



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN IBU HAMIL DALAM MENGHADAPI PERSALINAN DENGAN SKOR PRENATAL ATTACHMENT DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN RINA MALANG

Oleh :

Rizkatul Baro'ah

NIM 155070601111004

Telah diuji pada

Hari : **Senin**

Tanggal : **22 April 2019**

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji – I

Dr. Diadjeng Setya W S.Si.T, M.Kes

NIP 198508202015042003

Pembimbing I / Penguji – II

Pembimbing II / Penguji – III

Miftahul Jannah, SST, M.Keb

NIK. 2016118605162001

Era Nurisa Windari, SST, M.Kes

NIK. 140380628

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Kebidanan

Linda Ratna Wati, SST, M.Kes

NIP 198409132014042001



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala kekuatan dan kemudahan yang telah diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian serta penyusunan tugas akhir yang berjudul “Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan dengan Skor *Prenatal Attachment* di Praktik Mandiri Bidan Rina Malang”. Ketertarikan penulis akan topik ini didasari bahwa pengukuran *prenatal attachment* masih belum lazim dilakukan di Indonesia sehingga peneliti ingin memperkenalkan suatu instrumen yang nantinya bisa digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi hubungan antara ibu dan janin selama kehamilan sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan janin, baik secara fisik maupun psikologis. Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. dr Wisnu Barlianto, M.Si. Med, Sp.A (K) sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan untuk menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. dr. Yahya Irwanto SpOG (K) sebagai ketua jurusan Kebidanan yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di jurusan kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. Ibu Linda Ratna W, SST, M.Kes. sebagai Ketua Program Studi S1 Kebidanan yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di PS S1 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
4. Ibu Rismaina Putri, SST, M.Keb. sebagai Koordinator Tugas Akhir yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di PS S1 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.



5. Ibu Miftahul Jannah, SST, M.Keb sebagai pembimbing pertama yang telah memberikan waktu, saran dan semangat kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
6. Ibu Era Nurisa W, SST, M.Kes sebagai pembimbing kedua yang telah memberikan waktu, saran dan semangat kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
7. Dr. Diadjeng Setya W S.Si.T, M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan sehingga Tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
8. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan lancar.
9. Tim bidan Rina yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian di tempatnya.
10. Orang tua dan keluarga besar serta teman-teman terdekat atas segala pengertian, semangat, do'a dan kasih sayangnya.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun. Diharapkan, semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 26 Agustus 2018

Penulis



ABSTRAK

Baro'ah, Rizkatul. 2019. **Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan dengan Skor Prenatal Attachment di PMB Rina Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Sarjana Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Miftahul Jannah, SST, M.Keb, (2) Era Nurisa Windari, SST, M.Kes.

Ibu hamil trimester III cenderung mengalami kecemasan yang tinggi karena khawatir memikirkan proses persalinan serta kondisi janin yang akan dilahirkan. Jika kecemasan ini terus terjadi, maka akan berdampak negatif untuk ibu maupun janinnya. Ibu akan merasakan proses persalinan yang lebih lama disebabkan karena lemahnya kontraksi otot rahim yang terjadi. Kecemasan juga dapat meningkatkan resiko kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelahiran prematur. Selain itu, kecemasan yang berlebihan juga dapat mempengaruhi hubungan ibu dengan janin, padahal hubungan ini harus terjalin dengan baik selama kehamilan untuk menunjang pertumbuhan kognitif, motorik dan sosial anak setelah dilahirkan. Hubungan ini yang dinamakan dengan *prenatal attachment*. Penelitian ini memiliki tujuan utama yaitu untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan pada ibu hamil trimester III dengan skor *prenatal attachment*. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif, metode *cross sectional* dan menggunakan *Purposive Sampling*. Penelitian ini menggunakan 72 responden yang dimulai pada bulan Desember 2018 hingga Januari 2019 dengan instrumen *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* dan *Prenatal Attachment Inventory (PAI)*. Uji statistik ini menggunakan *non parametrik* yaitu *Kendall Tau*. Hasil yang didapatkan menunjukkan *p-value* 0,019 (<0.05) dan koefisien korelasi sebesar -0.250 yang berarti semakin tinggi tingkat kecemasan ibu hamil, maka skor *prenatal attachment* ibu semakin rendah. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi gambaran bagi tenaga kesehatan untuk tetap memperhatikan kondisi psikologis ibu dengan meningkatkan skor *prenatal attachment* sehingga dapat meningkatkan kesehatan ibu dan janin.

Kata kunci: kehamilan, kecemasan, prenatal attachment



ABSTRAK

Baro'ah, Rizkatul. 2019. **Correlation Between Anxiety Levels in Pregnant Women Facing Labor with Prenatal Attachment Scores at Independent Practice Midwife Rina Malang**. Final Assignment, Program Studi Sarjana Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Miftahul Jannah, SST, M.Keb, (2) Era Nurisa W, SST, M.Kes.

Woman in the third trimester level most likely has high an anxiety due to worry about labor process and fetus born condition. If the anxiety is continuously allowed to occur, it will have negative impact on both mother and fetus. Women will experience longer labor process due to the weakness of the uterine muscle contractions. Anxiety can also increase the risk of low birth weight (LBW) and pre-term birth. In addition, excessive anxiety can also affect the relationship between mother and fetus, while this relationship should well interwoven during pregnancy to support cognitive, motor and social growth of children after birth. This relationship is known as *prenatal attachment*. This study aimed to determine the correlation between the anxiety of pregnant women in facing labor with *prenatal attachment* score. This study used a quantitative research design with *cross sectional* method and used *Purposive Sampling*. This study used 72 respondents starting in December 2018 to January 2019, using the *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* instrument and the *Prenatal Attachment Inventory (PAI)*. The statistic test used *non-parametric test, Kendall Tau*. Results shows the *p-value* 0.019 (<0.05) and the correlation coefficient is -0.250 which means the higher anxiety level of pregnant women, the lower of *prenatal attachment* score. The research hopefully can be representation for care provider to keep take care of woman's psychology with increasing their *prenatal attachment* that can improved mother and fetus health.

Keywords : pregnancy, anxiety, prenatal attachment

**DAFTAR ISI**

Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
Daftar Tabel.....	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Singkatan.....	x
Daftar Lampiran.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Institusi Kesehatan.....	5
1.4.2 Manfaat Tenaga Kesehatan.....	6
1.4.3 Manfaat Institusi Pendidikan.....	6
1.4.4 Manfaat Masyarakat.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Kehamilan.....	7
2.1.1 Definisi Kehamilan	7
2.1.2 Perubahan Kehamilan	7
2.2 Antenatal Care.....	11
2.3 Konsep Kecemasan.....	12
2.3.1 Definisi Kecemasan	12
2.3.2 Etiologi Kecemasan	12
2.3.3 Mekanisme Kecemasan	14
2.3.4 Ciri dan Gejala Kecemasan	15
2.3.5 Jenis Kecemasan	16
2.3.6 Dampak Kecemasan	18
2.3.7 Pengukuran Kecemasan	19
2.4 Kecemasan Dalam Kehamilan.....	21
2.5 Konsep Prenatal Attachment	24
2.5.1 Definisi Prenatal Attachment.....	24
2.5.2 Komponen Prenatal Attachment	25
2.5.3 Faktor yang Mempengaruhi Prenatal Attachment.....	25
2.5.4 Manfaat Prenatal Attachment.....	28
2.5.5 Pengukuran Prenatal Attachment	29



2.6 Konsep Praktik Mandiri Bidan.....	32
2.6.1 Definisi Praktik Mandiri Bidan	32
2.6.2 Tujuan Praktik Mandiri Bidan	33
2.6.3 Fasilitas Praktik Mandiri Bidan	33
2.6.4 Wewenang Praktik Mandiri Bidan	34
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	35
3.2 Hipotesis Penelitian	37
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian.....	38
4.2 Populasi dan Sampel.....	38
4.3 Variabel Penelitian.....	40
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.5 Instrumen Penelitian	40
4.6 Definisi Operasional.....	43
4.7 Metode Pengumpulan Data	44
4.7.1 Prosedur Penelitian	44
4.7.2 Prosedur Pengumpulan Data	44
4.7.3 Prosedur Pengolahan Data	45
4.7.4 Langkah Kerja.....	46
4.8 Analisa Data.....	47
4.9 Etika Penelitian	47
BAB 5 HASIL DAN ANALISA DATA	
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49
5.2 Data Umum Demografi Responden.....	50
5.3 Hasil dan Analisa Data	51
5.3.1 Hasil Analisa Data Uji Univariat	51
5.3.2 Hasil Analisa Data Uji Bivariat	52
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Tingkat Kecemasan Ibu Hamil di PMB Rina.....	54
6.2 Skor Prenatal Attachment di PMB Rina.....	58
6.3 Hubungan Kecemasan Ibu Hamil dengan Prenatal Attachment	62
6.4 Keterbatasan Penelitian.....	65
BAB 7 PENUTUP	
Kesimpulan dan Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden	50
5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kuisisioner Penelitian	51
5.3 Distribusi Responden Kecemasan Terhadap Prenatal Attachment	52
5.4. Hasil Uji Kendall Tau	53



