturan neuro endokrin di dalam plasenta, pada janin dan kompartemen ibu sangat penting dalam mengarahkan pertumbuhan janin dan perkembangannya dalam mengkoordinasi awal suatu persalinan. Adaptasi maternal terhadap perubahan hormonal selama kehamilan menggambarkan perkembangan plasenta dan janin. Adaptasi gestasional selama kehamilan meliputi implantasi dan perawatan kehamilan dini, modifikasi sistem maternal dalam rangka mempersiapkan dukungan nutrisi perkembangan janin dan persiapan persalinan dan menyusui (Anwar, 2005).



Gambar 2.3 Sirkulasi janin dan plasenta. Perhatikan bahwa ada dua arteri umbilikalis dan satu vena umbilikalis. Interaksi antara ibu dan janin, dikenal sebagai fetoplental unit, tempat utama untuk produksi dan sekresi hormon protein dan steroid (Anwar, 2005).

Plasenta merupakan sumber yang kaya akan hormon, termasuk gonadotropin korionik manusia, laktogen plasenta manusia, hormon steroid, oksitosin, hormon pertumbuhan, hormon pelepas kortikotropin, pro-opiome

lanokortin, prolaktin, dan hormon pelepas gonadotropin (Norwitz dan Schorge, 2008). Beberapa hormon akan dibahas dibawah ini.

1. Gonadotropin Korionik Manusia (*Human Chorionic Gonadotropin*)

Gonadotropin Korionik Manusia (*Human Chorionic Gonadotropin*, hCG) merupakan hormon protein heterodimer yang memiliki subunit α yang sama dengan hormon luteinisasi (*Luteinizing Hormone*, LH), hormon penstimulasi folikel (*Follicle-Stimulating Hormone*, FSH), dan hormon penstimulasi tiroid (*Thyroid Stimulating Hormone*, TSH), tetapi memiliki subunit β yang unik. Hormon ini paling mendekati LH. Fungsi utama hCG tampaknya adalah menjaga produksi progesteron dari korpus luteum ovarium sampai plasenta dapat mengambil alih produksi progesteron pada usia gestasi sekitar 6-8 minggu. Progesteron sangat penting untuk keberhasilan kehamilan usia awal.

2. Laktogen Plasenta Manusia (*Human Placental Lactogen*)

Laktogen Plasenta Manusia (*Human Placental Lactogen*, hPL) adalah hormon protein yang diproduksi secara eksklusif oleh plasenta serta terkait erat dengan prolaktin maupun hormon pertumbuhan. Produksi hPL secara langsung bersifat proporsional terhadap masa plasenta dan kadarnya meningkat secara stabil disepanjang kehamilan. Hormon ini memiliki aktivitas menyerupai anti-insulin dan dapat terlibat dalam timbulnya resistensi insulin yang menandai kehamilan.

3. Hormon Steroid

Plasenta merupakan sumber utama produksi *progesteron* dan *estrogen* selama kehamilan. *Esterogen* disintesis dari *prekursor andro-*

gen dan hormon ini sangat penting untuk mempersiapkan uterus dalam menghadapi proses persalinan. *Progesteron* terutama berasal dari *substrat* ibu (kolesterol) dan untuk mempertahankan uterus dalam keadaan tenang sebelum proses persalinan dimulai (Norwitz dan Schorge, 2008).

2.2.4 Tanda dan Gejala Kehamilan

Beberapa tanda dan gejala kehamilan dapat di observasi/diketahui dalam beberapa minggu setelah konsepsi (Reeder *et al.*, 2013). Beberapa tanda dan gejala kehamilan dapat di observasi/diketahui dalam beberapa minggu setelah konsepsi (Reeder *et al.*, 2013). Menurut Manuaba (2010), tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda Dugaan Kehamilan

- a. *Amenore* (terlambat datang bulan), konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de graff* dan ovulasi dengan mengetahui hari pertama haid terakhir.
- b. Mual dan muntah (*emesis*), pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*.
- c. Ngidam, wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu.
- d. *Sinkope* (pingsan), terjadi karena gangguan sirkulasi darah ke daerah kepala (sentral). Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.
- e. Payudara tegang, pengaruh esterogen-progesteron dan *somatotrofin* menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara.

Payudara membesar dan tegang. Ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

- f. Sering miksi, desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.
- g. Konstipasi atau obstipasi karena pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- h. Pigmentasi kulit, keluarnya *melanophore stimulating hormone hipofisis anterior* menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*kloasma gravidarum*), pada dinding perut dan sekitar payudara (*hiperpigmentasi areola mammae*, puting susu semakin menonjol).

2. Tanda Kemungkinan Kehamilan

- a. Perut membesar
- b. Uterus membesar
- c. Tanda *hegar* (hipertropi ismus, menjadi panjang dan lunak)
- d. Tanda *chadwick* (hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, tampak lebih merah dan kelam)
- e. Tanda *piscaceck* (uterus membesar)
- f. Kontraksi-kontraksi kecil atau *braxton hicks*
- g. Teraba *ballotement*
- h. Reaksi kehamilan positif

3. Tanda Pasti Kehamilan

- a. Pada usia 20 minggu, gerakan janin kadang-kadang dapat diraba secara obyektif oleh pemeriksa dan bagian-bagian janin dapat diraba pada kehamilan tua.
- b. Bunyi denyut jantung janin dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu memakai *Doppler* atau stetoskop *Leannec*.
- c. Pada primigravida, ibu merasakan gerakan janinnya pada usia kehamilan 18 minggu. Sedangkan multigravida, usia 16 minggu.
- d. Bila dilakukan pemeriksaan dengan sinar *rontgen*, kerangka janin dapat dilihat.

2.2.5 Diagnosis Kehamilan

Diagnosis kehamilan untuk menentukan hal-hal sebagai berikut:

Tabel 2.1 Diagnosis Kehamilan

Kategori	Gambaran
Kehamilan normal	- Ibu sehat - Tidak ada riwayat obstetri buruk - Ukuran uterus sesuai usia kehamilan - Pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
Kehamilan dengan masalah khusus	Masalah keluarga atau psiko-sosial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dan lain-lain
Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya	Hipertensi, anemia berat, preeklamsia, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lainnya yang dapat memburuk selama kehamilan
Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Perdarahan, eklamsia, ketuban pecah dini, atau kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

Dikutip dari Saifuddin dkk. (2013)

2.2.6 Klasifikasi Kehamilan

Masa kehamilan dari hari pertama siklus menstruasi terakhir sampai saat kelahiran terbagi dalam tiga tahap yang disebut trimester (Imelda, 2009). Pembagian tersebut antara lain:

1. Kehamilan Trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu)

Awal kehamilan ditandai berdasarkan menstruasi terakhir seorang ibu. Trimester pertama mulai dari minggu pertama sampai minggu ke-12 (3 bulan pertama kehamilan). Banyak perubahan fisik yang akan dialami. Uterus mulai berkembang dan mendesak usus kecil, payudara mulai berkembang sedikit (Imelda, 2009).

2. Kehamilan Trimester II (usia kehamilan 13-24 minggu)

Pada trimester kedua mulai dari minggu ke-13 sampai ke-24 (bulan ke-4, ke-5, dan ke-6 kehamilan). Uterus terus berkembang dan mendesak usus kecil, menyebabkan posisi duduk kurang nyaman dan frekuensi buang air kecil meningkat. Gerakan janin mulai terasa dan kehamilan mulai tampak. Janin sudah mulai berbentuk manusia, mempunyai bulu mata dan cenderung menghisap ibu jari tangan (Imelda, 2009).

3. Kehamilan Trimester III (usia kehamilan 25-40 minggu)

Trimester ketiga kehamilan mulai minggu ke-25 sampai ke-40 (bulan ke-7, ke-8, ke-9 kehamilan). Uterus menjadi sangat besar, keras, terasa berkontraksi dan terkadang terasa mengencang. Uterus telah tumbuh meninggi ke arah paru-paru sehingga tersedia ruang yang cukup besar bagi janin. Pada minggu ke-36, janin telah memenuhi uterus dan posisi janin berubah ke posisi kelahiran (Imelda, 2009).

2.2.7 Kehamilan yang Perlu Diwaspadai

Ada beberapa keadaan kehamilan yang perlu dihindari karena keadaan tersebut mungkin menimbulkan masalah. Ibu harus memeriksakan kehamilannya lebih sering dan meminta pertolongan persalinan kepada bidan/dokter (Kemenkes, 2011a). Kehamilan yang perlu diwaspadai yaitu:

1. Usia ibu hamil kurang dari 20 tahun

Usia 20-30 tahun adalah kurun waktu reproduksi sehat, paling aman untuk melahirkan. Usia ibu akan mempengaruhi kelangsungan hidup anak: usia < 20 tahun meningkatkan kematian bayi sebesar 53/1000 kelahiran hidup, usia 30-39 tahun meningkatkan kematian bayi sebesar 46/1000 kelahiran hidup, usia 40-49 tahun meningkatkan kematian bayi sebesar 50/1000 kelahiran hidup (Sukesih, 2012). Pada usia dibawah 20 tahun, rahim dan panggul seringkali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mungkin mengalami persalinan lama/macet atau gangguan lainnya karena ketidaksiapan ibu untuk menerima tugas dan tanggungjawabnya sebagai orangtua (Kemenkes, 2011a).

2. Usia ibu hamil lebih dari 35 tahun

Ibu dianjurkan hamil pada usia diantara 20-35 tahun karena ibu lebih siap hamil secara jasmani dan kejiwaan. Pada usia 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun, akibatnya ibu hamil mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak cacat, persalinan lama dan perdarahan (Kemenkes, 2011a).

3. Jumlah anak 3 orang atau lebih

Pada masa kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Apabila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Apabila ibu lelah melahirkan 3 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas (Kemenkes, 2011a). Paritas 2-3 merupakan paritas yang paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas tinggi > 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi, semakin tinggi paritas maka semakin tinggi kematian maternal (Sukesih, 2012).

4. Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun

Apabila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, mengalami persalinan yang lama atau perdarahan (Kemenkes, 2011a). Pada jarak kelahiran < 2 tahun akan meningkatkan angka kematian bayi (AKB) 2 kali daripada jarak kelahiran > 2 tahun (Sukesih 2012).

5. Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm

Perempuan dengan tinggi badan < 145 cm memiliki resiko lebih tinggi untuk melahirkan operasi caesar (Nohr *et al.*, 2009 dalam Sukesih 2012). Apabila tinggi badan ibu kurang dari 145 cm, perlu diwaspadai bahwa ibu mungkin mempunyai panggul sempit yang dapat mengakibatkan kesulitan pada persalinan. Walaupun tidak selalu demikian, ibu hamil harus mempunyai perencanaan yang baik untuk persalinannya (Kemenkes, 2011a; Agustini, 2012; Sukesih, 2012).

6. Ibu dengan berat badan < 45 kg

Ibu dengan berat badan < 45 kg sebelum kehamilan, dapat mengalami kehamilan beresiko, dimana beresiko melahirkan bayi dengan berat badan kurang atau bayi berat lahir rendah (BBLR) dan dapat mengganggu perkembangan serta kecerdasan sang bayi (Kemenkes, 2011a). *National Academy Of Science* melalui *Institut Of Medicine* merekomendasikan kenaikan berat menurut IMT 12,7 – 18 kg untuk wanita dengan berat badan dibawah normal (Sukesih, 2012).

7. Ibu dengan lingkaran lengan atas < 23,5 cm

Ibu hamil dengan keadaan dimana ukuran lingkaran lengan atas (LILA) kurang dari 23,5 cm perlu mendapat perhatian karena kemungkinan menderita kekurangan energi kronis (KEK) dalam waktu yang lama, Hal ini akan mengakibatkan anak yang dilahirkan mempunyai berat badan lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat sehingga akan mempengaruhi kecerdasan anak di masa yang akan datang (Kemenkes, 2011a; Sukesih, 2012).

8. Riwayat kehamilan dan persalinan yang sebelumnya

Ibu hamil ada yang pernah mengalami kehamilan dan persalinan yang bermasalah sebelumnya, seperti ibu mengalami: perdarahan, kejang, demam tinggi, persalinan lama lebih dari 12 jam, melahirkan dengan cara operasi, dan bayi yang dilahirkan meninggal. Apabila ibu pernah mengalami kehamilan seperti itu sebelumnya, maka kemungkinan penyulit itu akan terjadi kembali sehingga kewaspadaan perlu ditingkatkan (Kemenkes, 2011a; Sukesih, 2012).

2.2.8 Kebijakan Teknis

Melalui upaya pencegahan yang efektif, beberapa negara berkembang dan hampir semua negara maju berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu (APN, 2008). Asuhan kesehatan ibu terfokus pada:

1. Keluarga Berencana

Keluarga berencana untuk membantu para ibu dan suaminya merencanakan kehamilan yang diinginkan.

2. Asuhan antenatal terfokus

Asuhan antenatal terfokus untuk memantau perkembangan kehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.

3. Asuhan pasca keguguran

Asuhan pasca keguguran untuk penatalaksanaan gawat darurat keguguran dan komplikasinya serta tanggap terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.

4. Persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan komplikasi

Kajian asuhan persalinan yang bersih, aman dan tepat waktu merupakan salah satu upaya efektif untuk mencegah terjadinya kesakitan dan kematian.

5. Penatalaksanaan komplikasi

Penatalaksanaan komplikasi yang terjadi sebelum, selama dan setelah persalinan merupakan suatu upaya menurunkan kesakitan dan kematian ibu. Kompetensi petugas, pengenalan jenis komplikasi, dan ketersediaan sarana pertolongan menjadi penentu bagi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi yang umumnya akan selalu berbeda (APN, 2008).

2.3 Tanda Bahaya Kehamilan

2.3.1 Definisi Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan atau periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Asrinah dkk., 2013). Tanda bahaya pada kehamilan adalah tanda/gejala yang menunjukkan bahwa ibu atau bayi yang dikandungnya dalam keadaan bahaya. Apabila ada tanda bahaya, ibu harus mendapat pertolongan segera di fasilitas kesehatan terdekat (Kemenkes, 2011a). Ibu hamil yang memiliki tanda bahaya kehamilan mempunyai risiko komplikasi lebih besar dari biasanya baik bagi ibu maupun bayinya, seperti adanya suatu penyakit atau kematian (Tiran, 2007).

2.3.2 Tujuan Mengenali Tanda Bahaya Kehamilan

Kebanyakan kehamilan berakhir dengan persalinan dan masa nifas yang normal. Namun, 15-20 diantara 100 ibu hamil mengalami gangguan pada kehamilan, persalinan atau nifas. Gangguan tersebut dapat terjadi secara mendadak, dan biasanya tidak dapat diperkirakan sebelumnya. Karena itu, tiap ibu hamil, keluarga dan masyarakat perlu mengetahui dan mengenali tanda bahaya. Tujuannya, agar mereka dapat segera mencari pertolongan ke bidan, dokter atau langsung ke Rumah Sakit, untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayi yang dikandungnya (Kemenkes, 2011a).

Tujuan pentingnya mengetahui tanda bahaya kehamilan menurut Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO (2003) dalam Farichah (2012) yaitu:

1. Mengenali tanda-tanda yang mengancam bagi ibu hamil dan janinnya sejak dini.
2. Dapat mengambil tindakan yang tepat yaitu menghubungi tenaga kesehatan terdekat apabila menemui tanda bahaya kehamilan untuk mendapat perawatan segera.

2.3.3 Macam-macam Tanda Bahaya Kehamilan

Pada setiap kunjungan antenatal, bidan harus mengajarkan kepada ibu bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya ini, dan menganjurkan untuk datang ke klinik jika ia mengalami tanda-tanda bahaya tersebut (Kusmiyati, 2009 dalam Marlina, 2012). Macam-macam tanda bahaya kehamilan antara lain: ibu tidak mau makan dan muntah terus; berat badan ibu hamil tidak naik; perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua; bengkak kaki, tangan atau wajah disertai sakit kepala sampai kejang; gerakan janin berkurang dan atau tidak ada; kelainan letak janin didalam rahim; ketuban pecah sebelum waktunya; penyakit ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan; dan demam tinggi (Kemenkes, 2014a). Penjelasan lebih detailnya sebagai berikut:

1. Ibu tidak mau makan dan muntah terus

Pada awal kehamilan, ibu tidak mau makan dan muntah merupakan keadaan yang normal dan akan hilang dengan sendirinya pada kehamilan lebih dari 3 bulan. Tetapi apabila ibu tetap tidak mau makan, muntah terus menerus sampai ibu lemah dan tidak dapat bangun, maka

keadaan ini berbahaya bagi janin dan kesehatan ibu. Ibu atau keluarganya harus segera minta pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke Puskesmas atau ke Rumah Sakit agar kehamilannya dapat diselamatkan (Kemenkes, 2011a).

Pada keadaan muntah-muntah yang berat, dapat terjadi dehidrasi, kepsis, gangguan asam-basa dan elektrolit. Keadaan ini disebut *hiperemesis gravidarum* (Kemenkes, 2013a). *Hiperemesis gravidarum* atau muntah *pernisiosa* adalah mual dan muntah yang berlebihan yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, penurunan berat badan yang nyata, asetonuria, dan kekurangan nutrisi. Walaupun mual dan muntah ringan antara minggu ke-5 dan minggu ke-12 dialami 50% sampai 80% wanita hamil, *hiperemesis gravidarum* terjadi hanya pada rata-rata 1% sampai 2% kehamilan (Reeder *et al.*, 2012).

Wanita yang mengalami *hiperemesis gravidarum* memperlihatkan tanda dan gejala yang sangat berbeda-beda. Penderita tidak dapat makan maupun minum tanpa muntah dan menjadi terdehidrasi. Keadaan ini bisa terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan dapat berlangsung sampai usia kehamilan 16-20 minggu (Reeder *et al.*, 2012). Penyebab keadaan ini diduga bahwa kadar hCG yang tinggi, fluktuasi kadar tiroid, dan perubahan fungsi hati terlibat. Kadang-kadang kondisi ini merupakan penyakit keturunan (Littler, 2010). Beberapa proses organik tertentu mendasari semua penyebab muntah, tanpa melihat gejala tersebut ringan atau berat. Ketidakseimbangan endokrin yang disebabkan oleh tingginya kadar *gonadotropin korionik* dan *esterogen*, perubahan metabolik pada gestasi yang normal, fragmen *vili korionik* yang memasuki sirkulasi maternal, dan penurunan

motilitas lambung dipercaya menjadi penyebab terjadinya gejala-gejala klinis (Reeder *et al.*, 2012). Beberapa ahli teori telah mengajukan bahwa hiperemesis gravidarum berkaitan dengan ambivalensi wanita dan kesulitan menyesuaikan diri secara psikologis terhadap kehamilan dan peran menjadi ibu (Reeder *et al.*, 2012).