DAFTAR GAMBAR

2.1 Rentang Kuisisioner Anxiety	17
2.2 Kuisisioner Hamilton Anxiety Rating Scale	21
2.3 Kuisisioner Prenatal Attachment Inventory Versi Italia	31
2.4 Kuisisioner Prenatal Attachment Versi Swedia	31
2.5 Kuisisioner Prenatal Attachment Inventory Versi Arabia.....	32

**DAFTAR SINGKATAN**

PAI	: Prenatal Attachment Inventory
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
IUGR	: Intrauterine Growth Restriction
PMB	: Praktik Mandiri Bidan
HCG	: Hormone Chorionic Gonadotropin
MSH	: Melanocyte Stimulating Hormone
HPL	: Human Placental Lactogen
DJJ	: Denyut Jantung Janin
USG	: Ultrasonografi
GABA	: Gama Amino Butirat
CRH	: Chorticotropin Releasing Hormone
ACTH	: Adrenocorticotropin Hormone
TTH	: Tyrotopic Hormone
BMR	: Basal Metabolic Rate
HARS	: Hamiton Anxiety Rating Scale
MFAS	: Maternal Fetal Attachment Scale
MAAS	: Maternal Antenatal Attachment Scale
ACOG	: American Congress of Obstetry and Gynecologist
ANC	: Antenatal Care



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Tempat Penelitian	74
Lampiran 2. Pernyataan Keaslian Penelitian.....	75
Lampiran 3. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian	76
Lampiran 4. Surat Persetujuan Untuk Mengikuti Penelitian	79
Lampiran 5. Kuisisioner Penelitian.....	80
Lampiran 6. Uji Validitas dan Reliabilitas	86
Lampiran 7. Hasil Analisa Data	87
Lampiran 8. Surat Laik Etik	88
Lampiran 9. Dokumentasi.....	89
Lampiran 10. CV Peneliti.....	91



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kecemasan adalah suatu respon yang diikuti perasaan gelisah, ketakutan yang timbul karena akan menghadapi tegangan, ancaman dan tidak disadari oleh individu tersebut disertai dengan rangsangan fisiologis (Hidayati, 2008).

Kecemasan tersebut juga dapat dialami oleh ibu hamil trimester III yang akan menghadapi persalinan. Ibu mulai memikirkan proses persalinan serta kondisi janin yang akan dilahirkan. Salah satu hal yang paling dicemaskan oleh ibu adalah nyeri pada saat persalinan, terutama bagi ibu yang memilih persalinan normal. Nyeri disebabkan oleh kontraksi akibat membukanya leher rahim hingga cukup lebar untuk dilalui bayi, intensitas kontraksi, lamanya terjadi kontraksi dan regangan jalan lahir bagian bawah (Sutanto 2007 dalam Utami dan Widya 2008).

Selain itu, ibu juga cemas dengan kemungkinan komplikasi pada saat proses persalinan.

Pada penelitian yang dilakukan kepada 30 ibu hamil di kota Malang, didapatkan bahwa persentase kecemasan di trimester pertama sebesar 43,1%, trimester kedua sebesar 55,7% dan trimester ketiga sebesar 67,8% (Maimunah, 2009). Jika kecemasan pada ibu hamil tidak ditangani dengan baik, maka dapat membawa dampak negatif bagi ibu maupun janinnya. Ibu yang mengalami kecemasan pada trimester III akan menyebabkan gangguan aliran darah di dalam rahim dan mengakibatkan lemahnya kontraksi otot rahim. Hal tersebut menyebabkan makin lamanya proses persalinan. Selain itu, ibu yang mengalami kecemasan juga dapat meningkatkan resiko melahirkan bayi dengan berat badan



lahir rendah (BBLR), prematur dan dalam jangka panjang berkaitan dengan gangguan perilaku dan emosi anak (Ranita dan Hendri 2016).

Ibu yang mengalami kecemasan selama kehamilan akan meningkatkan resiko ketidakseimbangan emosional hingga setelah persalinan. Kecemasan selama kehamilan juga berkaitan dengan *depresi postpartum* (Rahalil, 2014). Hal tersebut menyebabkan pentingnya mengurangi kecemasan pada ibu untuk menghindari dampak yang akan terjadi pada saat proses persalinan maupun setelah persalinan. Selain itu, jika kecemasan ini terus terjadi, maka dapat mempengaruhi hubungan ibu dengan janinnya, padahal hubungan ini harus terjalin dengan baik selama kehamilan untuk menunjang pertumbuhan kognitif, motorik dan sosial anak setelah dilahirkan. Hubungan inilah yang dinamakan dengan *prenatal attachment*.

Menurut Ossa *et al.*, (2011), *prenatal attachment* didefinisikan sebagai hubungan yang diperlihatkan dalam bentuk tindakan nyata dengan melakukan interaksi dengan janin, mendeskripsikan karakteristik janin, menghindari perilaku yang membahayakan janin dan memenuhi segala kebutuhan janin. Penelitian yang telah dilakukan di Italia tahun 2017 yang melibatkan 535 ibu hamil, didapatkan bahwa sebesar 76,3% ibu hamil trimester III memiliki *prenatal attachment* yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berada di tahap trimester I dan II (Busonera *et al.*, 2017). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Iran menunjukkan bahwa ibu yang memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi dapat menurunkan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur dan *Intrauterine growth restriction* (IUGR) karena hal tersebut mendorong ibu memiliki pola hidup yang lebih sehat selama kehamilannya (Maddahi *et al.*, 2016).



Menurut Goecke *et al.*, (2012), *prenatal attachment* juga memiliki korelasi yang signifikan dengan kejadian *depresi postpartum*. Semakin tinggi skor *prenatal attachment* ibu, maka resiko kejadian *depresi postpartum* semakin rendah karena ibu akan lebih aktif, lebih peduli dengan janin dan akan memperlihatkan bahwa ibu telah siap menerima janinnya dari segi emosional sehingga dapat mengurangi kejadian *depresi postpartum*. Jika *depresi postpartum* menurun, maka proses *bonding attachment* juga akan lebih mudah dilakukan. Di Indonesia, penelitian tentang *prenatal attachment* masih sangat jarang ditemukan.

Menurut Jeffrey 2005 dalam Annisa dan Ildil 2016, seseorang yang mengalami kecemasan berat akan cenderung memilih perilaku diam dan menghindari segala hal yang berkaitan dengan pencetus kecemasan tersebut. Perasaan yang dirasakan ibu pada masa trimester ketiga secara otomatis akan berpengaruh pada proses berpikir dan perilakunya. Jika ibu merasa senang dan menikmati proses kehamilannya tanpa ada rasa cemas, maka ia akan cenderung berpikir bahwa semua proses yang dialami adalah hal yang fisiologis dan perilakunya pun ditunjukkan dengan melakukan hubungan yang positif dengan janinnya. Begitu pun sebaliknya, jika ibu merasa cemas dalam menghadapi persalinannya, maka pola pikir yang terbentuk akan negatif dan melahirkan perilaku yang negatif pula pada janin. Ibu akan memperlihatkan kecemasannya dalam perilaku diam karena hanya akan terfokus pada dirinya sendiri yaitu proses persalinan.

Salah satu instrumen yang digunakan untuk mengukur *prenatal attachment* adalah *Prenatal Attachment Inventory (PAI)*. Pengukuran *Prenatal attachment* ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan ibu dan janin selama kehamilan,



sehingga jika ada masalah pada aspek psikososial ibu, tenaga kesehatan dapat melakukan penatalaksanaan dengan memberikan dukungan moril untuk meningkatkan kesehatan fisik dan emosional ibu (Arafah, 2017). *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menyatakan bahwa seorang ibu hamil perlu melakukan skrining psikososial yaitu minimal 1 kali dalam tiap trimester dikarenakan hal tersebut dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin (Ozkanb dan Hediye 2017). PAI pertama kali dikembangkan oleh Muller tahun 1993 dan telah banyak dikembangkan di berbagai negara maju dan berkembang seperti Jepang, Italia, Swedia, Amerika, Chile, Iran, India dan Saudi Arabia. Pada tahun 2017, PAI ini telah dimodifikasi dan di uji validitas di Saudi Arabia dengan *alpha cronbach* ($\alpha=0,89$) dan *p-value* 0,0009 yang berarti telah dinyatakan valid dan reliabel (Arafah, 2017).

Berdasarkan studi pendahuluan, telah ditetapkan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Rina yang bertempat di Jl. Simpang Kalpataru No.1, Jatimulyo Lowokwaru dijadikan sebagai tempat penelitian. Alasan pemilihan tempat karena PMB Bidan Rina memiliki kunjungan K1 dan K4 yang cukup banyak. Jumlah kunjungan K1 dan K4 dalam setiap bulannya mencapai 200-250 ibu hamil. Pada bulan Juli 2018, didapatkan data sebanyak 224 ibu hamil yang melakukan *antenatal care* dan 120 diantaranya adalah ibu hamil trimester III. Peneliti melakukan wawancara kepada 10 ibu hamil trimester III yang sedang melakukan *antenatal care* dan dari hasil wawancara tersebut didapatkan sebanyak 70% ibu merasa takut menghadapi persalinannya. Adapun berbagai faktor yang dapat menyebabkan rasa takut pada ibu adalah jarak kehamilan yang cukup jauh dan informasi menakutkan tentang persalinan yang ibu dapatkan dari lingkungan sekitarnya. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian



tentang hubungan tingkat kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan terhadap skor prenatal attachment.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara tingkat kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor prenatal attachment?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor prenatal attachment

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan
2. Untuk mengidentifikasi skor prenatal attachment pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan
3. Untuk menganalisa hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor prenatal attachment

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi terkait pentingnya melakukan pengukuran prenatal attachment karena dapat meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan janin, baik secara fisik maupun psikologis.



1.4.2 Manfaat bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan untuk diterapkannya pengukuran *prenatal attachment* di perawatan rutin sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan yang optimal termasuk upaya untuk meningkatkan skor *prenatal attachment*.

1.4.3 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan referensi dalam memberikan mata kuliah kebidanan khususnya asuhan kehamilan dan dapat menjadi bahan masukan dalam pengembangan penelitian selanjutnya di Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, mengetahui kekuatan hubungan ibu dan janinnya serta memberikan kesadaran tentang pentingnya meningkatkan skor *prenatal attachment* kepada ibu hamil.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Menurut *Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional*, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan antara spermatozoa (dari pria) dan ovum (sel telur dari wanita) yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Menurut Manuaba *et al.*, (2012), kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) sehingga terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

2.1.2 Perubahan Selama Kehamilan

2.1.2.1 Perubahan Fisiologis

Pada masa kehamilan, terjadi berbagai perubahan fisik yang cukup kompleks. Menurut Prawirohardjo (2009), perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil antara lain:

1. Sistem Reproduksi

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, akumulasi jaringan ikat dan elastis, terutama pada lapisan otot luar. Proses ovulasi akan terhenti dan selama kehamilan, terjadi peningkatan vaskularisasi, hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum serta terjadinya peningkatan sekresi pada vagina.



2. Sistem Sirkulasi Darah

Volume darah akan meningkat secara progresif pada minggu 6-8 kehamilan, terjadi peningkatan denyut jantung, perubahan tekanan darah dan denyut nadi.

3. Sistem Pernapasan

Pada kondisi kehamilan, terjadi penekanan usus ke arah *diafragma* akibat pembesaran uterus dan akan menekan paru-paru sehingga wanita hamil akan cenderung mengeluh sesak dan napas pendek. Kapasitas vital paru juga meningkat selama kehamilan.

4. Sistem Pencernaan

Pada trimester pertama, muncul keluhan seperti mual dan muntah. Selain itu, akan terjadi peningkatan salivasi, tonus otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas usus menurun dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran pencernaan.

5. Sistem Integumen

Pada daerah kulit tertentu, terdapat hiperpigmentasi jaringan seperti pada muka, payudara (puting dan areola payudara), perut dan vulva. Selain itu, payudara juga akan bertambah besar, tegang dan berat serta adanya noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli yaitu bayangan vena-vena lebih membiru.

Menurut (Pieter 2013 dalam Wulandari 2014), perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil dibagi menjadi 3 trimester yaitu:

1. Trimester I (0-12 minggu)

Perubahan fisik yang terjadi pada trimester I adalah mual muntah saat pagi hari (*morning sickness*) dan bila rasa mual dan muntah tersebut



berkepanjangan disebut *hiperemesis gravidarum*, kembung selama masa kehamilan akibat sembelit atau perubahan hormonal, sakit kepala atau pusing, merasa lelah, sering meludah, sering buang air kecil dan kram perut.

2. Trimester II (13-28 minggu)

Perubahan fisik yang terjadi pada trimester II ditandai dengan meningkatnya jumlah frekuensi buang air kecil, mual di pagi hari mulai berkurang, nafsu makan meningkat, pengeluaran cairan vagina secara perlahan-lahan meningkat, bentuk payudara, perut dan pinggang semakin membesar, libido hubungan seksual semakin meningkat dan meningkatnya jumlah kelenjar keringat, bengkak pada kaki dan tumit, terkadang terasa panas di bagian dada, denyut jantung semakin meningkat, konstipasi, sembelit, munculnya varises, pinggang terasa sakit, gatal-gatal dan tanda bergaris yang terjadi pada perut atau striae.

3. Trimester III (29-40 minggu)

Ciri perubahan fisik pada trimester III adalah kaki terlihat semakin membengkak dan terasa nyeri, frekuensi buang air kecil semakin meningkat, suhu tubuh ibu meningkat, rahim sering berkontraksi ringan (*braxtonhick contraction*), pada bulan kedelapan payudara akan mengeluarkan kolostrum dan bulan-bulan terakhir, rasa nyeri punggung dan sesak nafas sehingga kesulitan mendapatkan posisi tidur yang nyaman.

2.1.3.2 Perubahan Psikologis

Selain menimbulkan perubahan fisik, kehamilan juga dapat menimbulkan perubahan dan adaptasi psikologis bagi ibu. Membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan kelelahan pada ibu dan menyebabkan gangguan tidur, sering mendapat kesulitan bernapas dan beban fisik lainnya. Semua



pengalaman tersebut mengakibatkan timbulnya kecemasan dan ketegangan.

Menurut Nirwana (2011), perubahan psikologis yang dialami ibu hamil berdasarkan usia kehamilan yaitu:

1. Trimester I (0-12 minggu)

Perubahan psikologis pada trimester pertama, yaitu ibu membutuhkan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya pada trimester awal kehamilan. Sebagian besar ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan dan kesedihan. Pada awal kehamilan, banyak ibu yang mengharapkan untuk tidak hamil. Hampir 80% wanita menolak, gelisah, depresi dan murung dan sebanyak 15% ibu hamil mengalami gangguan jiwa pada trimester pertama. Pada wanita hamil banyak mengalami ketakutan dan fantasi selama kehamilan, khususnya tentang perubahan fisik yang terjadi pada dirinya. Menurut Pieter 2013 dalam Wulandari 2014, bahwa pada trimester ini, ibu memiliki sikap ambivalensi yang menyebabkan guncangan psikologis sehingga memicu terjadi rasa tidak nyaman.

2. Trimester II (13-28 minggu)

Pada tahap ini, terdapat dua fase perubahan psikologis pada trimester kedua. Fase pertama yaitu fase *prequickening*, dimana pada fase ini ibu menganalisis dan mengevaluasi segala hubungan interpersonal yang telah terjadi padanya. Proses ini menjadi dasar untuk calon ibu mengembangkan hubungan dengan janin yang akan dilahirkan. Pada trimester kedua, calon ibu telah dapat menerima kehamilannya. Fase kedua yaitu fase *postquickening* yaitu ibu hamil akan fokus pada kehamilan dan persiapan untuk menyambut lahirnya janin. Pergerakan yang dirasakan dapat



membantu ibu membangun konsep bahwa janin adalah individu yang terpisah dengannya dan menyebabkan ibu terfokus pada janinnya.

3. Trimester III (29-40 minggu)

Pada ibu hamil trimester III, pergerakan janin akan semakin sering dirasakan. Perasaan tersebut menimbulkan kecemasan bagi seorang ibu seperti takut jika sewaktu-waktu janinnya lahir dan takut jika janinnya dalam kondisi yang tidak normal. Seorang ibu juga akan memikirkan tentang proses persalinan yang akan dialami dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat persalinan.

2.2 Antenatal Care (ANC)

Antenatal care merupakan suatu pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil dengan pemantauan kesehatan secara fisik maupun psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan agar ibu siap menghadapi peran baru sebagai orang tua (Wagiyono, 2016). Pada hakikatnya, *antenatal care* merupakan salah satu upaya preventif yang bertujuan untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan bagi ibu dan janin. Menurut Saifuddin 2007 dalam Yulianti *et al.*, 2014, pemeriksaan kehamilan sebaiknya minimal dilakukan 4 kali yaitu dengan ketentuan 1 kali saat trimester 1 (<14 minggu), 1 kali saat trimester 2 (14-28 minggu) dan 2 kali saat trimester 3 (>28 minggu). ANC yang dilakukan tiap trimester memiliki tujuan yang berbeda-beda. Menurut Kemenkes (2012), adapun tujuan ANC adalah:

1. Kunjungan pertama dimulai usia kehamilan 0-14 minggu, bertujuan untuk memastikan adanya kehamilan, penapisan dan pengobatan anemia.



2. Kunjungan kedua dimulai usia kehamilan 14-28 minggu, bertujuan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan preeklamsia, gemeli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan
3. Kunjungan berikutnya dimulai usia kehamilan 28 minggu sampai janin lahir, bertujuan untuk mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantapkan rencana persalinan dan mengenali tanda-tanda persalinan.

Adapun standar asuhan dalam *antenatal care* yaitu pengukuran berat badan, tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas, tinggi fundus uteri, pemberian 90 tablet Fe selama kehamilan, pemberian imunisasi tetanus toksoid, pemeriksaan laboratorium, konseling dan tata laksana atau mendapatkan pengobatan.