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang sulit dikendalikan yang dimulai sebelum kehamilan minggu ke-20 dan dapat mengakibatkan gangguan status nutrisi. Gangguan keseimbangan elektrolit, dehidrasi, penurunan berat badan sebanyak 5% atau lebih dari berat badan sebelum hamil, ketosis, dan asetonuria memberikan tanda-tanda klinis status gangguan nutrisi (Reeder *et al.*, 2012). Banyak studi telah menunjukkan bahwa insidensi retardasi pertumbuhan janin secara signifikan lebih besar pada pasien yang mengalami hiperemesis yang mengalami penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan mereka sebelum hamil (Gross *et al.*, 1989 dalam Reeder *et al.*, 2012). Beberapa kasus hiperemesis gravidarum yang serius, pemulihannya biasanya cepat saat keseimbangan cairan dan elektrolit diperbaiki (Reeder *et al.*, 2012). Komplikasi dari mual dan muntah serta hiperemesis gravidarum perlu waspadai, seperti *gastroesophageal reflux disease* (GERD), *ruptur esofagus*, perdarahan saluran cerna bagian atas, dan defisiensi vitamin, terutama *thiamine* (Kemenkes, 2013a).

2. Berat badan ibu hamil tidak naik

Pada setiap kali pemeriksaan kehamilan, ada kenaikan berat badan ibu. Selama kehamilan, berat badan ibu akan naik sekitar 9-12 kg, karena ada pertumbuhan janin dan bertambahnya jaringan tubuh ibu akibat kehamilan. Kenaikan berat badan itu biasanya terlihat nyata sejak kehamilan berusia 4 bulan sampai menjelang persalinan. Apabila berat badan ibu tidak naik pada akhir bulan ke empat atau berat badan < 45 kg pada akhir bulan ke enam, pertumbuhan janin mungkin terancam. Ibu mungkin kekurangan gizi (kurang energi kronis atau KEK). Mungkin juga ibu mempunyai penyakit lain seperti batuk menahun, malaria dan lain-lain yang harus segera diobati. Ibu atau keluarganya harus segera minta pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke Puskesmas atau Rumah Sakit, agar dapat diperiksa dan diberi pertolongan yang diperlukan (Kemenkes, 2011a).

Tabel 2.2 Penambahan Berat Badan dalam Kehamilan

Penambahan berat badan dalam kehamilan	
Lemak	3,5 kg
Payudara	0,4 kg
Uterus	1,0 kg
Darah	1,3 kg
Cairan ekstraselular	1,5-4,5 kg
Janin	3,4 kg
Plasenta	0,7 kg
Cairan amnion	0,8 kg
Penambahan berat badan total pada kehamilan aterm	<u>12,5 kg (kisaran 0-23 kg)</u> 26,5 lis (kisaran 0-50,6 lis)

Dikutip dari Norwitz dan Schorge (2008).

3. Perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah perdarahan yang berwarna merah, perdarahan banyak atau perdarahan dengan nyeri. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, jumlahnya banyak, dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa dan solusio plasenta (Varney dkk., 2007 dalam Agustini, 2011).

Menurut Kemenkes (2011a), kriteria perdarahan yaitu:

- a. Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan sebelum 3 bulan dapat disebabkan oleh keguguran atau keguguran yang mengancam. Ibu harus segera meminta pertolongan bidan atau dokter. Janin mungkin masih bisa diselamatkan. Apabila janin tidak dapat diselamatkan, ibu harus mendapat pertolongan agar kesehatan terjaga.
- b. Perdarahan melalui jalan lahir disertai nyeri perut bawah yang hebat. Pada ibu yang terlambat haid 1-2 bulan, merupakan keadaan yang sangat berbahaya, kehidupan ibu terancam, ia harus langsung dibawa ke rumah sakit untuk diselamatkan jiwanya.
- c. Perdarahan pada kehamilan 7-9 bulan, meskipun hanya sedikit, merupakan ancaman bagi ibu dan janin. Ibu perlu segera mendapat pertolongan di rumah sakit.

Perdarahan yang terjadi pada kehamilan muda antara lain:

a. *Abortus*

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. WHO IMPAC menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu, namun beberapa acuan terbaru menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Diagnosis abortus antara lain perdarahan pervaginam dari bercak hingga berjumlah banyak, perut nyeri dan kaku, pengeluaran sebagian produk konsepsi, serviks dapat tertutup maupun terbuka, ukuran uterus lebih kecil dari yang seharusnya. Diagnosis ditegakkan dengan bantuan pemeriksaan *ultrasonografi* (Kemenkes, 2013a).

Menurut Kemenkes (2013a), faktor predisposisi abortus mencakup beberapa faktor, antara lain:

- 1) Faktor dari janin (fetal): kelainan genetik (kromosom)
- 2) Faktor dari ibu (maternal): infeksi, kelainan hormonal seperti hipotiroidisme, diabetes mellitus, malnutrisi, penggunaan obat-obatan, merokok, konsumsi alkohol, faktor immunologis dan defek anatomis seperti uterus didelfis, inkompetensia serviks (penipisan dan pembukaan serviks sebelum waktu in partu, umumnya pada trimester kedua) dan sinekhiae uteri karena sindrom Asherman.
- 3) Faktor dari ayah (paternal): kelainan sperma.

Berdasarkan jenisnya, abortus dibagi menjadi:

1) *Abortus Imminens* / Abortus yang mengancam

Abortus imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari rahim pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam rahim dan tidak ada pembesaran leher rahim (Sulistiyowati, 2011). Perdarahan bisa berlanjut beberapa hari atau dapat berulang. Kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan. Bisa terjadi prematuritas atau gangguan pertumbuhan dalam rahim (Kusmiyati dkk., 2009).

2) *Abortus Insipiens* / Abortus sedang berlangsung

Abortus Insipiens adalah peristiwa perdarahan rahim pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya pembukaan leher rahim. Namun hasil konsepsi masih didalam rahim (Sulistiyowati, 2011). *Abortus Insipiens* didiagnosis apabila ditemukan perdarahan banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah disertai nyeri karena kontraksi rahim kuat dan ditemukan adanya dilatasi serviks sehingga jari pemeriksa dapat masuk dan ketuban dapat diraba (Kusmiyati dkk., 2009).

3) *Abortus Incompletus* / Abortus yang tidak lengkap

Abortus Incompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu, masih ada sisa konsepsi yang tertinggal di dalam rahim (Sulistiyowati, 2011). Perdarahan biasanya terus berlangsung, banyak dan dapat membahayakan ibu (Kusmiyati dkk., 2009).

4) *Abortus Completus* /Abortus lengkap

Pada *abortus completus*, semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan.

Ibu dengan abortus lengkap ditemukan perdarahan sedikit, mulut rahim telah menutup, dan rahim sudah semakin mengecil (Sulistyowati, 2011). Pada keadaan ini, kuretase tidak diperlukan. Perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan perdarahan akan berhenti sama sekali selambat-lambatnya dalam 10 hari. Tetapi kalau 10 hari setelah abortus masih ada perdarahan, abortus inkomplitus atau endometritis pasca abortus harus dipikirkan (Kusmiyati dkk., 2009).

5) *Abortus Servikalis*

Pada *abortus servikalis*, keluarnya hasil konsepsi dari rahim dihalangi oleh leher rahim yang tidak membuka sehingga semuanya terkumpul dalam saluran leher rahim (Sulistyowati, 2011).

6) *Misses Abortion*/ Abortus tertunda

Misses Abortion adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu. Namun, janin yang mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih (Sulistyowati, 2011). Pada sekitar janin yang mati, terkadang ada perdarahan pervaginam sedikit. Rahim tidak membesar bahkan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin (Kusmiyati dkk., 2009).

7) *Abortus Habitualis*/ Abortus berulang

Abortus Habitualis adalah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut (Sulistiyowati, 2011). Etiologi abortus ini adalah kelainan genetik (kromosom), kelainan hormonal (imunologik) dan kelainan anatomis (Kusmiyati dkk., 2009).

8) *Abortus Infeksiosus* dan *Abortus Septik*

Abortus infeksius adalah abortus yang disertai infeksi pada alat kelamin. *Abortus septik* adalah *abortus Infeksiosus* berat disertai penyebaran kuman atau racun ke dalam peredaran darah atau lapisan perut (Sulistiyowati, 2011). Diagnosa abortus yang disertai rasa nyeri atau febris yaitu panas dan ada perdarahan dari jalan lahir berbau (Kusmiyati dkk., 2009).

b. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik terjadi apabila sel telur yang dibuahi oleh sel sperma tumbuh diluar sel otot rahim dan sangat jarang terjadi pertumbuhan di ovarium, rongga perut, leher rahim, atau tanduk rahim (Sulistiyowati, 2011). Gejalanya pendarahan vagina disertai rasa sakit perut bagian bawah pada satu sisi (Imelda, 2009).

c. Mola Hidatidosa/Hamil Anggur

Mola Hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar atau tidak ditemukan janin dan hampir seluruh sel-sel di ari-ari mengalami perubahan berisi gelembung-gelembung air. Mola hidatidosa merupakan penyakit trofoblas jinak yang mengalami kegagalan fungsi reproduksi dimana sel-sel trofoblas berkembang pesat tetapi tidak

menghasilkan janin. Sel-sel itu hanya menghasilkan massa yang bergelembung. Mola hidatidosa bisa menyebabkan perdarahan yang biasanya terjadi antara bulan pertama sampai ketujuh dengan rata-rata 12-14 minggu. Sifat perdarahan bias intermiten, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak sehingga menyebabkan syok atau kematian. Karena perdarahan ini umumnya pasien mola hidatidosa masuk dalam keadaan anemia (Sulistyowati, 2011).

Penyebab perdarahan yang sering terjadi dalam separuh tahap akhir masa kehamilan adalah placenta previa dan solusio plasenta (Reeder *et al.*, 2012). Penjelasannya sebagai berikut:

a. Plasenta Previa

Pada plasenta previa, plasenta berada pada segmen bawah rahim. Perdarahannya tanpa sebab dan tanpa rasa nyeri. Darah yang keluar berwarna merah segar. Sumber perdarahan yaitu terlepasnya plasenta dari endometrium atau karena robekan *sinus marginalis* dari plasenta. Perdarahannya tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah rahim untuk berkontraksi dan menghentikan perdarahan (Sulistyowati, 2011).

b. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta yang letaknya normal sebelum janin lahir sehingga menimbulkan rasa nyeri yang semakin lama semakin hebat dan berlangsung terus-menerus. Darah yang keluar berwarna kehitam-hitaman (Sulistyowati, 2011).

4. Bengkak kaki, tangan atau wajah disertai sakit kepala sampai kejang

Bengkak pada ibu hamil bisa membahayakan keselamatan ibu dan bayi dalam kandungan (Depkes, 2008). Sedikit bengkak pada kaki atau tungkai bawah pada usia kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal. Tetapi, sedikit bengkak pada tangan atau wajah, apabila disertai tekanan darah tinggi dan sakit kepala sangat berbahaya. Apabila keadaan ini dibiarkan, maka ibu dapat mengalami kejang. Keadaan ini disebut keracunan kehamilan atau *eclampsia* yang sering menyebabkan kematian ibu serta janin. Apabila ditemukan satu atau lebih gejala tersebut, Ibu harus segera meminta pertolongan kepada petugas kesehatan terdekat untuk dibawa ke Rumah Sakit (Kemenkes, 2011a).

a. Bengkak pada kaki, tangan, wajah

Hampir separuh wanita hamil akan mengalami bengkak pada kaki dan tungkai bawah pada usia kehamilan 24 minggu ke atas. Bengkak ini terjadi karena terjadinya penyumbatan yang disebabkan oleh tekanan yang menghalangi sirkulasi jaringan. Bengkak biasanya hilang setelah beristirahat dan meninggikan kaki. Keadaan ini dapat dikatakan normal (Agustini, 2012).

Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah yang serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat disertai dengan keluhan fisik yang lain, dan bertahan lebih dari 24 jam. Apabila dibiarkan, keadaan ini dapat membahayakan ibu dan janin. Edema yang terjadi merupakan akumulasi cairan yang menyeluruh dan berlebihan dalam jaringan terutama pada tangan dan wajah. Hal ini bisa merupakan gejala *pre eclampsia* (Agustini, 2012).

Pembengkakan tungkai bawah dan pergelangan kaki biasa terjadi selama kehamilan, akibat penurunan aliran balik vena dari ekstremitas bawah. Edema diperberat oleh posisi berdiri atau duduk dalam waktu lama (edema dependen/tergantung) dan oleh cuaca panas. Memberikan penyangga abdomen, sering beristirahat, menaikkan kaki, atau mengambil posisi miring ke kanan seringkali meredakan. Edema dapat dikurangi dengan menghindari makanan tinggi garam, mengonsumsi makanan tinggi protein, dan tidak menggunakan pakaian yang ketat. Wanita yang harus tetap berdiri atau duduk dalam waktu lama perlu menaikkan kakinya selama sekitar 20 menit setiap 2 sampai 3 jam dan ubah posisi dengan sering. Dorsifleksi kaki sering-sering ketika duduk membantu mengontraksi otot kaki dan merangsang sirkulasi (Reeder *et al.*, 2013).

Edema pergelangan mata kaki, kaki, dan bahkan tangan dapat menjadi tanda komplikasi seperti *preeklampsia* atau hipertensi dalam kehamilan. Pertambahan berat badan yang tiba-tiba lebih dari 1 kg/minggu, edema pada wajah dan sakrum, dan proteinuria dapat mengindikasikan komplikasi dan menjadi perhatian dokter (Reeder *et al.*, 2013). Istirahat dengan meninggikan kaki telah menjadi pengobatan standar untuk edema selama kehamilan. Berendam dalam air hangat adalah suatu metode yang aman dan lebih cepat daripada istirahat untuk memobilisasi cairan ekstrasvaskular pada wanita hamil. Mandi berendam di bak mandi menunjukkan efektivitas yang sama seperti beristirahat selama satu jam dalam mengurangi edema selama kehamilan (Katz *et al.*, 1990 dalam Reeder *et al.*, 2013).

b. Sakit Kepala

Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, sakit kepala dapat bertahan lebih dari 2-3 jam. Sakit kepala yang hebat kadang-kadang disertai penglihatan ibu menjadi kabur dan berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan merupakan gejala dari preeklamsi (Kusmiyati dkk., 2009; Norwitz dan Schorge, 2008; Musbikin, 2005). Sakit kepala yang bisa menjadi komplikasi serius terjadi dalam 12 minggu terakhir sebelum kelahiran, berpusat disekitar kening dan atas mata (Tiran, 2007)

Sakit kepala selama kehamilan terjadi karena hormon-hormon kehamilan dapat menyebabkan pembuluh darah berelaksasi dan melebar. Hal tersebut juga akibat dari adanya peningkatan tuntutan darah ke tubuh sehingga ketika ibu hamil berubah posisi dari tidur atau duduk ke posisi berdiri secara tiba-tiba maka sistem sirkulasi darah kesulitan untuk beradaptasi (Imelda, 2009; Kusmiyati dkk., 2009; Littler, 2010).

Penyebab sakit kepala antara lain migrain, sakit kepala karena tegang (*tension headache*), depresi (Norwitz dan Schorge, 2008). Penyebab sakit kepala lainnya adalah posisi telentang yang dapat menekan beberapa pembuluh darah besar yang berfungsi mengembalikan darah ke jantung, menyebabkan tekanan darah rendah, pusing, pingsan, kurang makan atau minum, kepanasan, dan bernafas dengan cepat (hiperventilasi) (Littler, 2010). Jika rasa sakit kepala tetap muncul ketika duduk, ini dikarenakan menurunnya kadar gula darah

(Imelda, 2009). Sakit kepala yang mengganggu tidur, dipicu oleh kegiatan fisik, atau berhubungan dengan temuan neurologis fokal mengarah pada kecurigaan adanya lesi struktural yang mendasari (Norwitz dan Schorge, 2008).

Gangguan lain yang sering terjadi dalam masa kehamilan adalah hipertensi. Penyebab utama hipertensi pada kehamilan adalah hipertensi esensial dan penyakit ginjal. Kehamilan dengan hipertensi esensial dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsi tidak murni. Hanya sekitar 20% dapat menjadi pre eklamsi – eklamsi tidak murni yang disertai gejala proteinuria, edema, dan terdapat keluhan epigastrium, sakit kepala, penglihatan kabur, dan mual serta muntah. Dengan adanya hipertensi dalam kehamilan maka sering ditandai dengan adanya sakit kepala yang hebat (Musbikin, 2005).

Pada kehamilan lanjut, sakit kepala dapat menjadi tanda preeklampsia yang disertai dengan peningkatan tekanan darah, kaki dan tangan bengkak (Imelda, 2009). *Preeklampsia* menurut *American College Obstetric and Gynecology* didefinisikan adanya hipertensi (TD > 140/90) dan proteinuria (> 300mg protein dalam 24 jam urine tampung) setelah usia kehamilan 20 minggu (May nard, 2009 dalam Keman, 2014). Beberapa buku teks dan jurnal mendefinisikan *preeklampsia* sebagai suatu sindroma spesifik pada kehamilan berupa berkurangnya perfusi plasenta akibat *vaso spasme* dan aktivasi endotel yang akhirnya dapat mempengaruhi seluruh sistem organ, ditandai dengan hipertensi dan proteinuria pada pertengahan akhir kehamilan (Baxter, 2007; Cunningham *et al.*, 2010 dalam Keman, 2014). Jika hal tersebut tidak

segera diatasi dapat menyebabkan kejang maternal, stroke, koagulopati dan kematian (Norwitz dan Schorge, 2008).