2.3 Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah emosi tidak menyenangkan yang ditandai dengan kekhawatiran, keprihatinan dan rasa takut yang timbul secara alami dan dalam tingkat yang berbeda-beda (Maimunah, 2009). Menurut Syamsu 2009 dalam Annisa dan Ildil 2016, *anxiety* (cemas) merupakan ketidakberdayaan neurotik, rasa tidak aman, tidak matang, dan ketidakmampuan dalam menghadapi tuntutan realitas (lingkungan), kesulitan dan tekanan kehidupan sehari-hari.

2.3.2 Etiologi Kecemasan

Menurut (Sadock dan Kaplan 2015 dalam Rahmita 2017), adapun beberapa etiologi kecemasan adalah:



1. Teori Perilaku

Menurut Videback (2012), kecemasan ini dapat dipelajari oleh individu melalui pengalaman dan dapat diubah melalui pengalaman baru, contohnya seorang anak yang dibesarkan oleh ayah yang kasar dapat menjadi cemas ketika melihat ayahnya. Hal tersebut dapat berkembang karena anak tersebut kemungkinan tidak mempercayai semua laki-laki. Mereka cenderung belajar memiliki respon internal kecemasan dengan meniru respon kecemasan orang tua mereka (Sadock dan Kaplan 2015).

2. Neurotransmitter

Kecemasan berkaitan dengan tiga neurotransmitter utama yaitu asam *gama-aminobutirat (GABA)*, *serotonin* dan *norepinefrin*. Beberapa peneliti mengatakan bahwa sejumlah pasien dengan gangguan cemas memiliki fungsi abnormal reseptor pada *GABA* tipe A (Sadock dan Kaplan 2015). Selain *GABA*, *Serotonin sub tipe 5-HT1A* juga berperan pada terjadinya gangguan cemas dan mempengaruhi agresi dan *mood* (Videback, 2012). Peningkatan pergantian atau siklus serotonin di *korteks prefrontal*, *nukleus akumben*, *amigdala*, dan *hipotalamus lateral* menyebabkan tipe kecemasan yang berbeda (Sadock dan Kaplan 2015). Peningkatan *norepinefrin* yang berlebihan juga menyebabkan gangguan panik, gangguan kecemasan umum dan gangguan stres pasca trauma (Videback, 2012).

Menurut Ramaiah (2008), secara umum, berikut beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kecemasan yaitu:

1. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berpikir seseorang tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena



adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya sehingga memunculkan adanya rasa kecemasan.

2. Pengaruh tekanan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan solusi untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

3. Perubahan fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan misalnya pada kondisi kehamilan. Selama ditimpa kondisi tersebut, terjadi perubahan perasaan yang menimbulkan terjadinya kecemasan.

2.3.3 Mekanisme Kecemasan

Mekanisme cemas dimulai dari adanya faktor pemicu cemas (rangsangan). Menurut Videback (2012), secara fisiologi situasi cemas akan mengaktifkan *hipotalamus* yang selanjutnya akan mengaktifkan dua jalur utama yaitu *sistem endokrin (korteks adrenal)* dan *sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis)*.

Mekanisme pertama dimulai ketika hipotalamus menerima stimulus kecemasan, kemudian ia akan melepaskan *Corticotrophin Releasing Hormone (CRH)* yang akan menginstruksikan kelenjar hipofisis bagian *anterior* untuk mengeluarkan *Adrenocorticotropin Hormone (ACTH)*. Pengeluaran hormon ACTH akan mengaktifkan zona *fasikulata korteks adrenal* untuk pengeluaran hormon glukokortikoid yaitu kortisol. Hormon kortisol ini juga berperan dalam proses umpan balik negatif yang dihantarkan ke *hipotalamus* dan kemudian sinyal diteruskan ke



amigdala untuk memperkuat pengaruh kecemasan terhadap emosi seseorang.

Selain itu, umpan balik negatif ini akan merangsang hipotalamus untuk melepaskan hormon *Thirotropic Releasing Hormone* (TRH) dan akan menginstruksikan kelenjar *hipofisis anterior* untuk melepaskan *Thirotropic Hormone* (TTH). TTH ini akan menstimulasi kelenjar tiroid untuk mensekresikan hormon *tiroksin* yang mengakibatkan perubahan tekanan darah, frekuensi nadi dan juga peningkatan kecemasan. Mekanisme kedua yaitu melalui jalur sistem saraf otonom. Setelah stimulus diterima oleh *hipotalamus*, maka hipotalamus langsung mengaktifkan sistem saraf *simpatis* dan *parasimpatis*.

Aktivasi sistem saraf simpatis akan mengakibatkan terjadinya peningkatan frekuensi jantung, dilatasi *arteri koronaria*, *dilatasi pupil*, *dilatasi bronkus* dan meningkatkan aktivasi mental. Perangsangan saraf simpatis juga mengakibatkan aktivasi dari *medula adrenalis* sehingga menyebabkan pelepasan sejumlah besar *epineprin* dan *norepinefrin* ke dalam darah dan dibawa ke semua jaringan tubuh.

Epinefrin dan *norepinefrin* akan berikatan dengan reseptor β_1 dan α_1 *adrenergik* dan memperkuat *respon simpatis* untuk meningkatkan tekanan darah dan frekuensi nadi. Aktivasi saraf parasimpatis akan mengakibatkan terlepasnya *asetilkolin* dari *postganglion n. vagus* dan *asetilkolin* ini akan berikatan dengan reseptor *muskarinik* pada otot polos bronkus dan mengakibatkan peningkatan frekuensi nafas.

2.3.4 Ciri dan Gejala Kecemasan

Menurut Jeffrey 2005 dalam Sarifah 2016, ciri dan gejala dari kecemasan adalah:

1. Secara fisik meliputi kegelisahan dan anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, berkeringat, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara,



sulit bernafas, jantung berdebar keras atau berdetak kencang, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sering buang air kecil dan merasa sensitif, atau mudah marah.

2. Secara kognitif meliputi khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu atau ketakutan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi tanpa penjelasan yang jelas, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa semuanya tidak bisa lagi dikendalikan, merasa sulit memfokuskan pikiran dan berkonsentrasi.
3. Secara behavioral meliputi perilaku menghindar, menarik diri dari hubungan sekitar, melarikan diri dari masalah dan perilaku terguncang. Menurut Wilding dan Aileen (2013), seseorang yang mencemaskan kesehatannya akan cenderung mencari informasi kesehatan dari internet yang berkaitan dengan stresor kecemasan dengan tujuan meredakan kecemasan, tetapi justru secara tidak langsung mereka memperkuat kecemasan. Setelah mereka mendapatkan informasi tersebut, mereka akan menghabiskan waktu untuk merenungkan apa yang sudah mereka temukan dan memilih perilaku diam.

2.3.5 Jenis-Jenis Kecemasan

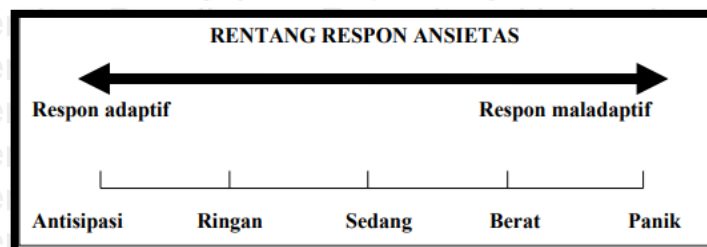
Menurut Annisa dan Ildil (2016), jenis kecemasan dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu:

1. Kecemasan ringan: Kecemasan yang ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.
2. Kecemasan sedang: Kecemasan yang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat



melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi yaitu sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

3. Kecemasan berat: Kecemasan berat ditandai dengan persepsi yang kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi, individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya serta mengganggu hubungan interpersonalnya.
4. Kecemasan sangat berat/ panik: Kecemasan yang berhubungan dengan terperangah. Pada kondisi ini, seseorang akan mengalami kehilangan kendali dan tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik dan menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian (Ratih, 2012).



Gambar 2.1 Rentang Respon Anxiety



Stuart (2012) menjelaskan rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan kecemasan yang mungkin muncul, sedangkan rentang yang paling maladaptif adalah panik dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku maupun kognitif. Seseorang berespon adaptif terhadap kecemasannya, maka tingkat kecemasan yang dialaminya ringan, semakin maladaptif respon seseorang terhadap kecemasan maka semakin berat pula tingkat kecemasan yang dialaminya.

2.3.6 Dampak Kecemasan

Menurut Hardiani (2012), dampak dari kecemasan dibagi kedalam beberapa simtom, antara lain:

1. Simtom suasana hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan kejadian yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Individu yang mengalami kecemasan akan mengalami gangguan tidur sehingga menyebabkan sifat mudah marah atau sensitif.

2. Simtom kognitif

Kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran terhadap hal-hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Seseorang tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah riil yang ada sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif dan akhirnya ia akan menjadi lebih merasa cemas.

3. Simtom motor

Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi



pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari segala hal yang bersifat mengancam. Individu yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang sehingga memperlihatkan jari kaki yang mengetuk-ngetuk dan terkejut dengan suara yang terjadi secara tiba-tiba. Kecemasan akan dirasakan oleh semua orang, terutama jika ada tekanan perasaan ataupun tekanan jiwa.

2.3.7 Pengukuran Kecemasan

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan kuisioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Uji validitas pada penelitian ini tidak dilakukan karena HARS telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Nursalam di Indonesia pada tahun 2003 terhadap 30 responden (Nursalam 2003 dalam Masruroh 2015). HARS merupakan alat ukur tingkat kecemasan yang telah banyak dilakukan kepada ibu hamil di Indonesia dan juga telah diterima secara internasional. Menurut skala HARS, terdapat 14 gejala yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan yaitu:

1. Perasaan cemas: Firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
2. Ketegangan: Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan: Takut terhadap gelap, terhadap orang asing, takut bila ditinggal sendiri.
4. Gangguan tidur: Sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan: Penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.



6. Perasaan depresi: Hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala somatik: Nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: Perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskular: Takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pernafasan: Rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
11. Gejala gastrointestinal: Sulit menelan, obstipasi, berta badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital: Sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorhea, ereksi lemah dan impotensi.
13. Gejala vegetatif: Mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, pusing atau sakit kepala.
14. Tingkah laku: Gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan nafas pendek dan cepat.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian nilai antara 0-4, yang artinya adalah: 0= tidak ada gejala, 1= gejala ringan, 2= gejala sedang, 3= gejala berat dan 4= gejala berat sekali. Selanjutnya, masing-masing nilai dari ke-

14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut



dapat diketahui derajat kecemasan seseorang yang terdiri dari kecemasan ringan, sedang, berat dan sangat berat.

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)	
Below is a list of phrases that describe certain feeling that people have. Rate the patients by finding the answer which best describes the extent to which he/she has these conditions. Select one of the five responses for each of the fourteen questions.	
0 = Not present, 1 = Mild, 2 = Moderate, 3 = Severe, 4 = Very severe	
1 Anxious mood Worries, anticipation of the worst, fearful anticipation, irritability.	0 1 2 3 4
2 Tension Feelings of tension, fatigability, startle response, moved to tears easily, trembling, feelings of restlessness, inability to relax.	0 1 2 3 4
3 Fears Of dark, of strangers, of being left alone, of animals, of traffic, of crowds.	0 1 2 3 4
4 Insomnia Difficulty in falling asleep, broken sleep, unsatisfying sleep and fatigue on waking, dreams, nightmares, night terrors.	0 1 2 3 4
5 Intellectual Difficulty in concentration, poor memory.	0 1 2 3 4
6 Depressed mood Loss of interest, lack of pleasure in hobbies, depression, early waking, diurnal swing.	0 1 2 3 4
7 Somatic (muscular) Pains and aches, twitching, stiffness, myoclonic jerks, grinding of teeth, unsteady voice, increased muscular tone.	0 1 2 3 4
8 Somatic (sensory) Tinnitus, blurring of vision, hot and cold flushes, feelings of weakness, pricking sensation.	0 1 2 3 4
9 Cardiovascular symptoms Tachycardia, palpitations, pain in chest, throbbing of vessels, fainting feelings, missing beat.	0 1 2 3 4
10 Respiratory symptoms Pressure or constriction in chest, choking feelings, sighing, dyspnea.	0 1 2 3 4
11 Gastrointestinal symptoms Difficulty in swallowing, wind abdominal pain, burning sensations, abdominal fullness, nausea, vomiting, borborygmi, looseness of bowels, loss of weight, constipation.	0 1 2 3 4
12 Genitourinary symptoms Frequency of micturition, urgency of micturition, amenorrhea, menorrhagia, development of frigidity, premature ejaculation, loss of libido, impotence.	0 1 2 3 4
13 Autonomic symptoms Dry mouth, flushing, pallor, tendency to sweat, giddiness, tension headache, raising of hair.	0 1 2 3 4
14 Behavior at interview Fidgeting, restlessness or pacing, tremor of hands, furrowed brow, strained face, sighing or rapid respiration, facial pallor, swallowing, etc.	0 1 2 3 4

Gambar 2.2 Kuisiener Hamilton Anxiety Rating Scale

2.4 Kecemasan dalam Kehamilan

Periode trimester III merupakan periode menunggu dikarenakan ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran janinnya. Pada periode ini pula, ibu meningkatkan kewaspadaannya terhadap timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan janinnya. Selain itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dengan janinnya sehingga pada trimester ini ibu memerlukan dukungan dari suami dan keluarganya. Menurut Jannah (2012), adapun beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan Ibu hamil yaitu:

1. Stressor Internal

Stresor internal adalah stresor yang berasal dari dalam diri ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan janin dalam kandungan. Stresor internal meliputi kecemasan yang dialami dalam diri ibu hamil tersebut, misalnya kurang percaya diri,



perubahan penampilan, perubahan peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, persalinan dan kehilangan pekerjaan.

2. Stresor Eksternal

Stresor eksternal merupakan pemicu stres yang berasal dari luar diri ibu, seperti: status sosial, *relationship*, kasih sayang, *support* mental, *broken home*, dan respon negatif dari lingkungan.

3. Pengalaman pada masa lalu

Pengalaman buruk yang terjadi pada ibu dapat mempengaruhi psikologis ibu. Dampak psikologi yang muncul adalah gangguan rasa nyaman pada ibu sehingga mempengaruhi perasaan ibu dan dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin.

Menurut Astria (2009), adapun karakteristik ibu hamil yang mempengaruhi kecemasan dalam menghadapi persalinan antara lain:

1. Usia ibu

WHO memberikan rekomendasi bahwa usia yang dianggap paling aman menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Kehamilan di umur kurang dari 20 tahun dapat menimbulkan masalah dikarenakan kondisi fisik yang belum siap, sedangkan setelah umur 35 tahun, sebagian wanita digolongkan pada kehamilan beresiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan adanya penyulit pada saat proses persalinan.

2. Graviditas

Graviditas merupakan frekuensi kehamilan yang pernah ibu alami. Pada ibu yang primigravida, kehamilan yang dialaminya merupakan pengalaman pertama kali, sehingga pada saat trimester III, kecemasan yang dirasakan semakin meningkat. Ibu akan cenderung merasa cemas dengan kehamilannya, merasa



gelisah, dan takut menghadapi persalinan terutama jika rendahnya informasi yang didapatkan terkait proses persalinan, sedangkan ibu yang pernah hamil sebelumnya (multigravida) juga mengalami kecemasan yang dikaitkan dengan pengalaman masa lalu yang pernah dialaminya.

3. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin berkualitas pengetahuan dan semakin matang intelektualnya. Mereka cenderung lebih memperhatikan kesehatan dirinya dan keluarganya, begitu pun sebaliknya yaitu rendahnya pendidikan akan menyebabkan seseorang mengalami kecemasan karena kurangnya informasi yang didapatkan oleh orang tersebut.

4. Status kesehatan

Status kesehatan dapat diketahui dengan memeriksakan kehamilan ke pelayanan kesehatan. Pemeriksaan bertujuan untuk memantau kemajuan kehamilan, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental ibu hamil serta mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Ibu yang mengalami gangguan kesehatan selama kehamilan tentu akan mengalami resiko kecemasan yang semakin meningkat. Berikut ini dampak negatif kecemasan yang ditimbulkan untuk ibu dan janin adalah:

1. Dampak untuk ibu

Menurut Difarissa *et al.*, (2016), kecemasan dapat mengakibatkan menurunnya kontraksi uterus, sehingga persalinan akan bertambah lama. Jika ibu mengalami kecemasan, maka akan memicu pelepasan hormon *katekolamin* dan *adrenalin*. Pelepasan hormon ini dapat menghambat pelepasan hormon *oksitosin* (hormon yang dihasilkan secara alamiah oleh



tubuh yang bertujuan untuk merangsang kontraksi rahim). Jika hormon oksitosin dihambat, maka akan melemahkan kekuatan dari kontraksi rahim. Hal tersebut dapat berakibat terjadinya partus fase aktif kala I lama. Partus kala I fase aktif yang memanjang dapat menimbulkan dampak terhadap ibu maupun janin. Dampak tersebut dapat menyebabkan peningkatan *insidensi atonia uteri*, laserasi perdarahan, infeksi, kelelahan ibu, dan syok. Jika dilihat dari segi psikologis, kecemasan berkaitan dengan *depresi postpartum* karena terjadi gangguan emosional pada ibu sejak kehamilan.

2. Dampak untuk bayi

Menurut Spitz (2013), kecemasan pada kehamilan juga berkaitan dengan BBLR dan gangguan perkembangan kognitif dan motorik janin. Ibu yang mengalami kecemasan beresiko terjadinya peningkatan resistensi *arteri uterina* yang menyebabkan berkurangnya aliran darah ke bayi sehingga menimbulkan *fetal distress* sehingga sangat memungkinkan terjadinya kelahiran prematur. Ketika ibu hamil merasakan kecemasan, tubuhnya akan memproduksi hormon yang dapat berdampak kepada janin yaitu *epinephrine* dan *norepinephrine* yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi suplai oksigen ke rahim.