Jika keluhan tersebut tidak menghilang dengan makan, minum, mendinginkan diri, atau berdiri secara perlahan, maka diperlukan pemeriksaan lebih lanjut dan harus mencari saran dari bidan atau dokter (Littler, 2010). Makanlah sedikit tetapi sering. Jika sering merasa seperti ingin pingsan, maka periksa ke tenaga kesehatan karena kemungkinan anemia (Imelda, 2009). Seorang ibu hamil mungkin membutuhkan terapi dalam bentuk tablet besi jika hal tersebut disebabkan oleh anemia (Littler, 2010).

c. Kejang

Kejang dapat terjadi ketika terdapat muatan listrik berlebihan yang tidak sinkron pada neuron dalam sistem syaraf pusat (Reeder *et al*, 2012). Kejang merupakan kondisi neurologis yang bisa terjadi dalam kehamilan. Klasifikasi kejang antara lain primer (idio-patik, epilepsi) atau sekunder (trauma, infeksi, tumor, penyakit *serebro-vaskular*, penghentian pemakaian obat, atau gangguan metabolik) (Norwitz dan Schorge, 2008). Efek gangguan kejang terhadap kehami-lan dapat menimbulkan komplikasi obstetrik mencakup peningkatan risiko *hiperemesis gravidarum*, kelahiran *preterm*, *pre-eklamsia*, kelahiran dengan bedah sesar, *abruptio plasenta*, dan kematian perinatal. Kejang dapat menyebabkan *hipoksemia* ibu dengan akibat terjadi cedera pada janin. Mayoritas ibu dengan gangguan kejang mengalami kehamilan tanpa gangguan (Norwitz dan Schorge, 2008).

Kejang dalam kehamilan sebagai tanda *pre-eklampsia*. Jika *pre-eklampsia* yang terjadi semakin buruk, maka bisa terjadi *eklampsia*. Pada *eklampsia* dapat terjadi kejang seluruh tubuh atau bahkan koma. *Eklampsia* merupakan salah satu komplikasi kehamilan terberat yang menyebabkan kematian ibu. *Eklampsia* seringkali terjadi hampir mencapai aterm. Penyebab pasti kejang pada *eklampsia* masih belum diketahui, tetapi faktor penyebab yang diajukan adalah adanya hipertensi ensefalopati, *vasospasme*, *hemoragi*, *iskemia*, dan edema pada hemisfer otak (Reeder *et al.*, 2012).

5. Gerakan janin berkurang dan atau tidak ada

Bayi dalam kandungan, gerakannya berkurang atau tidak bergerak merupakan tanda bahaya pada janin (Depkes, 2008). Pada keadaan normal, gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada usia kehamilan 4-5 bulan. Sejak saat itu, gerakan janin sering dirasakan ibu. Janin yang sehat bergerak secara tidak teratur. Apabila gerakan janin berkurang, melemah atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan bayi mungkin terancam. Ibu harus segera mencari pertolongan. Jadi perlu diperhatikan jumlah dan gerakan janin didalam rahim untuk memperkirakan keadaan janin (Kemenkes, 2011a).

Ibu mulai merasakan gerakan janin selama bulan ke-5 sampai ke-6 atau minggu ke-18 sampai ke-20 pada kehamilan pertama, atau 2 minggu lebih cepat pada kehamilan kedua. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan janinnya lebih awal. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum yang baik. Jika

ibu tidak merasakan gerakan janin selama 12 jam atau sesudah kehamilan 22 minggu, kemungkinan dapat terjadi *solusio plasenta*, *rupture uteri*, gawat janin dan kematian janin (Varney dkk., 2007 dalam Agustini, 2012).

Tabel 2.3 Diagnosis Gerak Janin Tidak Dirasakan

Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
<ul style="list-style-type: none"> Gerakan janin berkurang atau hilang Nyeri perut hilang timbul atau menetap Perdarahan pervaginam sesudah hamil 22 minggu 	<ul style="list-style-type: none"> Syok Uterus tegang/kaku Gawat janin atau DJJ tidak terdengar 	<i>Solusio plasenta</i>
<ul style="list-style-type: none"> Gerakan janin dan DJJ tidak ada Perdarahan Nyeri perut hebat 	<ul style="list-style-type: none"> Syok Perut kembung/cairan bebas intra abdominal Kontur uterus abnormal Abdomen nyeri Bagian-bagian janin teraba Denyut nadi ibu cepat 	<i>Ruptura uteri</i>
<ul style="list-style-type: none"> Gerakan janin berkurang atau hilang DJJ abnormal (< 100/menit atau > 180/menit) 	<ul style="list-style-type: none"> Cairan ketuban bercampur mekonium 	Gawat janin
<ul style="list-style-type: none"> Gerakan janin/DJJ hilang 	<ul style="list-style-type: none"> Tanda-tanda kehamilan berhenti Tinggi fundus uteri berkurang Pembesaran uterus berkurang 	Kematian janin

Dikutip dari Saifuddin, dkk. (2012)

Kesejahteraan janin dapat dipantau oleh ibu di rumah dengan menghitung gerakan janin. Adanya gerakan janin memastikan rerata jumlah gerakan per minggu, dihitung dari pencatatan periode 12 jam per hari, meningkat dari 200 gerakan pada usia kehamilan 20 minggu sampai lebih dari 500 gerakan pada usia kehamilan 32 minggu. Gerakan janin secara bertahap menurun sampai sekitar 280 gerakan per minggu pada kehamilan cukup bulan. Terjadi variasi yang besar setiap harinya dengan sedikitnya 4-10 gerakan per 12 jam sehari pada kehamilan normal (Reeder *et al.*, 2013). Selama 10 minggu terakhir kehamilan, janin telah memiliki siklus istirahat dan aktivitas secara bergantian yang masing-masing terjadi selama 90 menit (Reeder *et al.*, 2013). Terdapat variasi bermakna dalam pola gerakan janin. Aktivitas janin dipengaruhi oleh suara, asap rokok, tingkat gula darah, waktu, obat-obatan, dan status tidur janin. Penurunan gerakan janin yang bermakna atau tidak ada gerakan telah diperhatikan oleh sebagian besar wanita yang janinnya lahir mati (Reeder *et al.*, 2013).

6. Kelainan letak janin didalam rahim

Pada keadaan normal, kepala janin berada dibagian bawah rahim ibu dan menghadap ke arah punggung ibu. Menjelang persalinan, kepala janin turun dan masuk rongga panggul ibu. Kadang-kadang letak janin tidak normal sampai usia kehamilan 9 bulan. Kelainan letak janin antara lain:

- a. Letak sungsang (kepala janin di bagian atas rahim)
- b. Letak lintang (letak janin melintang di atas rahim) (Kemenkes, 2011a).

Kelainan letak janin hanya dapat diketahui apabila ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke bidan/dokter. Pada keadaan ini, ibu harus melahirkan di Rumah Sakit agar ibu dan bayi dapat

diselamatkan. Persalinan mungkin mengalami gangguan atau memerlukan tindakan (Kemenkes, 2011a).

7. Ketuban pecah sebelum waktunya

Ketuban pecah dini (KPD) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir/vagina sebelum proses persalinan. Ketuban pecah prematur adalah pecahnya membran khorio-amniotik sebelum onset persalinan atau disebut juga dengan *Premature Rupture Of Membrane = Prelabour Rupture Of Membrane* = PROM. Sedangkan ketuban pecah prematur pada preterm adalah pecahnya membran khorio-amniotik sebelum onset persalinan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau disebut juga dengan *Preterm Premature Rupture Of Membrane = Preterm Prelabour Rupture Of Membrane* = PPRM (Marmi, 2011). Keluarnya air ketuban sebelum waktunya merupakan tanda adanya gangguan pada kehamilan dan dapat membahayakan bayi dalam kandungan (Depkes, 2008).

Etiologi dari ketuban pecah dini adalah adanya kelemahan fokal yang terjadi pada selaput janin di atas *os serviks internal* yang memicu robekan di lokasi tersebut menjelang usia kehamilan cukup bulan (Norwitz dan Schorge, 2008). Sedangkan faktor risikonya mencakup ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, *abruptio plasenta*, *insufisiensi serviks*, infeksi vagina atau infeksi *intraamnion*, *amniosen-tesis*, kebiasaan merokok, kehamilan kembar, *polihidramnion*, terapi *steroid kronik*, penyakit jaringan ikat, anemia, status sosio ekonomi rendah, serta wanita lajang. Faktor yang tidak berhubungan dengan ketuban pecah dini mencakup hubungan seksual,

pemeriksaan serviks, senam ibu hamil, serta paritas (Norwitz dan Schorge, 2008).

Biasanya ketuban pecah menjelang persalinan, setelah ada tanda awal persalinan seperti mulas dan keluarnya lendir bercampur sedikit darah. Cairan ketuban biasanya berwarna jernih kekuningan. Apabila ketuban telah pecah dan cairan ketuban keluar sebelum ibu mengalami tanda-tanda persalinan, janin dan ibu akan mudah terinfeksi. Hal ini berbahaya bagi ibu maupun janin. Ibu harus segera mendapat pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke Puskesmas atau Rumah Sakit (Kemenkes, 2011a).

8. Penyakit ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan

Kesehatan dan pertumbuhan janin dipengaruhi oleh kesehatan ibu. Apabila ibu mempunyai penyakit yang berlangsung lama atau merugikan kehamilannya, maka kesehatan dan kehidupan janin pun terancam. Ibu dengan keadaan tersebut harus diperiksa dan mendapat pengobatan secara teratur (Kemenkes, 2011a). Beberapa penyakit yang mempengaruhi kehamilan antara lain:

a. Penyakit jantung (*kardiovaskular*)

Penyakit jantung mempunyai gejala seperti ibu sering berdebar, mudah sesak nafas apabila kegiatan ringan sehari-hari (Kemenkes, 2011a). Lesi kongenital bertanggungjawab untuk 50% penyakit jantung dalam kehamilan. Penyebab lain yang sering ditemukan adalah penyakit arteri koroner, hipertensi, dan disfungsi tiroid. Prognosis bergantung pada empat faktor yaitu: fungsi jantung, kondisi klinis yang dapat lebih meningkatkan curah jantung (kehamilan kembar, anemia, penyakit

tiroid), obat-obatan, dan sifat spesifik dari lesi jantung (Norwitz dan Schorge, 2008).

b. Kurang darah (*Anemia*)

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar *Hemoglobin* di bawah 11 g% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 g% pada trimester 2. Kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi (Saifuddin, dkk., 2013). *Anemia* mempunyai gejala seperti pucat, lesu, lemah, pusing dan sering sakit (Kemenkes, 2011a).

c. Penyakit TBC (*Tuberkulosis*)

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, namun dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (IDI, 2014). Kuman tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara yang dihirup kedalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (*bronchus*) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Notoatmodjo, 2011).

Peningkatan kasus TBC sebagai *reemerging disease* dipengaruhi pula dengan terjadinya penyebaran infeksi HIV/AIDS. TBC umumnya menyerang golongan usia produktif dan golongan sosial ekonomi rendah sehingga berdampak pada pemberdayaan sumber daya manusia yang dapat menghambat pertumbuhan ekonomi negara

(Notoatmodjo, 2011). Pada ibu hamil dapat memperburuk kesehatan dan status gizi ibu, serta mempengaruhi tumbuh kembang janin dan risiko tertular pada bayinya (Kemenkes, 2010a). Tanda-tanda dan gejala penderita TBC adalah:

- Gejala respiratorik: batuk-batuk lama lebih dari 2 minggu, dahak yang mukoid, nyeri dada, batuk darah dan gejala-gejala lain apabila ada tanda-tanda penyebaran ke organ-organ lain seperti *pleura* (nyeri *pleuritik*, sesak napas), *hemoptisis*, dan meningeal (nyeri kepala, kaku kuduk).
- Gejala sistemik: *malaise*, anoreksia, tidak nafsu makan, penurunan berat badan, keringat di malam hari, mudah lelah, demam tinggi, flu, menggigil milier, sesak nafas, dan sianosis (IDI, 2014; Notoatmodjo, 2011).

d. Malaria

Indonesia telah berhasil menekan *Annual Parasite Incidence* (API), yaitu jumlah kasus malaria per 1.000 penduduk, dari 4,96 per 1.000 penduduk tahun 1990 menjadi 1,96 per 1.000 penduduk tahun 2010 dan 1,75 per 1.000 penduduk tahun 2011. Kementerian Kesehatan menargetkan eliminasi penyakit malaria secara bertahap. Eliminasi artinya suatu daerah angka API-nya kurang dari 1 per mil (<1 per 1.000 penduduk). Untuk mencapai eliminasi malaria kegiatan diagnosis dini, pengobatan cepat dan tepat, surveilans dan pengendalian vektor yang seluruhnya ditujukan untuk memutus mata rantai penularan malaria (Kemenkes, 2011b).

Malaria merupakan suatu penyakit akut maupun kronik yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang menyerang eritrosit dan ditandai dengan ditemukannya bentuk aseksual dalam darah dengan gejala demam, menggigil, anemia, dan pembesaran limpa (IDI, 2014). Gejala awal malaria seperti demam menggigil secara berkala, rasa lesu dan lemah, sakit kepala, tidak nafsu makan, mual dan muntah. Kemudian diikuti dengan gejala perasaan sangat dingin, kulit kering dan pucat, muka memerah, denyut nadi cepat, rasa sangat haus dan keringat berlebihan (Kemenkes, 2011a).

e. HIV

HIV pada ibu hamil selain mengancam keselamatan ibu juga dapat menular kepada bayinya (*mother to child transmission*). (Kemenkes, 2010a). HIV ditularkan secara vertikal dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya, baik selama hamil, saat melahirkan, atau setelah melahirkan. Risikonya sekitar 25-40% dan terdapat 0,1% dari total kasus sedunia (Notoatmodjo, 2011). Gejalanya seperti keputihan yang terus menerus, diare yang lama, berat badan menurun dan bercak putih yang luas di mulut (Kemenkes, 2011a). Dampak HIV pada kehamilan antara lain aborsi spontan, lahir mati, mortalitas perinatal, mortalitas bayi, pertumbuhan janin terhambat, BBLR < 2500g, kelahiran prematur, *preeklampsia*, diabetes dalam kehamilan, *chorioamnionitis*, *oligohydramnion*, dan malformasi janin (Kusmiyati dkk., 2009).

Upaya Pencegahan Penularan dari ibu HIV positif ke Bayi mencakup 4 pokok kegiatan yaitu: (a) Mencegah penularan HIV pada wanita usia subur; (b) Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan pada

wanita dengan HIV; (c) Mencegah penularan HIV dari ibu kepada bayinya; dan (d) Dukungan psikososial bagi ibu dengan HIV dan keluarganya (Kemenkes, 2011b).

f. Infeksi pada saluran kemih

Gejalanya tidak selalu nyata, misalnya keputihan, luka atau nyeri pada kelamin (Kemenkes, 2011a). Perubahan hormonal semasa kehamilan dan perubahan fungsi ginjal menyebabkan ISK mudah terjadi dan akibatnya dapat berkepanjangan pada ibu, seperti kuman yang tetap ada sampai beberapa lama setelah persalinan. Disamping itu, juga berisiko persalinan prematur (Reeder *et al.*, 2013).

9. Demam tinggi

Demam tinggi dapat disebabkan karena adanya infeksi atau malaria. Demam tinggi bisa menyebabkan *abortus* atau kelahiran kurang bulan (Depkes, 2008). Ibu yang menderita demam dengan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan, penanganannya antara lain istirahat baring, minum banyak, kompres untuk menurunkan suhu, evaluasi keadaan umum ibu, memberikan pengobatan suportif dan antipiretika, evaluasi kesejahteraan janin dan melakukan evaluasi penyebab febris (Saifuddin, dkk., 2012 dan Saifuddin, dkk., 2013).

Tabel 2.4 Diagnosis Demam dalam Kehamilan

Gejala dan tanda selalu ada	Gejala dan tanda kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Frekuensi kencing meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri suprasimfisis • Nyeri perut 	<i>Sistisis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Demam • Frekuensi kencing meningkat • Nyeri abdomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri pinggang • Nyeri dada • Mual/muntah • Anoreksia 	<i>Pielonefritis akut</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Cairan vagina berbau pada UK < 22 minggu • Demam • Uterus nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen bawah • Nyeri lepas • Perdarahan • Nanah di serviks 	<i>Abortus septik</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Demam/menggigil • Cairan vagina berbau pada UK > 22 minggu • Nyeri abdomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketuban pecah • Nyeri uterus • DJJ cepat • Perdarahan sedikit 	<i>Amnionitis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Demam • Sesak nafas • Batuk beriak • Nyeri dada 	<ul style="list-style-type: none"> • Lendir (+) • Dada/tenggorokan sakit • Sesak • Rhonkhi (+) 	<i>Pneumonia</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Demam, menggigil • Nyeri kepala & otot 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpa membesar 	Malaria tanpa komplikasi
<ul style="list-style-type: none"> • Demam, menggigil • Nyeri kepala & otot • Koma • Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Kejang • Ikterus 	Malaria dengan komplikasi
<ul style="list-style-type: none"> • Demam • Nyeri kepala • Batuk kering • Lemas • Anoreksia • Limpa besar 	<ul style="list-style-type: none"> • Meracau • Tidak sadar 	<i>Tifus</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Demam • Lemah • Anoreksia • Mual • Kencing coklat tua • Kuning • Hati bengkak 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri otot • Urtikaria • Limpa besar 	<i>Hepatitis</i>

Dikutip dari Saifuddin, dkk. (2012)

2.3.4 Upaya dalam Pencegahan Tanda Bahaya Kehamilan

Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh seorang bidan untuk menapis adanya risiko ini yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi/penyakit yang mungkin terjadi (Kusmiyati dkk., 2009).

Pemeriksaan dan pengawasan terhadap ibu hamil sangat perlu dilakukan secara teratur. Hal ini bertujuan untuk menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama kehamilan, persalinan dan nifas sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat. Selain itu juga untuk mendeteksi dini adanya kelainan, komplikasi dan penyakit yang biasanya dialami oleh ibu hamil sehingga hal tersebut dapat dicegah ataupun diobati (Marmi, 2011). Upaya dalam pencegahan tanda bahaya kehamilan menurut Rachmat (2007) yaitu:

1. Mengenal dan mengetahui ibu-ibu yang termasuk dalam kondisi yang mengalami tanda bahaya dengan adanya pengetahuan ibu-ibu sehingga dapat dilakukan rujukan ke tempat fasilitas yang lebih baik (rumah sakit).
2. Meningkatkan mutu perinatal care
3. Menganjurkan setiap ibu hamil kontrol ke BKIA.
4. Penyuluhan oleh bidan desa terhadap kesehatan ibu, bayi serta penyakit yang dapat diderita oleh ibu selama kehamilan secara aktif.
5. Bidan desa harus bertempat tinggal di desa yang ditugaskan yang merupakan ujung tombak tentang kesehatan ibu di desa yang ditempatinya.