2.5 Prenatal Attachment

2.5.1 Definisi Prenatal Attachment

Menurut Ossa *et al.*, (2011), *prenatal attachment* adalah konsep yang mewakili keterikatan atau hubungan antara ibu dan janin yang melibatkan kemampuan kognitif dan emosional yang dilakukan pada saat kehamilan. Pisoni *et al.*, (2014) menggambarkan bahwa *prenatal attachment* adalah suatu perilaku, persepsi dan emosi ibu terhadap janinnya. Hubungan antara ibu dan janin ini



adalah suatu ikatan emosional yang berkembang saat kehamilan dan berkaitan pula dengan kualitas hubungan antara ibu dan bayi setelah melahirkan. *Prenatal attachment* berkaitan dengan upaya ibu hamil menunjukkan kasih sayang kepada janinnya, melindungi, memperhatikan janin, berinteraksi dengan janin dan peka terhadap kebutuhan janin (Ozkanb dan Hediye 2017).

2.5.2 Komponen Prenatal Attachment

Menurut Helen dan Anona (2008), *prenatal attachment* telah dikembangkan menjadi 4 komponen penting yaitu *kognitif*, *emosional*, *behaviour* dan *health practice*. Pertama, *kognitif* berarti kemampuan ibu untuk mengkonseptualisasikan janin dan mampu berfantasi tentang janinnya. Kedua, *emosional* berarti kemampuan ibu untuk memberikan perhatian, empati, dan kasih sayang kepada janinnya. Ketiga, *behaviour* berarti kemampuan ibu untuk menanggapi respon janin dan berinteraksi dengan janinnya. Keempat, *health practice* berarti kemampuan ibu untuk melakukan praktik kesehatan untuk menunjang pertumbuhan janin serta melindungi janin dari hal-hal yang berbahaya.

2.5.3 Faktor yang Mempengaruhi Prenatal Attachment

Menurut Hassan dan Fawzia (2017), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *prenatal attachment* adalah:

1. Demografi, faktor demografi dapat berupa usia ibu, pendidikan dan pendapatan.
 - a. Usia ibu

Menurut Baghdari *et al.*, (2016), usia ibu berhubungan dengan *prenatal attachment* karena usia ibu yang semakin tua biasanya telah memiliki anak dan tanggung jawab yang lebih besar sehingga membuat hubungan ibu dan janin yang dikandungnya tidak



maksimal. Ibu yang memiliki usia diatas 35 tahun memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih rendah dibandingkan usia yang lebih muda.

b. Usia kehamilan

Pada penelitian yang dilakukan di Italia tahun 2017 yang melibatkan 535 ibu hamil, didapatkan bahwa sebesar 76,3% ibu hamil yang berada pada tahap trimester III memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang masih berada di tahap trimester I dan II. Hal tersebut terjadi karena semakin tinggi usia kehamilan ibu, maka ibu merasa lebih mudah berinteraksi dengan janinnya karena perkembangan dari segi pendengaran dan gerakan janin juga telah baik (Busonera *et al.*, 2017).

c. Pendidikan

Menurut Hassan dan Fawzia (2017), pendidikan yang tinggi dapat meningkatkan ibu mendapatkan informasi tentang perkembangan janin yang dikandungnya dan cenderung memperlihatkan perilaku positif pada janinnya sehingga terjadi peningkatan *prenatal attachment*. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian di Korea tahun 2011 yang melibatkan 166 ibu hamil, didapatkan 77,01% ibu yang memiliki pendidikan yang rendah mempunyai skor *prenatal attachment* yang rendah (Kwon *et al.*, 2011). Studi lain menyebutkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi biasanya memiliki tanggung jawab lebih banyak dan secara negatif akan mempengaruhi interaksi dan hubungan dengan janinnya.



d. Pendapatan

Menurut Solomon *et al.*, 2008 dalam Hassan dan Fawzia 2017, ketidakcukupan keuangan dapat menyebabkan ibu menjadi lebih sibuk dan bekerja lebih keras demi pemasukan keluarganya, hal tersebut menjadikan ibu tidak mampu merespon secara efektif hubungannya dengan janinnya.

2. Kondisi psikologis

Faktor psikologis dapat berupa stres, depresi dan kecemasan. Menurut Ozkanb dan Hediye (2017), ibu yang mengalami stres dan depresi pada masa kehamilannya akan menolak janinnya sehingga hubungannya akan negatif dengan janinnya. Hal ini sejalan juga dengan penelitian Kwon *et al.*, (2011) yang menyatakan bahwa kondisi psikologis sangat berpengaruh terhadap *prenatal attachment*.

3. Dukungan Sosial

Menurut Facello 2008 dalam Hassan dan Fawzia 2017, dukungan sosial berkorelasi secara signifikan dengan *prenatal attachment*. Dukungan yang diterima ibu dari suami dan keluarga akan mempengaruhi perasaan dan hubungan ibu pada lingkungan sekitarnya, termasuk hubungan dengan janinnya. Pada penelitian yang dilakukan di Korea tahun 2011 telah melibatkan 166 ibu hamil menunjukkan 77,03% ibu yang memiliki dukungan keluarga yang baik memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi (Kwon *et al.*, 2011). Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Indonesia tahun 2016 yang melibatkan 77 ibu hamil, didapatkan 80,5% ibu hamil yang memiliki dukungan keluarga yang baik memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi (Alvianty, 2016).



4. Riwayat Graviditas

Menurut Hassan dan Fawzia (2017), jumlah gravida berkorelasi dengan *prenatal attachment*. Semakin banyak jumlah graviditas ibu, maka skor *prenatal attachmentnya* semakin rendah. Pada penelitian yang dilakukan di Italia pada tahun 2017 yang melibatkan 535 ibu hamil, didapatkan 86,4% ibu primigravida memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Moussa *et al*, 2010 dalam Hassan dan Fawzia 2017, ibu yang primigravida cenderung akan memiliki keinginan kuat dan mengambil peran baru dalam kehamilannya sehingga akan membentuk hubungan yang sangat baik dengan janinnya.

5. Perencanaan kehamilan

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hurtado (2015), kehamilan yang direncanakan berhubungan dengan *prenatal attachment* yang baik. Hasil penelitian tersebut tidak sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Hassan dan Fawzia (2017) yang mengatakan bahwa perencanaan kehamilan tidak berkorelasi dengan *prenatal attachment*.

2.5.4 Manfaat Prenatal Attachment

Menurut Ossa *et al.*, (2011), *prenatal attachment* telah terbukti menjadi prediktor yang baik untuk membentuk ikatan antara ibu dan janin dan dapat membentuk perilaku ibu yang sehat selama kehamilan. Selain itu, interaksi yang dilakukan sejak awal akan membentuk kepribadian dan emosional yang baik pada anak di masa mendatang. Kualitas hubungan antara janin dan orang tuanya merupakan faktor penting mempengaruhi kesejahteraan anak nantinya. Jika interaksi yang dibangun saat kehamilan baik, maka setelah bayi lahir, ibu akan lebih mudah melakukan proses pengenalan (*bonding attachment*) dengan



bayinya. Menurut Maddahi *et al.*, (2016), *prenatal attachment* yang baik juga sangat berpengaruh pada hasil kehamilan. Ibu yang memiliki *prenatal attachment* yang baik akan melahirkan anak-anak yang sehat dan menurunkan BBLR. Hal tersebut terjadi karena peningkatan keterikatan ibu dan janin dapat mendorong perilaku yang sehat selama kehamilan seperti tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi nutrisi yang tepat, melakukan perawatan yang berkelanjutan dan mendapatkan informasi atau pengetahuan tentang perkembangan janin sehingga mendapatkan hasil kehamilan yang baik.

Ketika anak-anak berkembang pada tahun pertama dan memiliki hubungan yang baik serta nyaman dengan orang tuanya, mereka umumnya memiliki pertumbuhan kognitif dan sosial yang lebih baik. Menurut Goecke *et al.*, (2012), *prenatal attachment* juga memiliki korelasi yang signifikan ($p=0,000$, $p<0,01$) dengan kejadian *depresi postpartum*. Semakin tinggi skor *prenatal attachment* ibu, maka semakin rendah resiko kejadian *depresi postpartum* karena ibu akan lebih aktif, lebih peduli dengan bayinya dan akan memperlihatkan bahwa ibu telah siap menerima janinnya dari segi emosional sehingga dapat mengurangi kejadian *depresi postpartum*.

2.5.5 Pengukuran Prenatal Attachment

Menurut Ossa *et al.*, 2011, pada awalnya instrumen yang digunakan untuk mengukur prenatal attachment adalah instrumen Cranley yang dikenal dengan *Maternal Fetal Attachment Scales* (MFAS). Instrumen tersebut lebih menekankan pada aspek *emosional* dan *behaviour*. Empat tahun kemudian, Candon membuat instrumen baru yang dikenal dengan *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS) yang menekankan pada aspek *kognitif* dan *behaviour*. Pada tahun 1993, kemudian Muller mengkritisi skala *Cranley* dan *Candon* dan



mengembangkan skala tersebut dengan menekankan aspek afiliasi yang diberi nama *Prenatal Attachment Inventory* (PAI). Menurut Muller 1993 dalam Busonera et al., (2017) pada awalnya, Muller mengidentifikasi *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) menjadi 48 item pernyataan yang terdiri dari *affection, feeling, attitude dan behaviour*, kemudian beberapa penelitian telah melakukan evaluasi sehingga menetapkan 29 item pernyataan. Setelah itu dilakukan evaluasi sehingga menghasilkan 21 item pernyataan. Sejak saat itu, PAI terus dikembangkan dan dianalisa dengan menggunakan *exploratory factor analysis* dan *confirmatory factor analysis* sehingga didapatkan 4 konsep besar yaitu *preparedness, fantasy, behaviour dan interaksi*. Pada penelitian yang dilakukan di Swedia, *Prenatal Attachment Inventory* telah divalidasi dengan melibatkan 171 ibu hamil yang terdiri dari 5 konsep besar yaitu *differentiation of self from the fetus, affection, fantasy, sensitivity dan interaction*.