6. Dengan memeriksakan kehamilan sedini mungkin dan teratur ke Posyandu, Puskesmas, Rumah Sakit, paling sedikit 4 kali selama masa kehamilan.
7. Dengan mendapatkan imunisasi TT 2X.
8. Bila ditemukan kelainan saat pemeriksaan harus lebih sering dan lebih intensif.
9. Makan makanan yang bergizi.

2.4 Karakteristik Ibu hamil

Ibu hamil adalah seorang wanita atau perempuan yang sedang hamil. Seorang ibu merupakan penerus generasi sehingga keadaannya yang sehat jasmani, rohani, dan sosial sangat diperlukan. Keadaan kesehatan ibu hamil sangat mempengaruhi kehidupan janin. Untuk melahirkan bayi yang sehat, ibu hamil harus mempunyai kesehatan yang optimal. Ibu adalah seorang perempuan yang bertindak sebagai pendidik pertama dan utama dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan atau kondisi ibu dalam keluarga (Asrinah dkk., 2013).

Menurut Kusmiyati dkk. (2009), ibu hamil mempunyai hak-hak yang sama dengan klien/pasien dan juga mempunyai hak antara lain:

1. Wanita berhak mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif, yang diberikan secara bermartabat dan dengan rasa hormat.
2. Asuhan yang harus dapat dicapai, diterima, terjangkau untuk/semua perempuan dan keluarga.
3. Wanita berhak memilih dan memutuskan tentang kesehatannya.

Karakteristik adalah ciri-ciri dari individu yang terdiri dari demografi seperti jenis kelamin, usia serta status sosial seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, ras, status ekonomi dan sebagainya. Menurut Efendi, demografi berkaitan dengan struktur penduduk, usia, jenis kelamin dan status ekonomi sedangkan data kultural mengangkat tingkat pendidikan, pekerjaan, agama, adat istiadat, penghasilan dan sebagainya (Ayurai, 2009). Karakteristik adalah ciri-ciri khusus atau mempunyai sifat khusus sesuai dengan perwatakan tertentu (Alwi, 2001).

Macam-macam karakteristik ibu hamil dalam penelitian ini yaitu:

2.4.1 Usia

Usia mempengaruhi proses reproduksi, dimana usia 20-35 tahun merupakan masa yang aman untuk ibu hamil, karena rahim dan organ tubuh lainnya sudah siap untuk bereproduksi serta siap untuk menjadi seorang ibu. Apabila usia < 20 tahun, rahim dan organ tubuh ibu lainnya belum siap untuk bereproduksi. Sedangkan pada usia > 35 tahun, fungsi organ reproduksi menurun sehingga ibu beresiko terjadi persalinan lama, perdarahan dan cacat bawaan (Widiantari, 2015).

Usia terlalu muda untuk hamil akan memicu resiko tinggi bagi ibu dan anak ditinjau dari fisik dan psikis selama masa kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi. Resiko tinggi juga dimiliki ibu hamil yang usianya terlalu tua yang ditandai dengan menurunnya fungsi reproduksi. Ibu yang usianya terlalu muda (< 20 tahun) dan terlalu tua (>35 tahun) beresiko lebih besar mengalami perdarahan sebelum lahir (Widiantari, 2015).

Usia merupakan usia responden yang dihitung sejak dilahirkan sampai dengan saat mengisi kuisioner penelitian dalam satuan tahun (Agustini, 2012). Usia ibu dikategorikan menjadi dua, yaitu: kehamilan risiko tinggi (< 20 tahun, atau > 35 tahun), dan kehamilan risiko rendah (20 tahun – 35 tahun) (Mochtar, 1998). Adapula pembagian kategori usia lainnya, antara lain usia reproduksi tidak sehat (usia <20 tahun atau >35 tahun) dan usia reproduksi sehat (usia 20-35 tahun) (Sukesih, 2012),

2.4.2 Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu upaya meningkatkan sumber daya manusia berkualitas yang dapat mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok dan masyarakat. Tingginya tingkat pengetahuan akan mempengaruhi upaya pencegahan dan kesadaran akan perlunya sikap untuk hidup sehat (Notoadmodjo, 2007 *dalam* Widiantari, 2015). Pendidikan akan berpengaruh terhadap cara berfikir dalam pengambilan keputusan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan, maka semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin baik pula pengetahuan kesehatan. Sedangkan pendidikan rendah walaupun sudah ada sarana yang baik namun belum tentu dipergunakan, hal ini disebabkan seorang pendidikan rendah tidak peduli terhadap program kesehatan sehingga tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi (Widiantari, 2015).

Menurut Agustini (2012), pendidikan merupakan jenjang pendidikan yang telah diselesaikan ibu pada saat penelitian ini. Pendidikan dibagi menjadi dua, yaitu pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, SMP) dan pendidikan tinggi (SMA, Akademi/Perguruan Tinggi).

2.4.3 Pekerjaan

Bekerja merupakan aktivitas pokok yang dilakukan dengan rutin untuk menunjang kebutuhan rumah tangga. Status pekerjaan akan memudahkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, ibu hamil tetap bekerja dan tidak merubah pola bekerja sehari-hari (Widiantari, 2015). Untuk keperluan analisis data, pekerjaan dideskripsikan dengan kategori bekerja dan tidak bekerja (Agustini, 2012).

Wanita seringkali meneruskan bekerja selama kehamilan. Jenis pekerjaan, tingkat aktivitas fisik, risiko lingkungan atau bahaya pekerjaan, dan masalah obstetri atau medis wanita mempengaruhi apakah dan berapa lama dia harus melanjutkan bekerja selama kehamilan. Jika tidak ada faktor risiko, kerja tidak meningkatkan komplikasi di akhir kehamilan, kelahiran prematur, atau kelahiran bayi berat lahir rendah (Reeder *et al.*, 2013). Penelitian menunjukkan bahwa wanita yang bekerja pada pekerjaan kasar yang berat mempunyai insidens lebih tinggi memiliki janin prematur atau yang kecil masa kehamilan dibandingkan dengan pekerja kantor atau ibu rumah tangga. Ini mungkin disebabkan oleh penurunan aliran darah uteroplasenta karena darah dialirkan ke otot-otot atau ini mungkin diakibatkan oleh faktor sosioekonomi (Reeder *et al.*, 2013).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pekerjaan atau aktivitas bagi ibu hamil adalah apakah aktivitasnya berisiko bagi kehamilan. Contoh aktivitas yang berisiko bagi ibu hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau kelembaban yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi (Kusmiyati dkk., 2009). Wanita

menghadapi banyak tuntutan di rumah dan di tempat kerja yang dapat menciptakan konflik peran. Rata-rata wanita di seluruh dunia bekerja 80 jam setiap minggu di rumah dan di tempat kerja. Sedangkan rata-rata pria bekerja 50 jam setiap minggu (Reeder *et al.*, 2013). Wanita yang dalam pekerjaannya perlu berdiri dalam waktu lama, berulang kali membungkuk dan menekuk, menaiki tanjakan atau tangga, dan mengangkat benda berat mengalami lebih banyak *infark* plasenta, abortus spontan, dan bayi lahir dengan berat badan rendah (Reeder *et al.*, 2013).

Pekerjaan kasar meningkatkan risiko jika aktivitas fisik berlanjut selama berjam-jam, mengharuskan keseimbangan yang baik, atau membutuhkan berdiri dalam waktu lama. Posisi yang memerlukan duduk secara konstan dapat melelahkan. Periode istirahat yang adekuat dan kesempatan untuk berdiri dan berjalan harus diberikan untuk wanita hamil yang bekerja pada posisi tersebut (Reeder *et al.*, 2013).

2.4.4 Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan bayi *viable* yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu atau lebih), bukan aborsi, dan memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (Nurwanti, 2011). Paritas lebih dari empat kali mempunyai resiko yang lebih besar untuk terjadi perdarahan, demikian dengan ibu yang terlalu sering hamil menyebabkan resiko untuk sakit, kematian dan juga anaknya (Widiantari, 2015).

Jenis paritas digolongkan menjadi:

a. Nullipara

Nullipara adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi *viable*, yang mampu hidup diluar rahim (Siswosudarmo, 2008 *dalam* Falah, 2010).

b. Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi *viable sebanyak* satu kali, yang cukup besar untuk hidup di luar rahim (Sastrawinata, 2004 *dalam* Widiantari, 2015),

c. Multipara

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi *viable* sebanyak dua sampai empat kali, yang cukup besar untuk hidup di luar rahim (Sastrawinata, 2004 *dalam* Widiantari, 2015).

c. Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi *viable* sebanyak lima kali atau lebih, yang cukup besar untuk hidup di luar rahim (Sastrawinata, 2004 *dalam* Widiantari, 2015).

2.4.5 Riwayat Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal care atau pemeriksaan kehamilan 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. Kunjungan ANC ke bidan atau dokter sedini mungkin dilakukan untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal (Padila, 2014 *dalam* Sylvianingsih, 2015).

Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) merupakan langkah identifikasi medis dan psikologis yang mungkin dapat mempengaruhi kesehatan maternal dan perinatal serta mengurangi adanya komplikasi tak terdeteksi yang dapat menyebabkan konsekuensi serius bagi ibu dan bayi (Potter, 2009 dalam Dewi, 2014). ANC juga merupakan wadah edukasi bagi ibu hamil dan keluarga mengenai pentingnya asupan makanan yang adekuat, mengurangi pekerjaan yang berat, serta dukungan emosional yang adekuat dari keluarga untuk ibu hamil (Fischer, 2012 dalam Dewi, 2014).

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat *preventif care* untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin. Pelayanan antenatal merupakan upaya kesehatan perorangan yang memperhatikan ketelitian dan kualitas pelayanan medis yang diberikan, agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman diperlukan kesiapan fisik dan mental ibu, sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes, 2007 dalam Sylvianingsih, 2015).

Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal dengan satu kali kunjungan selama trimester pertama, satu kali kunjungan selama trimester kedua dan dua kali kunjungan selama trimester ketiga (Saifuddin dkk., 2012). Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. Tabel dibawah ini memberikan garis-garis besarnya (Saifuddin dkk., 2012).

Tabel 2.5 Kunjungan ANC dan Informasi Penting

Kunjungan	Informasi penting
Trimester pertama (sebelum minggu ke-14)	<ul style="list-style-type: none"> • Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil • Mendeteksi masalah dan menanganinya • Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan • Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi • Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya)
Trimester kedua (sebelum minggu ke-28)	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai <i>preeklampsia</i> (gejala <i>preeklampsia</i> , pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)
Trimester ketiga (antara minggu ke 28-36)	Sama seperti diatas. Ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester ketiga (setelah 36 minggu)	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit
Dikutip dari Saifuddin dkk. (2012)	

Menurut Latifah (2012), riwayat kunjungan ANC dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

1. Terpenuhi, jika ibu pernah melakukan kunjungan ANC ≥ 4 kali
2. Tidak terpenuhi, jika ibu tidak melakukan kunjungan ANC atau ANC < 4 kali.

Keteraturan pelaksanaan *antenatal care* (ANC) ibu hamil dengan tenaga kesehatan adalah kunjungan yang dilakukan untuk memeriksa kehamilannya sebagai berikut: 1) Trimester I, kunjungan 1 kali; 2) Trimester II, kunjungan 1 kali; 3) Trimester III, kunjungan 2 kali (Depkes, 2010 dalam Puspitaningrum, 2015). Frekuensi kunjungan antenatalcare

menurut Depkes (2011) adalah minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III.

Tabel 2.6 Keteraturan Pelaksanaan ANC

Jika pasien melakukan kunjungan ANC pada:			
TM I	TM II	TM III	Keterangan
x	x	xx	Terpenuhi
x	xx	xx	Terpenuhi
x	x	x	Tidak Terpenuhi
x	-	xx	Tidak Terpenuhi
-	xx	xx	Tidak Terpenuhi
xx	-	xx	Tidak Terpenuhi

Dikutip dari Puspitaningrum (2015) dan Latifah (2012).

2.5 Dukungan Suami

2.5.1 Definisi Dukungan Suami

Dukungan adalah menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberikan dorongan/motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan (Chaplin, 2006 dalam Fithriany, 2011). Penilaian ibu tentang pemberian dukungan dari suami terhadap ibu terkait kehamilannya sangat penting untuk menentukan seberapa besar dukungan suami terhadap ibu hamil (Hargi, 2013). Ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dan kenyamanan. Dukungan bisa berasal dari berbagai pihak baik dari suami, orangtua, anak, teman, dan orang-orang disekelilingnya (Kusmiyati dkk., 2009).

Suami merupakan bagian dari anggota keluarga serta unit komunitas. Reaksi pertama seorang suami ketika mengetahui bahwa dirinya

akan menjadi seorang ayah adalah timbulnya kebanggaan atas kemampuannya mempunyai keturunan bercampur dengan keprihatinan akan kesiapannya menjadi seorang ayah dan menjadi pencari nafkah untuk keluarga. Seorang suami mungkin akan sangat memperhatikan keadaan istrinya yang hamil (Kamariyah dkk., 2014).

Dukungan suami pada saat kehamilan adalah segala sesuatu yang diperbuat suami dalam merespon kehamilan istrinya. Respon suami terhadap kehamilan istri yang dapat menyebabkan adanya ketenangan batin dan perasaan senang dalam istri. Wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama nifas. Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk meringankan beban kerja istri. Dukungan suami yang didapatkan calon ibu akan menimbulkan perasaan tenang, sikap positif terhadap diri sendiri dan kehamilannya, maka diharapkan ibu dapat menjaga kehamilannya dengan baik sampai saat persalinan (Simamora, 2013).

Dukungan suami masuk didalam lingkup dukungan sosial, dimana yang dimaksud dari dukungan sosial adalah bentuk dukungan dan hubungan yang baik untuk memberikan kontribusi penting pada kesehatan. Dukungan sosial yang dibutuhkan adalah berupa dukungan secara emosional yang mendasari tindakan. Hal tersebut akan membuat orang merasa diperhatikan, dicintai, dimuliakan dan dihargai (Fithriany, 2011).

Seorang suami dapat merasa ada jarak antara dia dengan pasangannya saat istrinya terus memusatkan perhatian pada kehamilannya, dapat terjadi kecemburuan. Banyak sekali pikiran dan kekhawatiran yang terlintas dalam pikiran ayah seperti halnya ibu. Seringkali pikiran ini terpusat pada kemampuan yang dapat diberikannya kepada keluarga besar. Namun, terdapat juga kekhawatiran dan pemikiran tentang seberapa baik dia mampu menjadi ayah dari anak yang baru dan memenuhi harapan ibu yang peran barunya sedang berkembang. Kehamilan membutuhkan banyak penyesuaian pada laki-laki sebagaimana juga pada wanita (Reeder *et al.*, 2013).

2.5.2 Jenis Dukungan Suami

Menurut Fithriany (2011) dan Rukiyah dkk. (2011) dalam Simamora (2013), ada beberapa jenis dukungan yang dapat diberikan suami sebagai calon ayah, secara rinci dijabarkan sebagai berikut:

1. Dukungan emosi (*Emotional*) yaitu suami sepenuhnya memberi dukungan secara psikologis kepada istrinya dengan menunjukkan kepedulian dan perhatian kepada kehamilannya serta peka terhadap kebutuhan dan perubahan emosi ibu. Rasa empati, cinta dan kepercayaan dari orang lain terutama suami sebagai motivasi.
2. Dukungan sarana (*Instrumental*) yaitu dukungan suami yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan fisik ibu hamil dengan bantuan keluarga lainnya. Instrumental menunjukkan ketersediaan sarana untuk memudahkan perilaku menolong orang yang menghadapi masalah berbentuk materi berupa pemberian kesempatan dan peluang waktu.

3. Dukungan informasi (*Informational*) yaitu dukungan suami dalam memberikan informasi yang diperolehnya mengenai kehamilan. *Informational* adalah dukungan yang berupa informasi, menambah pengetahuan seseorang dalam mencari jalan keluar atau memecahkan masalah seperti nasehat atau pengarahan.
4. Dukungan penilaian (*Appraisal*) yaitu memberikan keputusan yang tepat untuk perawatan kehamilan istrinya, pemberian penghargaan atas usaha yang dilakukan, memberikan umpan balik mengenai hasil atau prestasi yang dicapai serta memperkuat dan meninggikan perasaan harga diri dan kepercayaan akan kemampuan individu.

2.5.3 Peran dan Keterlibatan Suami

Dukungan dan peran serta suami dalam masa kehamilan terbukti meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan, bahkan juga produksi ASI (Simamora, 2013). Partisipasi suami yang dapat dilakukan :

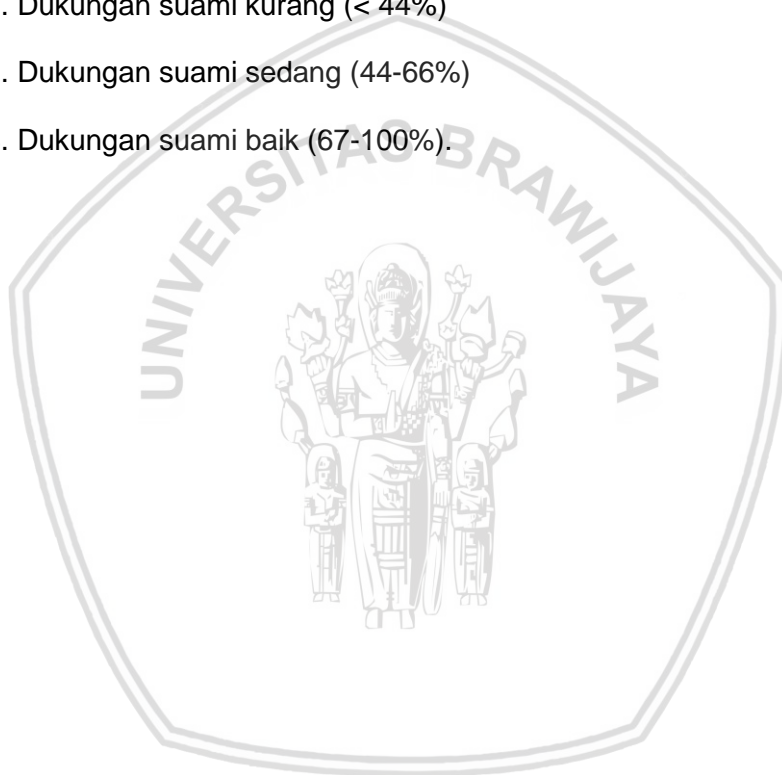
1. Membantu mempertahankan dan meningkatkan kesehatan istri yang sedang hamil
2. Memberikan perhatian dan kasih sayang kepada istri
3. Mengajak dan mengantar istri untuk memeriksa kehamilan kefasilitas kesehatan yang terdekat minimal 4 kali selama kehamilan
4. Memenuhi kebutuhan gizi bagi istrinya agar tidak terjadi anemia dan memperoleh istirahat yang cukup
5. Mempelajari gejala komplikasi pada kehamilan
6. Menyiapkan biaya melahirkan dan biaya transportasi

7. Melakukan rujukan kefasilitas yang lebih lengkap sedini mungkin (Simamora, 2013).

2.5.4 Pembagian Kategori Dukungan Suami

Menurut Kartika (2012), dukungan suami dibagi menjadi 3 kategori, antara lain:

1. Dukungan suami kurang (< 44%)
2. Dukungan suami sedang (44-66%)
3. Dukungan suami baik (67-100%).

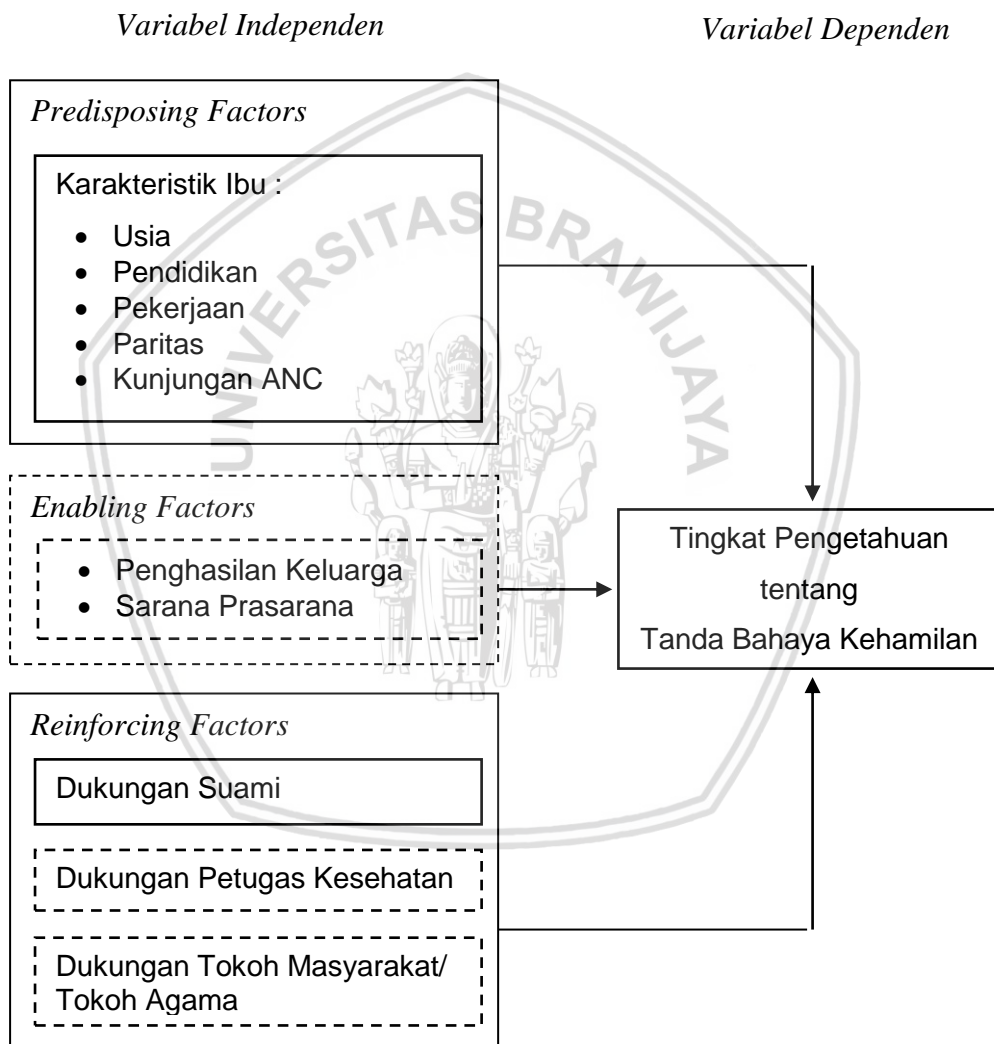


BAB 3

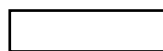
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

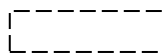
Berikut ini merupakan bagan kerangka konsep penelitian.



Keterangan:



: variabel yang diteliti



: variabel yang tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

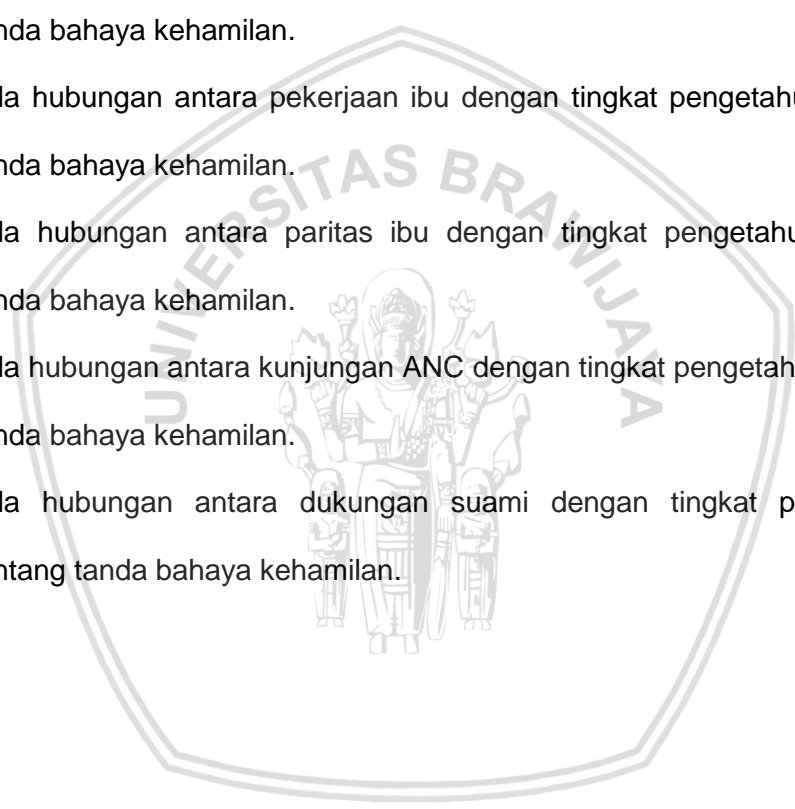


Kerangka dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Karakteristik ibu pada penelitian ini terdiri dari usia, pendidikan, status bekerja, paritas, dan kunjungan ANC. Karakteristik ibu menjadi faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor ini termasuk usia, pendidikan, status bekerja, dan lain-lain. Faktor pendorong (*enabling factors*) yaitu faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku. Hal ini berupa lingkungan fisik, sarana kesehatan ataupun sumber-sumber lainnya yang mendukung, dan keterjangkauan sumber atau fasilitas kesehatan. Faktor penguat (*reinforcing factors*) yaitu faktor yang dapat memberikan pengaruh kuat untuk berkelanjutan, dimana faktor ini juga menentukan apakah perilaku kesehatan mendapat dukungan atau tidak dari orang-orang terdekatnya termasuk dukungan suami. Dukungan suami pada saat kehamilan adalah segala sesuatu yang diperbuat suami dalam merespon kehamilan istrinya. Respon suami terhadap kehamilan istri yang dapat menyebabkan adanya ketenangan batin dan perasaan senang dalam istri. Dengan adanya faktor-faktor yang mempengaruhi keterampilan dan perilaku kesehatan tersebut akan memiliki dampak terhadap tingkat pengetahuan tanda bahaya kehamilan. Jika sejak awal anamnesa dilakukan deteksi dini faktor resikonya dan adanya pengetahuan yang baik tentang tanda bahaya kehamilan maka dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang telah diuraikan diatas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara usia ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
2. Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
3. Ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
4. Ada hubungan antara paritas ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
5. Ada hubungan antara kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
6. Ada hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional. Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* analitik dengan pendekatan kuantitatif yaitu melakukan pengukuran atau pengamatan terhadap variabel bebas (*independent*) dengan variabel tergantung (*dependent*) yang dilakukan dalam waktu yang sama (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di BPM Sumidyah pada bulan 29 Juli- 19 Agustus 2017.

4.2.2 Sampel Penelitian

4.2.2.1 Cara Pemilihan dan Jumlah Sampel

Teknik pengambilan sampel untuk penelitian ini menggunakan *quota sampling*. Jumlah sampel yang diambil sebanyak 32 ibu hamil, dengan alasan jumlah 30 adalah batas jumlah sedikit dan banyak dengan pengertian bahwa sampel ≥ 30 responden maka kurvanya akan mendekati kurva normal (Murti. 2006 *dalam* Haryanti, 2008).

4.2.2.2 Kriteria Sampel

Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah :

1. Ibu hamil yang dapat membaca dan menulis
2. Ibu hamil Trimester III
3. Suami ibu hamil tinggal dalam satu rumah

Kriteria eksklusi sampel dalam penelitian ini adalah :

1. Ibu hamil yang tidak bisa mengikuti penelitian atau mengundurkan diri
2. Ibu hamil Trimester III yang menderita penyakit kronis

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen (bebas) pada penelitian ini adalah karakteristik ibu (usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, riwayat kunjungan ANC) dan dukungan suami.

4.3.2 Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen (terikat) pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di tempat bidan praktek mandiri Ny. Sumidyah Ipung. Perkiraan waktu penelitian pada bulan 29 Juli- 19 Agustus 2017.

4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian

Bahan dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Kuesioner responden

Data yang dikumpulkan berupa data primer. Data primer dikumpulkan oleh peneliti sendiri yang diukur secara langsung pada responden. Dalam penelitian ini digunakan data primer dari hasil pengisian lembar kuisisioner yang berisi tentang tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dan dukungan suami.

2. Lembar penjelasan penelitian dan *Informed consent*

3. Alat tulis

Sebelum data diolah dan dianalisis, maka harus dipenuhi persyaratan analisis terlebih dahulu. Macam-macam uji persyaratan analisis meliputi uji validitas dan uji reliabilitas dengan asumsi bahwa data yang diperoleh valid dan reliabel.

4.5.1 Uji Validitas

Validitas merupakan suatu tingkatan yang mengukur karakteristik yang ada dalam fenomena didalam penyelidikan. Uji validitas digunakan untuk mengetahui tingkat kesahihan instrument yang digunakan. Perhitungan validitas kuesioner pada penelitian ini menggunakan program SPSS 16. Ada sebanyak 32 kuesioner yang kemudian dilakukan uji Validitas untuk setiap pernyataan dan pertanyaannya. Pengujian dilakukan menggunakan metode korelasi *Pearson* sehingga akan didapatkan r hitung. Nilai r hitung dianggap memenuhi syarat atau valid apabila lebih

dari r tabel yaitu 0.349 yang berasal dari jumlah kuisioner yang digunakan untuk uji validitas sejumlah 32 ($n= 32$) dengan nilai $\alpha= 0.05$.

Berdasarkan perhitungan uji instrument yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi yang digunakan adalah sebagai dasar uji validitas pada setiap pernyataan dari indikator dukungan Suami. Dari hasil uji validitas kuesioner dukungan suami, semua pernyataan yang berjumlah 16 pernyataan dikatakan valid semua.

Sedangkan berdasarkan perhitungan uji instrument yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa nilai koefisien korelasi yang digunakan adalah sebagai dasar uji validitas pada setiap pertanyaan dari indikator Tingkat Pengetahuan. Pertanyaan yang tidak valid adalah pertanyaan ketujuh, kedelapan, keduabelas, ketigabelas, dan kedelapanbelas. Jadi dapat disimpulkan ada 20 pertanyaan dari 25 pertanyaan yang dikatakan telah valid. Setelah dilakukan uji validitas, maka perlu dilakukan uji reliabilitas.

4.5.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas digunakan untuk mengukur ketepatan (konsisten) dari suatu alat ukur atau instrumen. Reliabilitas instrumen diperlukan untuk mendapatkan data sesuai dengan tujuan pengukuran. Untuk mencapai hal tersebut, dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan metode alpha Cronbach yang diukur berdasarkan skala alpha Cronbach 0 sampai 1. Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan range yang sama, maka nilai tingkat keandalan alpha Cronbach dapat diinterprestasikan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Tingkat Keandalan Alpha Cronbach

Nilai Alpha Cronbach	Tingkat Keandalan (Reliabel)
0,00 s.d. 0,20	Kurang Reliabel
0,21 s.d. 0,40	Agak Reliabel
0,42 s.d. 0,60	Cukup Reliabel
0,61 s.d. 0,80	Reliabel
0,81 s.d. 1,00	Sangat Reliabel

Dikutip dari Hair *et al.* (2010).

Hasil pengukuran harus reliabel dimana harus memiliki tingkat konsistensi dan kemantapan reliabel. Artinya, pada saat dipakai pada waktu dan tempat yang berbeda mempunyai kemampuan mengukur yang sama. Berdasarkan pengelompokan nilai *alpha Cronbach*, dapat disimpulkan bahwa instrument dapat dikatakan reliabel jika nilai *alpha cronbach* > 0.6.

Perhitungan uji reliabilitas dengan didasarkan pada nilai Alpha Cronbach. Reliabel apabila nilai Alpha Cronbach lebih dari batas = 0.6 dan sebaliknya. Nilai Alpha Cronbach dari indikator Dukungan Suami dan Tingkat Pengetahuan adalah sebesar 0.718 dan 0.731. Oleh karena ada nilai Alpha Cronbach tersebut lebih dari batas 0.6 maka indikator Dukungan Suami dan Tingkat Pengetahuan reliabel. Pengujian reliabilitas dimaksudkan untuk mengetahui konsistensi dari pertanyaan pada kuisisioner yang disebarakan.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional tercantum dalam tabel 4.1 dan tabel 4.2, yaitu:

Tabel 4.2 Definisi Operasional pada Variabel Independen

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Catatan tentang Rencana Analisis	Skala Ukur
Karakteristik Ibu (Variabel Independen)				
Usia	Usia ibu yang terhitung sejak dilahirkan sampai dengan saat mengisi kuesioner penelitian, dalam satuan tahun (Agustini, 2012)	Kuesioner	Kategori: 1. Reproduksi tidak sehat: usia < 20 tahun atau > 35 tahun 2. Reproduksi sehat: usia 20-35 tahun (Sukesih, 2012)	Nominal
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah diselesaikan ibu pada saat penelitian ini (Agustini, 2012)	Kuesioner	Kategori: 1. Pendidikan rendah: tidak sekolah, SD, SMP) 2. Pendidikan tinggi: SMA, Akademi/PT (Agustini, 2012)	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan ibu untuk memperoleh penghasilan guna memenuhi kebutuhan hidupnya dan keluarga sehari-hari (Agustini, 2012)	Kuesioner	Kategori : 1. Tidak Bekerja 2. Bekerja (Agustini, 2012)	Nominal
Paritas	Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan bayi <i>viable</i> yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (Nurwanti, 2011).	Kuesioner	Kategori: 1. Nullipara (0 kali) 2. Primipara (1 kali) 3. Multipara (2-4 kali) 4. Grandemultipara (5 kali atau lebih) (Widiantari, 2015)	Nominal
Riwayat Kunjungan ANC	Pemeriksaan kesehatan yang dijalani ibu semasa kehamilannya. Jumlah kunjungan ANC yang dilakukan oleh ibu minimal 4 kali selama masa kehamilannya, dengan frekuensi minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III (Latifah, 2012; Depkes, 2011)	Kuesioner	1. Tidak Terpenuhi Jika ibu tidak melakukan kunjungan ANC atau ANC < 4 kali dan jumlah kunjungan tidak sesuai dengan standart 2. Terpenuhi Jika ibu pernah melakukan kunjungan ANC \geq 4 kali dan jumlah kunjungan sesuai dengan standart (Latifah, 2012; Depkes, 2011)	Ordinal

Dukungan Suami	Penilaian ibu tentang pemberian dukungan dari suami terhadap ibu terkait kehamilannya (Hargi, 2013)	Kuesioner	Kategori : 1. Dukungan suami kurang (< 44%) 2. Dukungan suami sedang (44-66%) 3. Dukungan suami baik (67-100%) (Kartika, 2012)	Ordinal
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Tabel 4.3 Definisi Operasional pada Variabel Dependen

Variabel	Definisi	Catatan tentang Rencana Analisis	Skala Ukur
Tingkat Pengetahuan (Variabel Dependen)			
Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan	Pemahaman responden mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan dan faktor resiko yang dapat menyebabkan timbulnya tanda bahaya dalam kehamilan (Agustini, 2012)	Kuesioner Alat Ukur: Kuesioner Kategori : 1. Kurang (<60%) 2. Cukup (60-80%) 3. Baik (>80%) (Agustini, 2012)	Ordinal

4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data

Prosedur dalam penelitian ini antara lain :

1. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian dari pihak Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dan BPM Sumidyah Ipung.
2. Peneliti menjelaskan prosedur penelitian, tujuan penelitian serta memberikan *informed consent* kepada responden.
3. Peneliti melakukan proses pengumpulan data yang dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner secara langsung kepada responden sesuai dengan ketentuan kriteria inklusi. Sebelum digunakan untuk penelitian, kuesioner yang digunakan sudah diuji validitasnya.
4. Responden selanjutnya diminta mengisi kuisisioner. Kuisisionernya mengenal identitas ibu, dukungan suami dan pengetahuan tentang

tanda bahaya kehamilan. Responden yang telah selesai mengisi kuisioner secara lengkap, langsung dikumpulkan kepada peneliti.

5. Peneliti mengecek kembali kelengkapan kuisioner yang telah diisi oleh responden dan melengkapi kekurangan dengan memberikan penjelasan kembali pada responden yang belum jelas, dipandu oleh peneliti.
6. Peneliti mengelola dan menganalisa hasil penelitian.
7. Peneliti membahas dan menarik kesimpulan dari penelitian ini.

4.8 Analisis Data

Analisis data adalah kegiatan mengubah data hasil penelitian menjadi informasi yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan penelitian. Cara pengambilan kesimpulan dapat dengan estimasi atau uji hipotesis (Sulistyaningsih, 2011). Penelitian ini memiliki 6 variabel. Hubungan antara variabel-variabel yang berskala numerik dianalisis dengan uji Korelasi Spearman. Variabel-variabel yang berskala nominal maupun ordinal, seperti pendidikan dan pekerjaan akan dianalisis dengan menggunakan Uji Chi-Square.