Menurut Busonera et al., (2017), hingga saat ini *prenatal attachment* telah banyak dimodifikasi, dikembangkan dan disesuaikan dengan kebudayaan masing-masing negara termasuk Saudi Arabia. Komponen PAI versi Saudi Arabia pun telah disesuaikan dengan konsep *Helen dan Anona* yang menekankan 4 aspek yaitu *kognitif, emosional, behaviour dan health practice*.



Berikut contoh kuisisioner dari Italia, Swedia dan Saudi Arabia:

Items	
2.	I imagine calling the baby by name
1.	I wonder what the baby looks like now
14.	I try to imagine what the baby is doing in there
12.	I buy/make things for the baby
15.	I like to sit with my arms around my tummy
18.	I stroke the baby through my tummy
13.	I feel love for the baby
3.	I enjoy feeling the baby move
21.	I get very excited when I think about the baby
19.	I share secrets with the baby
17.	I know why the baby is moving
16.	I dream about the baby
6.	I know things I do make a difference for the baby
4.	I think that my baby already has a personality
20.	I know the baby hears me
7.	I plan the things I will do with my baby
11.	I can make my baby move
10.	I know when the baby is asleep
9.	I imagine what part of the baby I'm touching
5.	I let other people put their hands on my tummy to feel the baby move
8.	I tell others what the baby does inside me

Gambar 2.3 Kuisisioner Prenatal Attachment Inventory versi Italia

1.	I wonder what the baby looks like now.
2.	I imagine calling the baby by name.
3.	I enjoy feeling the baby move.
4.	I think that my baby already has a personality.
5.	I let other people put their hands on my tummy to feel the baby move.
6.	I know things I will do make a difference to the baby.
7.	I plan the things I will do with my baby.
8.	I tell others what the baby does inside me.
9.	I imagine what part of the baby I'm touching.
10.	I know when the baby is asleep.
11.	I can make my baby move.
12.	I feel love for the baby.
13.	I like to sit with my arms around my tummy.
14.	I dream about the baby.
15.	I know why the baby is moving.
16.	I stroke the baby through my tummy.
17.	I know the baby hears me.
18.	I get very excited when I think about the baby.

Gambar 2.4 Kuisisioner Prenatal Attachment Inventory versi Swedia



1	I wonder what the baby looks like.
2	I imagine calling the baby by name.
3	I enjoy feeling the baby move.
4	I think that my baby already has a personality.
5	I let close friends and family members to put their hands on my tummy to feel the baby move.
6	I know things I do make a difference to the baby.
7	I plan the things I will do with my baby.
8	I tell others what the baby does inside me.
9	I imagine what part of the baby I'm touching.
10	I know when the baby is asleep.
11	I can make my baby move.
12	I buy/make things for the baby.
13	I feel love for the baby.
14	I try to imagine what the baby is doing in there.
15	I like to sit with my arms around my tummy.
16	I dream about the baby.
17	I know why the baby is moving.
18	I touch and tap gently on my tummy so the baby can feel me.
19	I share secrets with the baby.
20	I know the baby hears me.
21	I get very excited when I think about the baby.
22	I can't wait to hold, smell, and take care of my baby.
23	I am careful with my activities so that nothing will hurt my baby.
24	If I feel that my baby is not comfortable, I will change my position.
25	I eat healthy food to have a healthy baby.

Gambar 2.5 Kuisiener Prenatal Attachment Inventory versi Saudi Arabia

Ketiga kuisiener tersebut menggunakan skala *likert* yang terdiri dari skor 1 (tidak pernah), skor 2 (jarang), skor 3 (sering) dan skor 4 (selalu). Penentuan skoring untuk *prenatal attachment* versi Saudi Arabia ini berkisar antara 25-100 dengan penentuan skor 25-50 dianggap skor rendah, 51-75 dianggap skor sedang dan 76-100 dianggap skor tinggi.

2.6 Praktik Mandiri Bidan (PMB)

2.6.1 Definisi Praktik Mandiri Bidan

Praktik mandiri bidan merupakan bentuk pelayanan kesehatan di bidang kesehatan dasar. Praktik bidan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan kepada pasien (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya. Bidan yang



menjalankan praktik harus memiliki surat izin praktik sehingga dapat menjalankan praktik (Listyowaty *et al.*, 2015). Praktik mandiri bidan memiliki berbagai persyaratan khusus untuk menjalankan praktiknya, seperti tempat atau ruangan praktik, peralatan dan obat – obatan.

2.6.2 Tujuan Praktik Mandiri Bidan

Menurut Ambarwati 2010 dalam Listyowaty *et al.*, 2015, tujuan dari adanya praktik mandiri bidan adalah:

1. Meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, kesehatan bayi dan anak balita, serta pelayanan dan konseling pemakaian kontrasepsi serta keluarga berencana melalui upaya strategis.
2. Terjangungnya seluruh kasus risiko tinggi ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir untuk mendapatkan penanganan yang memadai sesuai kasus dan rujukannya.
3. Meningkatkan perilaku hidup sehat pada ibu, keluarga dan masyarakat yang mendukung upaya penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

2.6.3 Fasilitas Praktik Mandiri Bidan

Fasilitas di praktik bidan terdiri dari ruang tunggu, ruang periksa, ruang bersalin, ruang, ruang nifas, kamar mandi/wc dan ruangan lain sesuai kebutuhan. Bangunan praktik bidan mandiri harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut. Fasilitas tersebut harus didukung oleh sarana air yang bersih, sistem pencahayaan yang cukup, ventilasi atau sirkulasi yang baik (Permenkes RI, 2017).



2.6.4 Wewenang Bidan

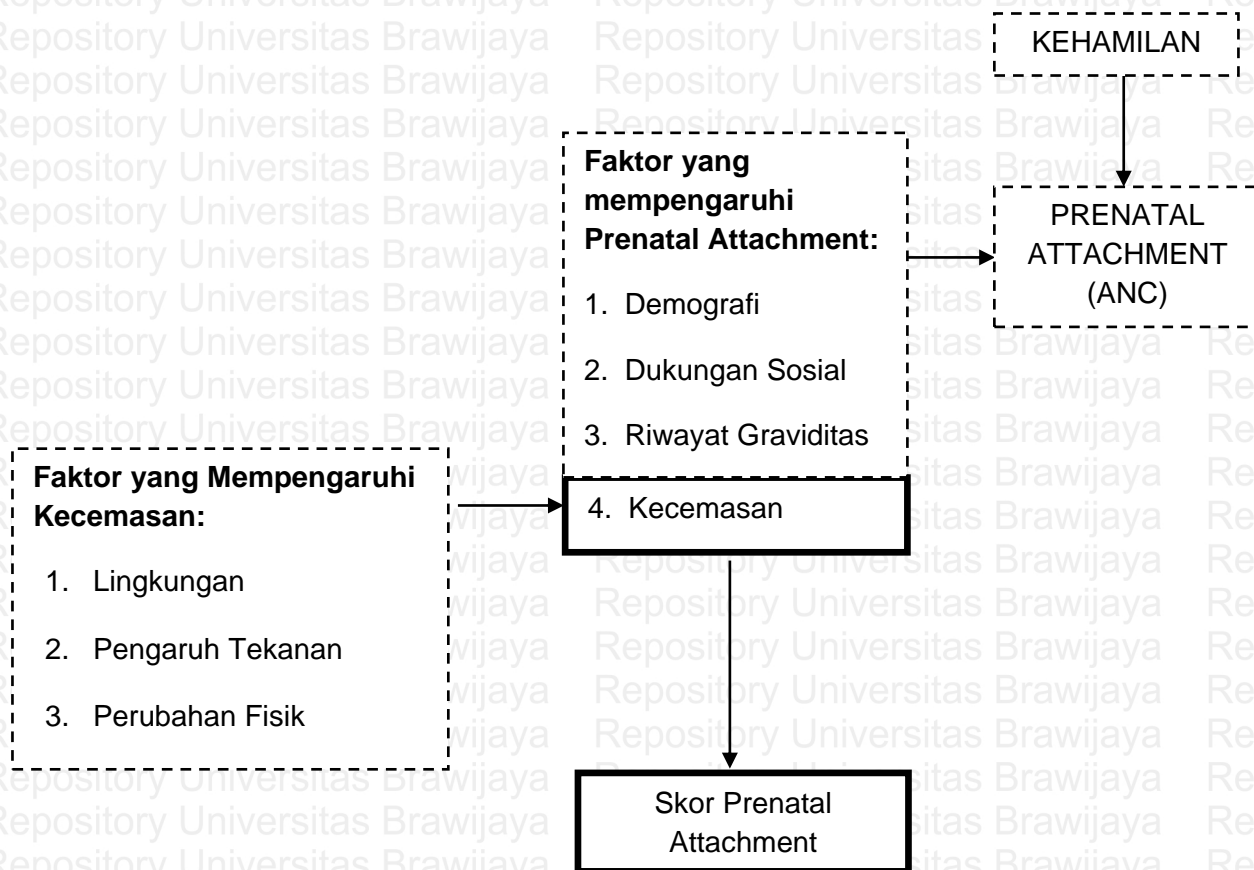
Menurut Permenkes RI (2017), bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kepada ibu, pelayanan kesehatan kepada anak, pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Pertama, pelayanan yang dapat diberikan pada ibu dapat berupa konseling kehamilan, *antenatal care* pada kehamilan normal, persalinan normal, nifas normal dan ibu menyusui. Kedua, pelayanan yang dapat diberikan kepada anak dapat berupa pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah dan konseling serta penyuluhan. Ketiga, pelayanan yang dapat diberikan oleh bidan dalam hal kesehatan reproduksi dan keluarga berencana dapat berupa penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak Diteliti