4.8.1 Analisis Data Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan/mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat ini digunakan untuk memberikan gambaran tiap variabel secara tersendiri, yaitu karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

4.8.2 Analisis Data Bivariat

Apabila telah dilakukan analisis univariat tersebut di atas, hasilnya akan diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel, dan dapat dilanjutkan analisis bivariat. Analisis Bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Dalam analisis bivariat ini dilakukan beberapa tahap, antara lain:

- a. Analisis proporsi atau presentase, dengan membandingkan distribusi silang antara dua variabel yang bersangkutan.
- b. Analisis uji *statistic* (Chi Square). Melihat dari hasil uji statistik ini akan dapat disimpulkan adanya hubungan variabel tersebut bermakna atau tidak bermakna (Notoatmodjo, 2010).

4.9 Pengolahan Data

Langkah-Langkah pengolahan data dilakukan melalui 5 tahap, yaitu :

1. *Editing*

Data *editing* adalah kegiatan memeriksa data, kelengkapan, kebenaran pengisian data, keseragaman ukuran, keterbatasan tulisan dan konsistensi data berdasarkan tujuan penelitian (Sulistyaningsih, 2011). Peneliti melakukan pengecekan isian formulir atau kuisisioner tentang kelengkapan pengisian jawaban, jawaban dapat terbaca jelas, dan jawaban relevan dengan pertanyaannya. Editing langsung dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga peneliti dapat langsung melengkapi kekurangan yang ada (Notoatmodjo, 2010).

2. **Coding**

Coding adalah pemberian kode pada data yang berskala nominal dan ordinal. Kodenya berbentuk angka/numerik/nomor, bukan simbol karena hanya angka yang dapat di olah secara stastik dengan bantuan program komputer. Data berskala interval dan ratio tidak perlu diberi pengkodean karena sudah dalam bentuk angka (Sulistyaningsih, 2011). Peneliti melakukan pengkodean jawaban responden dengan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan untuk kemudian digunakan dalam pengolahan data. Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah dalam melakukan tabulasi dan analisa data (Notoatmodjo, 2010). Pemberian kode dalam penelitian, sebagai berikut:

- a. Responden 1 diberi kode 1, responden 2 diberi kode 2, responden 3 diberi kode 3 dan seterusnya
- b. Karakteristik ibu :
 1. Usia : reproduksi tidak sehat (1), reproduksi sehat (2)
 2. Pendidikan : pendidikan rendah (1), pendidikan tinggi (2)
 3. Pekerjaan : tidak bekerja (1), bekerja (2),
 4. Paritas : nullipara (1), primipara (2), multipara (3), grandemultipara (4)
 5. Riwayat kunjungan antenatal: tidak terpenuhi (1), terpenuhi (2)
- c. Dukungan suami : dukungan suami kurang (1), dukungan suami sedang (2), dukungan suami baik (3).
- d. Untuk hasil interpretasi kuisisioner tentang tingkat pengetahuan diberi kode 1 jika tingkat pengetahuan kurang , kode 2 jika tingkat pengetahuan cukup , dan kode 3 jika tingkat pengetahuan baik.

3. Scoring

Setelah data terkumpul, dilakukan pemberian skor penilaian (Arikunto, 2010). Pada kuesioner dukungan sosial suami di beri skor 4 jika jawabannya selalu, skor 3 jika jawabannya sering, skor 2 jika jawabannya kadang-kadang, dan diberi skor 1 jika jawabannya tidak pernah. Sedangkan untuk kuesioner tingkat pengetahuan diberi skor 2 jika jawabannya benar dan diberi skor 0 jika jawabannya salah.

Hasil jawaban dari kuesioner dukungan sosial suami dan tingkat pengetahuan ibu hamil dijumlah berdasarkan setiap subskala dan kemudian jumlah dari masing-masing subskala ditotal dan dibandingkan dengan skor tertinggi lalu dikalikan 100%. Rumus yang digunakan adalah:

$$N = \frac{sp}{sm} \times 100\%$$

Keterangan :

N : nilai presentase

sm : skor maksimal

sp : skor yang diperoleh

Setelah hasil dari tiap-tiap responden didapatkan, selanjutnya dilakukan klasifikasi sebagai berikut :

a. Dukungan sosial suami

Dukungan suami kurang = < 44 %

Dukungan suami sedang = 44-66 %

Dukungan suami baik = 67-100 %

b. Tingkat Pengetahuan ibu hamil

Kurang = <60%

Cukup = 60-80%

Baik = >80%

4. Data Entry

Data entry adalah memasukkan data yang telah dikode ke dalam program komputer (Sulistyaningsih, 2011). Dengan memasukkan data ke dalam program pengolahan data untuk kemudian dilakukan analisis data dengan menggunakan program statistik dalam komputer yaitu Software *SPSS 16 for windows*. Setelah melakukan pengkodean, peneliti memasukkan data ke dalam program pengolah data statistik (Notoatmodjo, 2010).

5. Cleaning

Data *cleaning* adalah proses pembersihan data sebelum di olah secara statistik, mencakup pemeriksaan konsistensi dan perawatan respon yang hilang, tidak konsisten secara logis, atau punya nilai extreme. Data tersebut lebih baik tidak digunakan dalam analisis data karena akan merusak data yang ada (Sulistyaningsih, 2011). Pengecekan kembali data yang sudah di entry untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya. Kemudian dilakukan koreksi (Notoatmodjo, 2010)

4.10 Etika Penelitian

Penelitian kebidanan seringkali berhubungan langsung dengan manusia sehingga masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian dan harus diperhatikan (Hidayat, 2010). Masalah etika penelitian yang harus diperhatikan sebagai berikut:

1. Prinsip menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for person*)

Peneliti menghormati setiap keputusan yang diambil oleh responden jika data-data atau rekam medik yang terkait dengan dirinya tidak mau dipergunakan untuk penelitian karena alasan privasi. Setiap responden memperoleh kebebasan dalam memutuskan kesediaannya menjadi responden penelitian tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

2. Prinsip berbuat baik (*beneficence*)

Peneliti senantiasa berbuat baik kepada setiap responden baik sebelum, selama, maupun sesudah proses penelitian. Peneliti akan menjaga dengan baik kerahasiaan data-data dari responden yang diambil dari kuesioner yang disebar. Pada prinsip berbuat baik, manfaat suatu tindakan lebih besar daripada resiko yang mungkin terjadi.

3. Prinsip tidak merugikan (*non maleficence*)

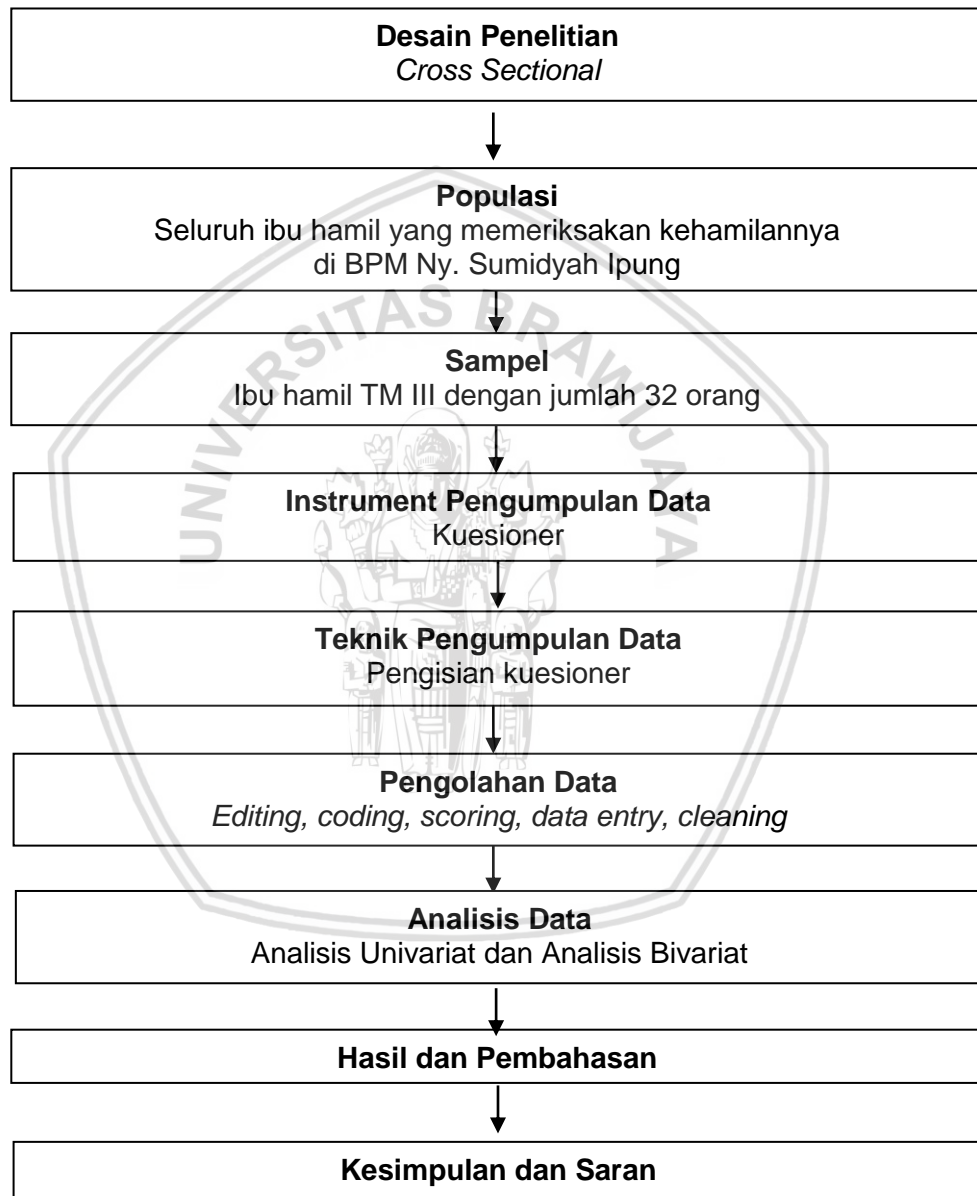
Penelitian ini tidak akan merugikan subjek penelitian karena peneliti hanya menganalisis data-data primer dari kuesioner tanpa memberikan intervensi apapun. Dalam hal penelitian ini, diusahakan semaksimal mungkin agar responden tidak terpapar oleh perlakuan yang akan merugikan jiwa maupun kesehatan dan kesejahteraannya.

4. Prinsip Keadilan (*justice*)

Peneliti memberikan perlakuan yang sama terhadap setiap responden yang masuk kriteria inklusi dalam setiap situasi yang sama, artinya menekankan persamaan dan kebutuhan, bukannya kekayaan, kedudukan, sosial dan politik. Responden berhak diperlakukan secara adil tanpa ada diskriminasi selama keikutsertaan responden dalam proses penelitian.

4.11 Kerangka Kerja

Kerangka kerja (*Frame Work*) adalah tahapan atau langkah-langkah kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kerangka kerja dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Analisis Univariat

Hasil penelitian ini akan memberikan gambaran secara umum mengenai hasil pengumpulan data yang dilakukan pada tanggal 29 Juli - 19 Agustus 2017 di BPM Sumidyah Ipung. Lokasi tempat penelitian tersebut berada di Jl. Plaosan Barat no. 21, Kelurahan Purwodadi Kecamatan Blimbing Kota Malang. Data yang digunakan adalah data primer yang diambil secara langsung oleh peneliti dari 32 responden dengan menggunakan kuesioner penelitian. Data responden yang terdapat pada lembar kuesioner, dikelompokkan sesuai dengan kriteria yang ada. Data yang diperoleh memuat tentang karakteristik ibu (usia, pendidikan, pekerjaan, paritas dan kunjungan ANC), dukungan suami dan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Setelah itu dilakukan analisis data sampai diperoleh hasil penelitian.

5.1.1 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil pengambilan data yang telah dilakukan, usia ibu dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu usia reproduksi sehat (20-35 tahun) dan usia reproduksi tidak sehat (< 20 tahun atau > 35 tahun). Persentase usia ibu yang telah dikelompokkan dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
Reproduksi sehat	23	71,9
Reproduksi tidak sehat	9	28,1
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.1, diperoleh data bahwa dari 32 responden yang diteliti, frekuensi tertinggi usia ibu adalah dalam kategori usia reproduksi sehat sebanyak 23 ibu (71,9%) dan frekuensi terendah usia ibu adalah dalam kategori reproduksi tidak sehat sebanyak 9 ibu (28,1%).

5.1.2 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil pengambilan data yang telah dilakukan, pendidikan ibu dikategorikan menjadi 2, yaitu pendidikan rendah (tidak sekolah, SD, SMP) dan pendidikan tinggi (SMA, Akademi/Perguruan Tinggi). Persentase pendidikan ibu yang telah dikelompokkan dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	12	37,5
Tinggi	20	62,5
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.2, diperoleh data frekuensi terbanyak yaitu pada tingkat pendidikan tinggi sebanyak 20 ibu (62,5%) dan frekuensi terendah pada tingkat pendidikan rendah sebanyak 12 ibu (37,5%).

5.1.3 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan ibu dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja. Persentase pada masing-masing status pekerjaan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Berdasarkan Pekerjaan

Status Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Bekerja	14	43,8
Tidak Bekerja	18	56,2
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.3, pekerjaan dengan frekuensi tertinggi adalah ibu tidak bekerja yaitu sebanyak 18 ibu (56,2%). Sedangkan frekuensi pekerjaan yang paling sedikit yaitu ibu bekerja sebanyak 14 ibu (43,8%).

5.1.4 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Paritas

Paritas ibu dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu nullipara, primipara, dan multipara. Persentase pada masing-masing paritas dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Berdasarkan Paritas

Paritas	Frekuensi	Persentase
Nullipara	13	40,6
Primipara	10	31,2
Multipara	9	28,1
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.4, jenis paritas dengan frekuensi tertinggi adalah ibu dengan paritas nullipara sejumlah 13 ibu (40,6%) dan frekuensi terendah adalah ibu dengan paritas multipara sejumlah 9 ibu (28,1%).

5.1.5 Distribusi Karakteristik Ibu berdasarkan Riwayat Kunjungan ANC

Berdasarkan hasil pengambilan data yang telah dilakukan, riwayat kunjungan ANC dibagi menjadi dua, yaitu terpenuhi dan tidak terpenuhi. Persentase riwayat kunjungan ANC yang telah dikelompokkan dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Berdasarkan Riwayat Kunjungan ANC

Riwayat Kunjungan ANC	Frekuensi	Persentase (%)
Terpenuhi	28	87,5
Tidak Terpenuhi	4	12,5
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh data frekuensi riwayat kunjungan ANC tertinggi yaitu pada kategori terpenuhi sebanyak 28 ibu (87,5%). dan terendah yaitu pada kategori tidak terpenuhi sebanyak 4 ibu (12,5%).

5.1.6 Distribusi Dukungan Suami

Persentase dukungan suami yang telah dikelompokkan dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.6 Dukungan Suami

Dukungan Suami	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Suami Sedang	6	18,8
Dukungan Suami Baik	26	81,2
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.6 diperoleh data frekuensi dukungan suami tertinggi yaitu dukungan suami baik sebanyak 26 ibu (81,2%) dan frekuensi terendah pada dukungan suami sedang sebanyak 6 ibu (18,8%).

5.1.7 Distribusi Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tingkat pengetahuan dalam penelitian ini dibedakan menjadi tiga kategori yaitu kurang, cukup, baik. Persentase tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan yang telah dikelompokkan dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.7 Tingkat Pengetahuan

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	10	31,2
Cukup	8	25,0
Baik	14	43,8
Total	32	100

Berdasarkan tabel 5.7 diperoleh data frekuensi tingkat pengetahuan tertinggi yaitu kategori tingkat pengetahuan baik sebanyak 14 ibu (43,8%) dan frekuensi tingkat pengetahuan terendah adalah tingkat pengetahuan cukup sebanyak 8 ibu (25,0%).

5.2 Analisis Bivariat

Proses pengujian hipotesis pada penelitian ini menggunakan program SPSS 16 dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$), ketentuannya apabila nilai probabilitas *Chi Square p value* $> 0,05$ maka tidak ada hubungan antar dua variabel, sebaliknya apabila nilai probabilitas *Chi Square p value* $< 0,05$ maka ada hubungan antara dua variabel.

5.2.1 Hubungan antara Usia Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Distribusi responden penelitian jika ditinjau dari tingkat pengetahuan berdasarkan usia adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Usia

Usia	Tingkat Pengetahuan						Total	p value
	Kurang		Cukup		Baik			
	N	%	N	%	N	%		
Reproduksi sehat	9	28,1	0	0	0	0	9	71,9
Reproduksi tidak sehat	1	3,1	8	25	14	43,8	23	28,1
Total	10	31,2	8	25	14	43,8	32	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan frekuensi tertinggi adalah dengan hasil baik yaitu sebanyak 14 ibu (43,8%), dan sebagian besar pada usia reproduksi sehat sebanyak 23 ibu (28,1%). Ibu yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak ditemukan

pada kelompok usia reproduksi sehat sebanyak 14 ibu (43,8%). Hasil analisis data antara usia dengan tingkat pengetahuan menunjukkan p value 0,000 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

5.2.2 Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tabel 5.9 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Tingkat Pengetahuan						Total		p value
	Kurang		Cukup		Baik		N	%	
Rendah	N	%	N	%	N	%	N	%	0,037
Tinggi	7	21,9	2	6,2	3	9,4	12	37,5	
Total	3	9,4	6	18,8	11	34,4	20	62,5	
	10	31,2	8	25,0	14	43,8	32	100,0	

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan frekuensi tertinggi adalah dengan hasil baik yaitu sebanyak 14 ibu (43,8%), dan sebagian besar pendidikan adalah pendidikan tinggi sebanyak 20 ibu (62,5%). Ibu yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak ditemukan pada kelompok pendidikan tinggi sebanyak 11 ibu (34,4%). Hasil uji statistik antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,037 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

5.2.3 Hubungan antara Pekerjaan Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tabel 5.10 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Tingkat Pengetahuan						Total		p value
	Kurang		Cukup		Baik		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Tidak Bekerja	9	28,1	4	12,5	5	15,9	18	56,2	0,028
Bekerja	1	3,1	4	12,5	9	28,1	14	43,8	
Total	10	31,2	8	25,0	14	43,8	32	100,0	

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan frekuensi tertinggi adalah dengan hasil baik yaitu sebanyak 14 ibu (43,8%), dan sebagian besar tidak bekerja sebanyak 18 ibu (56,2%). Ibu yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak ditemukan pada kelompok ibu yang bekerja sebanyak 9 ibu (28,1%). Hasil uji statistik antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,028 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

5.2.4 Hubungan antara Paritas Ibu dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tabel 5.11 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Paritas

Paritas	Tingkat Pengetahuan						Total		p value
	Kurang		Cukup		Baik		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Nullipara	3	9,4	5	15,6	5	15,6	13	40,6	0,049
Primipara	1	3,1	3	9,4	6	18,8	10	31,2	
Multipara	6	18,8	0	0	3	9,4	9	28,1	
Total	10	31,2	8	25,0	14	43,8	32	100,0	

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan frekuensi tertinggi adalah dengan hasil baik yaitu sebanyak 14 ibu (43,8%), dan sebagian besar paritas yaitu nullipara sebanyak 13 ibu (40,6%).

Ibu yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak ditemukan pada kelompok ibu dengan primipara sebanyak 6 ibu (18,8%). Hasil uji statistik antara paritas dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,049 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

5.2.5 Hubungan antara Riwayat Kunjungan ANC dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tabel 5.12 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan ANC

Kunjungan ANC	Tingkat Pengetahuan						Total		p value
	Kurang		Cukup		Baik		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Terpenuhi	6	18,8	8	25,0	14	43,8	28	87,5	0,007
Tidak Terpenuhi	4	12,5	0	0	0	0	4	12,5	
Total	10	31,2	8	25,0	14	43,8	32	100,0	

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan frekuensi tertinggi adalah dengan hasil baik yaitu sebanyak 14 ibu (43,8%), dan sebagian besar riwayat kunjungan ANC terpenuhi sebanyak 28 ibu (87,5%). Ibu yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak ditemukan pada kelompok ibu dengan riwayat kunjungan ANC terpenuhi sebanyak 14 ibu (43,8%). Hasil uji statistik antara riwayat kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,007 yang berarti tidak signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara riwayat kunjungan ANC ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

5.2.6 Hubungan antara Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tabel 5.18 Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Usia

Dukungan Suami	Tingkat Pengetahuan						Total		p value
	Kurang		Cukup		Baik		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Sedang	5	15,6	1	3,1	0	0	6	18,8	0,007
Baik	5	15,6	7	21,9	14	43,8	26	81,2	
Total	10	31,2	8	25,0	14	43,8	32	100,0	

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan dengan frekuensi tertinggi adalah dengan hasil baik yaitu sebanyak 14 ibu (43,8%), dan sebagian besar ibu memiliki dukungan suami yang baik yaitu sebanyak 26 ibu (81,2%). Ibu yang memiliki pengetahuan yang baik lebih banyak ditemukan pada kelompok ibu yang memiliki dukungan suami baik sebanyak 14 ibu (43,8%). Hasil uji statistik antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,007 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan antara Usia dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Pada penelitian saat ini, karakteristik usia pada ibu hamil dibagi menjadi 2 kategori, yaitu usia reproduksi sehat (usia 20-35 tahun) dan usia reproduksi tidak sehat (usia <20 tahun atau >35 tahun). Hasil penelitian di BPM Sumidyah Ipung menunjukkan bahwa rata-rata usia ibu paling banyak dalam kategori usia reproduksi sehat sebanyak 23 orang (71,9%). Usia dapat menstimulasi penalaran dan daya tangkap seseorang. Jika usia ibu semakin bertambah, maka penalaran dan daya tangkapnya akan semakin tumbuh dan berkembang. Hal tersebut merupakan hal positif jika banyak ibu yang hamil dalam kategori usia reproduksi sehat dengan batasan usia 20-35 tahun, yang menunjukkan adanya peningkatan kesadaran para ibu dalam merencanakan kehamilannya jika dilihat dari segi usia (Widiantari, 2015).

Hasil analisis data didapatkan nilai p value 0,000 yang berarti signifikan pada hubungan antara usia dengan tingkat pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan karena nilai p value kurang dari 0,05. Hasil tersebut membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Sulyani (2013) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,017 ($p < 0,05$). Hasil penelitian lainnya dari Astuti (2011) juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan ada hubungan antara usia dengan tingkat pengetahuan

tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,001 ($p < 0,05$). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Sukesih (2012) yang menunjukkan bahwa ibu hamil yang berusia 20-35 tahun (usia reproduksi sehat) berpeluang 7,3 kali untuk mempunyai pengetahuan lebih baik mengenai tanda bahaya kehamilan dibandingkan dengan yang berusia < 20 tahun atau > 35 tahun (Sukesih, 2012).

Semakin bertambah usia maka semakin bertambah pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin baik. Namun beberapa teori berpendapat bahwa pada usia tertentu, kemampuan memahami dan mengingat pengetahuan akan berkurang. Beberapa teori berpendapat tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Jadi dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia (Agustini, 2012).

Seseorang yang hamil saat berusia masih muda mempunyai daya tangkap yang baik ketika memperoleh suatu informasi ataupun pengetahuan teraktual dan baru. Tetapi jika usianya kurang dari duapuluh tahun yang tergolong masih sangat muda mempunyai kesiapan yang kurang dalam mengatasi dan merawat dirinya sendiri ataupun janin yang dikandungnya sehingga seringkali terlalaikan penjagaan dalam menjalani masa kehamilannya (Widiantari, 2015).

Menurut Rogers, menerangkan bahwa usia yang lebih muda mempunyai kemampuan lebih cepat dalam menerima inovasi baru. Tetapi, usia yang terlalu muda (< 20 tahun) belum mempunyai kesiapan secara fisik dan psikologis dalam menghadapi kehamilan, sehingga perawatan selama

kehamilan sering terabaikan, karena tidak adanya keinginan untuk mencari pengetahuan mengenai kehamilannya. Sedangkan usia terlalu tua (> 35 tahun) bisa merasa bahwa dirinya telah terlatih dan mempunyai pengalaman yang lebih sehingga menjadikan ibu hamil tersebut kurang mempunyai kemauan dalam mendapatkan informasi-informasi yang baru seputar kehamilannya (Sukesih, 2012). Disisi lain, seseorang yang usianya lebih dari 35 tahun akan mengalami penurunan kemampuan dalam menerima suatu informasi ataupun pengetahuan karena faktor semakin bertambahnya usia. Pada usia > 35 tahun, fungsi organ reproduksi mengalami penurunan sehingga dapat menambah resiko terjadinya kegawatdaruratan dan komplikasi seperti persalinan lama, perdarahan dan cacat bawaan (Widiantari, 2015). Sehingga pada hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa usia dapat mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang (Agustini, 2012).

6.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Pendidikan menggambarkan suatu usaha dalam meningkatkan ataupun memperbaiki potensi kemampuan dalam berpikir manusia untuk lebih bisa maju dan berkembang dalam menjalani kehidupan. Pada penelitian ini, pendidikan dibagi menjadi dua kategori, yaitu pendidikan rendah dan pendidikan tinggi. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi sebanyak 20 orang (62,5%) (Sukesih, 2012).

Pendidikan merupakan suatu upaya meningkatkan sumber daya manusia berkualitas yang dapat mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok dan masyarakat. Tingginya tingkat pengetahuan akan mempengaruhi upaya pencegahan dan kesadaran akan perlunya sikap untuk hidup sehat (Notoadmodjo, 2007 *dalam* Widiantari, 2015). Pendidikan mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi penalaran atau pola pikir seseorang sehingga dapat mendewasakan seseorang melalui suatu usaha dalam bentuk pelatihan ataupun pengajaran baik pada jenjang pendidikan formal ataupun informal. Untuk jenjang pendidikan formal bisa diartikan sebagai suatu bentuk penyampaian ilmu berupa materi yang diberikan oleh para pendidik kepada para anak didiknya. Pendidikan dapat mempengaruhi persepsi seseorang dalam mengambil keputusan dan bertindak (Sukesih, 2012).

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hasil uji statistik antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,037 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hasil tersebut membuktikan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Sulyani (2013) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,007 ($p < 0,05$). Hasil penelitian lainnya dari Astuti (2011) juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,001 ($p < 0,05$). Penelitian lainnya juga memberikan kesimpulan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan

tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,015 ($p < 0,05$) (Wulandari, 2014). Ibu hamil yang berpendidikan tinggi berpeluang 8,1 kali mempunyai pengetahuan lebih baik mengenai tanda bahaya kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil yang berpengetahuan rendah (Sukesih, 2012).

Pendidikan merupakan pemicu utama kemauan seorang ibu hamil untuk mencari tahu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan (Sulyani, 2013). Pendidikan akan berpengaruh terhadap cara berfikir dalam pengambilan keputusan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan, maka semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin baik pula pengetahuan kesehatan. Tingkat pendidikan yang tinggi mempunyai pengaruh yang baik dalam mempermudah ibu hamil untuk menerima informasi-informasi yang baru karena bisa lebih cepat memahaminya. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka diharapkan semakin baik pula pengetahuan ibu hamil dalam mengenal dan memahami tanda bahaya kehamilan. Ibu dan keluarga dapat lebih mudah mengenali tanda bahaya kehamilan yang muncul dan menerapkan respon yang cepat untuk segera ke tenaga kesehatan jika terjadi tanda bahaya kehamilan (Sukesih, 2012). Sedangkan pendidikan rendah walaupun sudah ada sarana yang baik namun belum tentu dipergunakan, hal ini disebabkan seorang pendidikan rendah tidak peduli terhadap program kesehatan sehingga tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi (Widiantari, 2015).

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi daya pikir seseorang untuk dapat menerima segala informasi dari lingkungan sekitarnya (Sukesih, 2012). Pendidikan yang tinggi atau baik dapat memperluas ilmu

pengetahuan ibu hamil. Ibu hamil yang berpendidikan tinggi mempunyai kepedulian yang lebih besar dalam menjaga kehamilannya terutama untuk mengetahui tanda bahaya kehamilan sebagai upaya mencegah timbulnya komplikasi dalam kehamilan. Sementara itu, jika seorang ibu hamil yang mempunyai pendidikan rendah maka dapat mengakibatkan terhambatnya atau kurangnya pengetahuan atau informasi yang bisa diperoleh pada tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Sukesih, 2012). Jadi, semakin tinggi pendidikan maka akan semakin mudah seseorang dalam menerima informasi sehingga lebih mudah untuk meningkatkan pengetahuannya tentang tanda bahaya kehamilan (Wulandari, 2014).

6.3 Hubungan antara Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Bekerja merupakan aktivitas pokok yang dilakukan dengan rutin untuk menunjang kebutuhan rumah tangga. Status pekerjaan akan memudahkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, ibu hamil tetap bekerja dan tidak merubah pola bekerja sehari-hari (Widiantari, 2015). Untuk keperluan analisis data, pekerjaan dideskripsikan dengan kategori bekerja dan tidak bekerja. Pada penelitian saat ini membuktikan bahwa sebagian besar ibu hamil memilih untuk tidak bekerja yaitu sebanyak 18 ibu (56,2%). Hal tersebut menjelaskan bahwa sebagian besar ibu hamil menjalani perannya secara penuh sebagai seorang istri yang mengurus segala keperluan rumah tangga dan sebagai ibu yang mengasuh dan mendidik anaknya. Dalam sebuah keluarga biasanya terdapat pembagian peranan, dimana seorang suami sebagai kepala keluarga mempunyai tugas mencari nafkah untuk

kebutuhan hidup sehari-hari, sedangkan seorang istri sebagai pengurus segala keperluan rumah tangga dalam keluarganya (Sukesih, 2012).

Hasil uji statistik antara pekerjaan dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,028 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hasil tersebut membuktikan bahwa ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Sebagian besar ibu hamil tidak bekerja artinya mereka mempunyai waktu yang cukup banyak yang dapat digunakan untuk mencari informasi seputar kehamilan sehingga pengetahuannya menjadi baik (Kamidah, 2013). Namun, tidak semua ibu yang tidak bekerja mempunyai waktu luang untuk mendapatkan informasi. Hal ini mungkin dikarenakan ibu cenderung untuk mengurus urusan rumah tangga. Selain itu, hal ini juga bergantung pada keinginan ibu untuk mendapatkan informasi tersebut (Damanik, 2015).

Wanita seringkali meneruskan bekerja selama kehamilan. Jenis pekerjaan, tingkat aktivitas fisik, risiko lingkungan atau bahaya pekerjaan, dan masalah obstetri atau medis wanita mempengaruhi apakah dan berapa lama dia harus melanjutkan bekerja selama kehamilan. Jika tidak ada faktor risiko, kerja tidak meningkatkan komplikasi di akhir kehamilan, kelahiran prematur, atau kelahiran bayi berat lahir rendah (Reeder *et al.*, 2013). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pekerjaan atau aktivitas bagi ibu hamil adalah apakah aktivitasnya berisiko bagi kehamilan. Contoh aktivitas yang berisiko bagi ibu hamil adalah aktivitas yang meningkatkan stress, berdiri lama sepanjang hari, mengangkat sesuatu yang berat, paparan terhadap suhu atau kelembaban yang ekstrim tinggi atau rendah, pekerjaan dengan paparan radiasi (Kusmiyati dkk., 2009). Wanita menghadapi banyak tuntutan

di rumah dan di tempat kerja yang dapat menciptakan konflik peran. Rata-rata wanita di seluruh dunia bekerja 80 jam setiap minggu di rumah dan di tempat kerja. Sedangkan rata-rata pria bekerja 50 jam setiap minggu (Reeder *et al.*, 2013). Wanita yang dalam pekerjaannya perlu berdiri dalam waktu lama, berulang kali membungkuk dan menekuk, menaiki tangga atau tangga, dan mengangkat benda berat mengalami lebih banyak *infark* plasenta, abortus spontan, dan bayi lahir dengan berat badan rendah (Reeder *et al.*, 2013).

Ibu hamil yang setiap harinya tidak sibuk dengan rutinitas pekerjaan mempunyai peluang lebih banyak untuk datang memeriksakan kehamilannya dan mendapatkan informasi tentang kesehatan seputar kehamilannya. Sementara itu, untuk ibu hamil yang bekerja diluar rumah seringkali tidak mempunyai lebih banyak waktu untuk memeriksakan kehamilan sehingga mempunyai pengetahuan yang kurang (Sukesih, 2012).

6.4 Hubungan antara Paritas dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang lahir hidup ataupun mati tidak dapat mempengaruhi status paritas (Bobak, 2004 *dalam* Nurwanti, 2011). Paritas ibu dalam penelitian ini dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu nullipara, primipara, dan multipara. Jenis paritas dengan frekuensi tertinggi adalah ibu dengan paritas nullipara sejumlah 13 ibu (40,6%) (Sukesih, 2012).

Pengetahuan seseorang merupakan hasil dari pengalaman, yaitu dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya dan oleh kebutuhan individu (Sukesih, 2012). Pengalaman pribadi seorang ibu dapat digunakan sebagai upaya dalam memperoleh suatu pengetahuan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh atau dialaminya dalam memecahkan persoalan yang dihadapi dalam masa yang akan datang. Pengalaman dalam melewati masa kehamilan akan berdampak terhadap pola pikir atau pandangan, sikap dan tindakan ibu pada kehamilan berikutnya (Sukesih, 2012).

Hasil uji statistik antara paritas dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,049 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Sulyani (2013) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,000 ($p < 0,05$). Hasil penelitian lainnya dari Astuti (2011) juga menunjukkan ada hubungan yang signifikan ada hubungan antara paritas dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan nilai 0,040 ($p < 0,05$).

Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Sukesih (2012) di wilayah Puskesmas Tegal yang menunjukkan tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara pengalaman dengan pengetahuan ibu. Sholihah (2007) di Kabupaten Garut juga menunjukkan bahwa pengalaman mempunyai anak (paritas) tidak berhubungan dengan pengetahuan tentang tanda bahaya pada kehamilan (Sukesih, 2012).

Hasil penelitian menunjukkan adanya paritas multipara yang memiliki tingkat pengetahuan kurang yaitu sebanyak 6 ibu (18,8%). Hal tersebut bisa terjadi karena seiring dengan bertambahnya jumlah anak yang dimiliki oleh seorang ibu, maka akan semakin banyak juga waktu dan perhatian ibu yang tersita untuk mengurus, mendidik dan membesarkan anak-anaknya. Sehingga ibu tidak memiliki waktu yang cukup luang untuk menambah pengetahuan dan pada akhirnya akan berpengaruh pada sikap ataupun pengetahuan ibu dalam mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan. Hal tersebut berbeda dengan ibu yang belum memiliki anak yang pastinya mempunyai waktu dan kesempatan lebih banyak untuk menambah pengetahuan dan wawasannya mengenai tanda bahaya kehamilan sehingga diharapkan sikap dan pengetahuan ibu dalam mengenal tanda bahaya kehamilan semakin baik (Puspasari, 2008 dalam Harnindita, 2015).

6.5 Hubungan antara Riwayat Kunjungan ANC dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Antenatal care atau pemeriksaan kehamilan 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 (Padila, 2014 dalam Sylvianingsih, 2015). Kunjungan antenatal care adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak wanita merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal (Padila, 2014 dalam Sylvianingsih, 2015). Pada kunjungan ANC, pelayanan terhadap individu bersifat preventif care untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik

bagi ibu maupun janin. ANC merupakan upaya kesehatan perorangan yang memperhatikan ketelitian dan kualitas pelayanan medis yang diberikan, agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman diperlukan kesiapan fisik dan mental ibu, sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal (Depkes, 2007 dalam Sylvianingsih, 2015).

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan riwayat Kunjungan ANC adalah riwayat kunjungan ibu saat hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC. Riwayat kunjungan ANC dinilai berdasarkan pertanyaan dalam kuesioner dan catatan buku KIA ibu. Kunjungan ANC dinilai baik apabila berjumlah minimal 4 kali selama kehamilan (1 kali pada TM 1, 1 kali pada TM 2, 2 kali pada TM 3). Riwayat kunjungan ANC dibagi menjadi dua, yaitu terpenuhi dan tidak terpenuhi. Frekuensi riwayat kunjungan ANC tertinggi yaitu pada kategori terpenuhi sebanyak 28 ibu (87,5%). Hasil uji statistik antara riwayat kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,007 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara riwayat kunjungan ANC ibu dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Didalam kunjungan ANC terdapat konseling, sehingga dapat digunakan untuk memberikan informasi mengenai tanda bahaya kehamilan pada setiap kunjungan ANC. Semakin sering ibu hamil mendapatkan informasi maka akan semakin meningkat pengetahuan ibu hamil mengenai tanda bahaya kehamilan (Agustini, 2012).

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2012) yang menunjukkan hasil ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan dengan kepatuhan melakukan ANC dengan nilai 0,005 ($p < 0,05$). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Sembiring (2013) dan Kamidah (2013) yang menghasilkan bahwa ada hubungan antara kepatuhan kunjungan ANC dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Semakin terpenuhi riwayat kunjungan ANC maka semakin baik pula tingkat pengetahuan (Kartika, 2012). Sehingga kemungkinan ibu hamil untuk patuh melakukan kunjungan ANC akan semakin besar. Ibu hamil akan semakin ingin memeriksakan kehamilannya secara teratur atau patuh kepada petugas kesehatan khususnya bidan selama periode kehamilannya (Sembiring, 2013).

Pemeriksaan kehamilan (ANC) ini merupakan salah satu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. Tujuan utamanya adalah menurunkan atau mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Tujuan tersebut akan tercapai apabila ibu hamil patuh dalam melakukan pemeriksaan kehamilan. Secara deskriptif, penelitian ini menggambarkan bahwa ibu hamil yang sebagian besar dikategorikan patuh dalam melaksanakan kunjungan ANC sebanding dengan pengetahuan mereka yang sebagian besar dikategorikan baik (Kamidah, 2013).

Ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilannya secara teratur menyebabkan tidak terdeteksinya tanda bahaya dan komplikasi yang terjadi pada saat hamil atau pada saat persalinan yang akan mengancam kesehatan dirinya dan janin yang dikandungnya (Sukesih, 2012). Dampak dari ketidakpatuhan ibu dalam kunjungan ANC adalah ibu hamil akan kurang mendapatkan informasi tentang cara perawatan kehamilan yang benar, tidak terdeteksinya penyakit dan komplikasi selama kehamilan. Sehingga apabila tidak ditangani akan mengakibatkan komplikasi pada saat kehamilan ataupun persalinan dan akan mengarah pada kematian ibu (Kartika, 2012).

6.6 Hubungan antara Dukungan Suami dengan Tingkat Pengetahuan tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Dukungan suami pada saat kehamilan adalah segala sesuatu yang diperbuat suami dalam merespon kehamilan istrinya (Simamora, 2013). Dari hasil uji statistik, frekuensi dukungan suami tertinggi yaitu dukungan suami baik sebanyak 26 ibu (81,2%) dan frekuensi terendah pada dukungan suami sedang sebanyak 6 ibu (18.8%). Dukungan suami menghasilkan suatu peranan yang penting dalam kesehatan selama masa kehamilan karena memberikan suatu hubungan ataupun dukungan sosial yang baik untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil (Sukesih, 2012).

Dukungan suami pada saat kehamilan adalah segala sesuatu yang diperbuat suami dalam merespon kehamilan istrinya dalam bentuk interaksi dimana ada hubungan saling mengasihi dan mendapatkan bantuan yang nyata dilakukan oleh seorang suami terhadap istrinya. Suami merupakan orang yang paling dekat dengan ibu dan memiliki banyak peran selama ibu

menjalani masa kehamilan, persalinan, sampai nifas. Respon suami yang baik terhadap kehamilan istrinya merupakan sebuah perilaku positif yang dapat menyebabkan adanya rasa percaya diri, ketenangan batin dan pikiran positif. Wanita yang dijaga, diperhatikan, dilindungi, dan dikasihi oleh suaminya selama hamil akan mempunyai emosional yang stabil, kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan berkurang, dan lebih mudah beradaptasi (Sukesih, 2012).

Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk meringankan beban kerja istri. Dukungan suami yang didapatkan calon ibu akan menimbulkan perasaan tenang, sikap positif terhadap diri sendiri dan kehamilannya, maka diharapkan ibu dapat menjaga kehamilannya dengan baik sampai saat persalinan (Simamora, 2013).

Data frekuensi dukungan suami tertinggi yaitu dukungan suami baik sebanyak 26 ibu (81,2%) dan frekuensi terendah pada dukungan suami sedang sebanyak 6 ibu (18.8%). Dukungan suami masuk didalam lingkup dukungan sosial, dimana yang dimaksud dari dukungan sosial adalah bentuk dukungan dan hubungan yang baik untuk memberikan kontribusi penting pada kesehatan. Hal tersebut akan membuat orang merasa diperhatikan, dicintai, dimuliakan dan dihargai (Fithriany, 2011).

Hasil uji statistik antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan menunjukkan nilai p value = 0,007 yang berarti signifikan karena p value < 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Respon suami terhadap kehamilan istri yang dapat menyebabkan adanya ketenangan batin dan perasaan senang dalam istri. Wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangan prianya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama nifas (Simamora, 2013).

Adanya dukungan atau motivasi dari suami berperan sangat besar dalam menentukan status kesehatan dan tingkat pengetahuan ibu dalam mengetahui tanda-tanda bahaya kehamilan. Jika suami mengharapkan adanya kehamilan, maka akan memperlihatkan dukungannya dalam berbagai hal yang dapat mempengaruhi ibu menjadi lebih percaya diri, lebih berbahagia, menunjukkan kesiapan dan lebih kuat secara mental untuk menghadapi segala hal selama masa kehamilan tersebut. Keterlibatan anggota keluarga atau orang terdekat terutama pasangan/suami dapat membantu terjadinya perubahan untuk berperilaku dan juga meningkatkan kesadaran untuk berubah ke arah hidup sehat. Oleh karena itu, suami memiliki peranan yang sangat penting untuk memberikan berbagai jenis dukungan pada ibu supaya ibu merasa lebih nyaman dalam menjalani masa kehamilan dan meminimalkan resiko timbulnya tanda-tanda bahaya kehamilan (Widiantari, 2015).

Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk meringankan beban kerja istri. Dukungan suami yang didapatkan calon ibu akan menimbulkan perasaan tenang, sikap positif terhadap diri sendiri dan kehamilannya, maka diharapkan ibu dapat menjaga kehamilannya dengan baik sampai saat persalinan (Simamora, 2013).

6.7 Implikasi terhadap Bidang Kebidanan

6.7.1 Teori Kebidanan

Implikasi teoritis dari penelitian ini yaitu bertambahnya referensi penelitian kebidanan maternitas dan pengembangan teori maternitas tentang adanya hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Selain itu, pada penelitian ini juga dapat digunakan sebagai dasar atau bahan penelitian lebih lanjut untuk pengembangan teori kebidanan tentang tanda bahaya kehamilan.

6.7.2 Praktik Kebidanan

Secara praktik, hasil pada penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan bagi bidan dalam melakukan asuhan kebidanan secara holistik pada ibu hamil untuk meningkatkan kualitas pelayanan terutama mengenai deteksi dini adanya tanda-tanda bahaya kehamilan. Selain itu, juga sebagai dasar intervensi untuk melibatkan keluarga terutama suami dalam meningkatkan pengetahuan tanda bahaya kehamilan dan menurunkan resiko munculnya tanda bahaya kehamilan.

6.8 Keterbatasan Penelitian

Pada dasarnya, penelitian tidak terlepas dari kemungkinan adanya keterbatasan atau kelemahan yang dapat mempengaruhi kualitas hasil penelitian. Keterbatasan penelitian yang dialami oleh peneliti antara lain:

6.8.1 Kualitas Data

Peneliti hanya melakukan pengamatan dan pengambilan data terhadap responden yang diteliti hanya sekali saja yaitu pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilannya. Pengumpulan datanya menggunakan kuesioner yang diisi sendiri oleh responden bersifat subyektif, sehingga kebenaran dari data sangat tergantung kepada kejujuran serta keseriusan responden dalam mengisi kuesioner.

6.8.2 Variabel Penelitian

Ada banyak faktor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan tanda bahaya kehamilan apabila ditelusuri lebih mendalam. Tetapi karena keterbatasan yang ada, maka dipilih beberapa variabel saja. Pada variabel karakteristik ibu dan dukungan suami sudah mencakup sebagian besar faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Pemilihan variabel tersebut didasarkan pada beberapa teori dan penelitian yang terdahulu.

6.8.3 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian secara keseluruhan adalah kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan pengetahuan dari beberapa referensi yang ada. Tidak ada standart baku bagi peneliti untuk menilai dukungan suami dan tingkat pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan. Tetapi instrument penelitian tersebut telah diuji kelayakan dengan uji validitas dan reliabilitas.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 32 responden tentang hubungan karakteristik ibu dan dukungan suami dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan yang dilakukan di BPM Sumidyah Ipung Kota Malang, dapat disimpulkan bahwa:

- 7.1.1 Pada karakteristik ibu, sebagian besar usia ibu dalam kategori usia reproduksi sehat sebanyak 23 ibu (71,9%), sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi sebanyak 20 ibu (62,5%), sebagian besar ibu tidak bekerja yaitu sebanyak 18 ibu (56,2%), paritas paling banyak pada paritas nullipara sejumlah 13 ibu (40,6%), dan riwayat kunjungan ANC tertinggi yaitu pada kategori terpenuhi sebanyak 28 ibu (87,5%).
- 7.1.2 Sebagian besar ibu memiliki dukungan suami yang baik sebanyak 26 ibu (81,2%).
- 7.1.3 Sebagian besar ibu memiliki kategori tingkat pengetahuan baik sebanyak 14 ibu (43,8%).
- 7.1.4 Terdapat hubungan antara usia (0,000; $p < 0,05$), pendidikan (0,037; $p < 0,05$), pekerjaan (0,028; $p < 0,05$), paritas (0,049; $p < 0,05$), riwayat kunjungan ANC (0,007; $p < 0,05$) dengan tingkat pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan.
- 7.1.5 Terdapat hubungan antara dukungan suami dengan tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan dengan p value 0,007 ($p < 0,05$).

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian di atas, ada beberapa saran yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan, yaitu :

7.2.1 Bagi masyarakat

7.2.1.1 Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan dalam merawat dan menjaga kehamilan khususnya pengetahuan mengenai faktor resiko dan tanda bahaya dalam kehamilan

7.2.1.2 Diharapkan mampu melakukan deteksi dini tanda bahaya kehamilan dan faktor resiko dalam kehamilan, rutin konsultasi kepada petugas kesehatan sehingga tidak terlambat dalam penanganannya.

7.2.2 Bagi tenaga kesehatan

7.2.2.1 Menyampaikan KIE kepada semua ibu hamil pada waktu ANC mengenai faktor resiko dan tanda bahaya pada kehamilan.

7.2.2.2 Memberikan sosialisasi berupa penyuluhan ataupun informasi mengenai pentingnya deteksi dini tanda bahaya kehamilan dan pentingnya pemeriksaan kehamilan supaya dapat dilakukan pengawasan dan deteksi dini mulai dari awal kehamilan sampai persalinan dan jika ada komplikasi akan segera ditangani.

7.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

7.2.3.1 Perlu dilakukan upaya promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada setiap ibu hamil khususnya pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Sehingga dengan adanya hal tersebut, diharapkan ibu hamil dapat memiliki pengetahuan yang baik tentang tanda bahaya kehamilan.

7.2.3.2 Diharapkan dapat meneliti variabel lain yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan.

7.2.3.3 Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam penelitian selanjutnya yang masih berhubungan dengan tanda-tanda bahaya kehamilan.

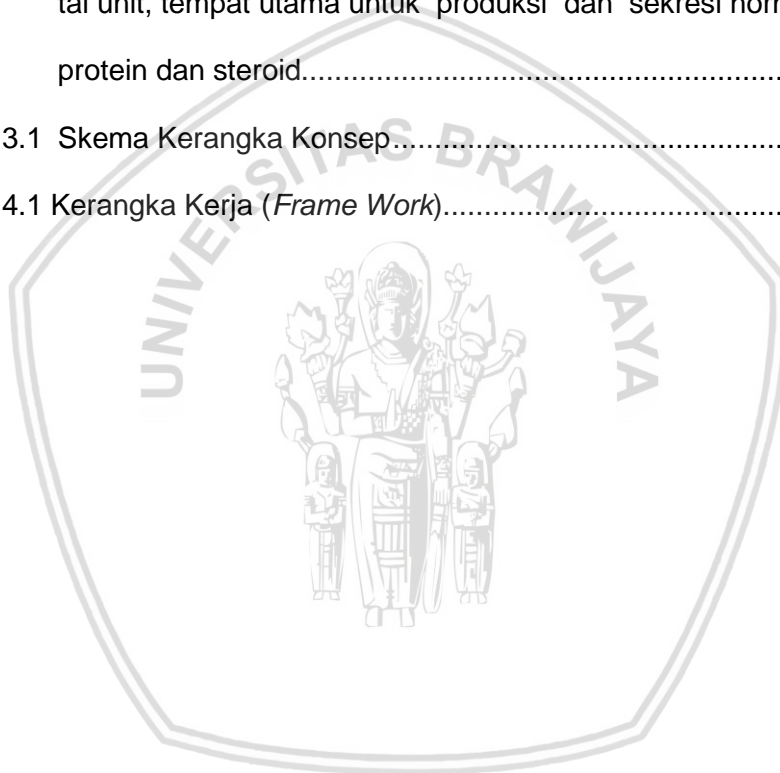


DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Diagnosis Kehamilan	23
Tabel 2.2 Penambahan Berat Badan dalam Kehamilan.....	33
Tabel 2.3 Diagnosis Gerak Janin Tidak Dirasakan	46
Tabel 2.4 Diagnosis Demam dalam Kehamilan	54
Tabel 2.5 Kunjungan ANC dan Informasi Penting.....	63
Tabel 2.6 Keteraturan Pelaksanaan ANC	64
Tabel 4.1 Tingkat Keandalan Alpha Cronbach.....	76
Tabel 4.2 Definisi Operasional pada Variabel Independen	77
Tabel 4.3 Definisi Operasional pada Variabel Dependen.....	78
Tabel 5.1 Distribusi berdasarkan Usia	86
Tabel 5.2 Distribusi berdasarkan Tingkat Pendidikan	87
Tabel 5.3 Distribusi berdasarkan Pekerjaan.....	87
Tabel 5.4 Distribusi berdasarkan Paritas	88
Tabel 5.5 Distribusi berdasarkan Riwayat ANC	88
Tabel 5.6 Distribusi berdasarkan Dukungan Suami	89
Tabel 5.7 Distribusi berdasarkan Tingkat Pengetahuan.....	89
Tabel 5.8 Distribusi Tingkat Pengetahuan berdasarkan Usia.....	90
Tabel 5.9 Distribusi Tingkat Pengetahuan berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	91
Tabel 5.10 Distribusi Tingkat Pengetahuan berdasarkan Pekerjaan	92
Tabel 5.11 Distribusi Tingkat Pengetahuan berdasarkan Paritas	92
Tabel 5.12 Distribusi Tingkat Pengetahuan berdasarkan Riwayat ANC	93
Tabel 5.13 Distribusi Tingkat Pengetahuan berdasarkan Dukungan Suami.....	94

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kebenaran ilmiah dan nonilmiah	8
Gambar 2.2 Siklus ovarium, fertilisasi dan perkembangan embrio yang terjadi selama minggu pertama setelah konsepsi	18
Gambar 2.3 Interaksi antara ibu dan janin, dikenal sebagai fetoplacen- tal unit, tempat utama untuk produksi dan sekresi hormon protein dan steroid.....	19
Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep.....	69
Gambar 4.1 Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>).....	85



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Pernyataan Keaslian Tulisan.....	123
Lampiran 2. Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	124
Lampiran 3. Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian	126
Lampiran 4. Kuesioner Penelitian	127
Lampiran 5. Kisi-Kisi Kuesioner	128
Lampiran 6. Keterangan Kelaikan Etik.....	130
Lampiran 7. Surat Izin Studi Pendahuluan.....	131
Lampiran 8. Surat Izin Uji Validitas	132
Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dan Pengambilan Data	133
Lampiran 10. Lembar Konsultasi Pembimbing I.....	134
Lampiran 11. Lembar Konsultasi Pembimbing II.....	135
Lampiran 12. Hasil Uji Validitas Reliabilitas Kuesioner.....	136
Lampiran 13. Hasil Analisis Data	143
Lampiran 14. Dokumentasi Penelitian.....	151

DAFTAR SINGKATAN



AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKI	:	Angka Kematian Ibu
ANC	:	Antenatal Care
API	:	<i>Annual Parasite Incidence</i>
APN	:	Asuhan Persalinan Normal
ASI	:	Air Susu Ibu
BB	:	Berat Badan
BBLR	:	Bayi Berat Lahir Rendah
BPM	:	Bidan Praktek Mandiri
Depkes	:	Departemen Kesehatan
DJJ	:	Denyut Jantung Janin
<i>dkk.</i>	:	dan kawan-kawan
DNA	:	<i>Deoxyribose Nucleid Acid</i>
<i>et al.</i>	:	<i>et alii</i> (dan lain-lain)
FSH	:	<i>Follicle-Stimulating Hormone</i>
GERD	:	<i>Gastroesopagheal Reflux Disease</i>
hCG	:	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
hPL	:	<i>Human Placental Lactogen</i>
IDI	:	Ikatan Dokter Indonesia
IMPACT	:	<i>Inspiration for Managing People's Action</i>
IMT	:	Indeks Massa Tubuh
ISK	:	Infeksi Saluran Kemih

JHPIEGO	:	<i>Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics</i>
KEK	:	Kekurangan Energi Kronis
Kemenkes	:	Kementerian Kesehatan
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KPD	:	Ketuban Pecah Dini
LH	:	<i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	:	Lingkar Lengan Atas
MA	:	Madrasah Aliyah
MAK	:	Madrasah Aliyah Kejuruan
MI	:	Madrasah Ibtidaiyah
MTs	:	Madrasah Tsanawiyah
PPROM	:	<i>Preterm Premature Rupture Of Membrane, atau Preterm Prelabour Rupture Of Membrane</i>
PROM	:	<i>Premature Rupture Of Membrane, atau Prelabour Rupture Of Membrane</i>
Pusdiknakes	:	Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan
PWS-KIA	:	Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat – Kesehatan Ibu dan Anak
SD	:	Sekolah Dasar
SDKI	:	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMA	:	Sekolah Menengah Atas
SMK	:	Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	:	Sekolah Menengah Pertama
SPSS	:	<i>Statistical Product and Service Solutions</i>

TB	:	<i>Tuberkulosis</i>
TD	:	Tekanan Darah
TSH	:	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
UK	:	Usia Kehamilan
UU RI	:	Undang-Undang Republik Indonesia
WHO	:	<i>World Health Organization</i>