Keterangan Kerangka Konsep:

Kecemasan merupakan suatu keadaan emosional yang menimbulkan respon fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah lingkungan sekitar, adanya tekanan, dan perubahan fisik seperti kehamilan. Menurut Maimunah (2009), ibu hamil yang memasuki trimester III memiliki tingkat kecemasan yang tinggi dalam menghadapi persalinannya.

Menurut Jeffrey 2005 dalam Sarifah 2016, individu yang mengalami kecemasan cenderung memiliki perilaku diam dan menghindari serta menarik diri hubungan sekitarnya, sedangkan menurut Wilding dan Aileen (2013), ibu yang mencemaskan kesehatannya akan cenderung mencari berbagai informasi yang berkaitan dengan kecemasan tersebut dengan tujuan meredakan kecemasan, namun secara tidak langsung, mereka justru memperhebat kecemasan. Setelah mereka mendapatkan informasi tersebut, mereka akan menghabiskan waktu untuk merenungkan apa yang sudah mereka temukan dan memilih perilaku diam. Pada ibu hamil yang akan menghadapi persalinan, ia akan berpikir bahwa proses persalinan adalah hal yang menakutkan. Pola pikir yang negatif akan mempengaruhi hubungan antara ibu dengan janinnya. Hubungan ini dinamakan *prenatal attachment*. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *prenatal attachment* adalah demografi (usia ibu, usia kehamilan, pendidikan dan pendapatan), dukungan sosial, riwayat graviditas, perencanaan kehamilan dan kecemasan. Ibu yang mengalami kecemasan berat cenderung kurang memperhatikan janinnya karena hanya terfokus pada pola pikir yang negatif yaitu persalinan yang menyakitkan, sehingga hubungan yang dibangun dengan



janinnya juga tidak maksimal.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan antara tingkat kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment*.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini bersifat *observasional analitik*. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif, model penelitian ini dengan metode *Cross Sectional*. Pendekatan *cross sectional* adalah pendekatan yang digunakan dalam penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment* pada waktu yang bersamaan.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang tercatat pada bulan Desember 2018 yaitu sebanyak 250 orang ibu hamil di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Rina Malang.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan anggota populasi yang dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah ibu hamil trimester

III yang sesuai dengan kriteria inklusi serta tercatat dalam periode 1 bulan.

Pemilihan sampel pada penelitian dihitung dengan menggunakan rumus slovin:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan : n = ukuran sampel

N = ukuran populasi



e = persen kelonggaran ketidakteelitian karena kesalahan

pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir atau diinginkan,

yaitu 10%.

$$n = \frac{250}{1 + 250 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{250}{1 + 2,5}$$

$$= 72 \text{ orang}$$

4.2.3 Teknik Sampling

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *Non Probability Sampling* dengan cara *Purposive Sampling* dengan kriteria responden yang akan ditentukan oleh peneliti.

a. Kriteria Inklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Usia ibu minimal 20 tahun dan maksimal 35 tahun
2. Usia kandungan ibu minimal 35 minggu
3. Pendidikan ibu minimal SMP
4. Ibu yang primipara dan multipara (maksimal telah melahirkan 4 orang anak)
5. Ibu yang berencana persalinan normal
6. Dapat berkomunikasi baik
7. Kooperatif dan mau mengisi kuisisioner

b. Kriteria Eksklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Ibu yang memiliki masalah atau beresiko tinggi dalam kehamilannya
2. Ibu yang buta huruf



4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen (bebas)

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan

4.3.2 Variabel Dependen (terikat)

Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah skor *prenatal attachment*

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Rina atau bidan Yulis Indriana, Amd. Keb dengan alamat: Jl. Simpang Kalpataru No. 01 Jatimulyo Lowokwaru, Kota Malang, Jawa Timur.

4.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada 19 Desember 2018 - 22 Januari 2019

4.5 Instrumen Penelitian

Penelitian ini, menggunakan instrumen berupa kuisisioner. Kuisisioner terdiri dari 2 macam yaitu kuisisioner untuk mengukur tingkat kecemasan dengan menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dan kuisisioner untuk mengukur *attachment* ibu dan janinnya dengan menggunakan *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) versi Arabia. Kuisisioner HARS dipilih karena kuisisioner tersebut sudah sering dilakukan di Indonesia untuk mengukur tingkat kecemasan ibu hamil karena telah diuji validitas dan reliabilitas. Selain kuisisioner HARS, kuisisioner *Prenatal Attachment* versi Saudi Arabia juga dipilih karena dari segi geografis, Indonesia dan Saudi Arabia berada dalam benua yang sama yaitu Asia sehingga dari segi kebudayaan pun mengikuti budaya dari Timur. Instrumen yang dipilih dalam penelitian ini pun harus disesuaikan dengan budaya yang ada di Indonesia dan hal tersebut dapat tergambar dalam isi kuisisioner, misalnya pada



item no 5 yang pada kuisioner PAI versi Italia dan Swedia, jika diartikan menjadi “Saya membiarkan orang lain (orang asing) meletakkan tangan mereka di perut saya untuk merasakan gerakan bayi saya”. Dalam budaya barat, hal tersebut lumrah dilakukan oleh masyarakat disana, tetapi untuk budaya timur, orang lain atau orang yang dianggap asing tidak diperkenankan untuk meletakkan tangan mereka di perut ibu hamil sehingga nantinya akan mempengaruhi skor *prenatal attachment* seseorang. Pada tahun 2017, *prenatal attachment Muller* telah dikembangkan dan diuji validitas serta reliabilitas di Saudi Arabia menjadi 25 item pertanyaan dengan *p-value* 0,00009 dan *alpha cronbach* ($\alpha=0,89$) (Dima Arafah, 2017). Metode yang digunakan dalam kuisioner adalah checklist.

4.5.1 Uji Validitas

Uji validitas kuisioner *Prenatal Attachment Inventory* Versi Arabia perlu dilakukan dalam penelitian ini. Pengujian validitas data digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dianggap valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang diukur oleh kuesioner tersebut. Pengukuran tingkat validitas item-item pertanyaan kuesioner terhadap tujuan pengukuran adalah dengan melakukan korelasi antar skor item pertanyaan dengan skor variabel. Uji signifikansi ini membandingkan korelasi antara nilai masing-masing item pertanyaan dengan nilai total. Pengambilan keputusan berdasarkan nilai *p value* atau nilai signifikansi kurang dari 0,05 (5 persen), maka item pertanyaan tersebut dinyatakan valid dan sebaliknya jika nilai *p value* atau signifikansi sama dengan atau lebih dari 0,05 (5 persen) dinilai tidak valid (Syarifuddin, 2010).



4.5.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas kuisioner *Prenatal Attachment Inventory* Versi Arabia dalam penelitian ini perlu dilakukan. Uji reliabilitas adalah pengukuran untuk suatu gejala. Semakin tinggi reliabilitas suatu alat ukur, maka semakin stabil alat tersebut untuk digunakan. Alat ukur dikatakan *reliable* (handal) jika digunakan untuk mengukur berulang kali dalam kondisi yang relatif sama, akan menghasilkan data yang sama atau sedikit variasi. Tingkat reliabilitas suatu variable penelitian dapat dilihat dari hasil statistic *Cronbach Alpha* (α). Suatu variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai cronbach alpha $> 0,60$. Semakin nilai alphanya mendekati satu maka nilai reliabilitas datanya semakin terpercaya.

4.6 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Data
1.	Tingkat Kecemasan Ibu Hamil	Rasa khawatir yang dirasakan oleh ibu hamil trimester III dalam menghadapi persalinan	Kuisisioner terdiri dari 14 item pertanyaan dengan kriteria jawaban : 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Sering 4. Selalu	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i>	Dari 14 total item pertanyaan dengan skor tertinggi 56 klasifikasi : 1. Kecemasan Ringan 2. Kecemasan sedang 3. Kecemasan berat 5. Kecemasan sangat berat/ Panik	Ordinal
2.	Prenatal Attachment	Hubungan unik yang terbentuk antara ibu dan janin	Kuisisioner yang terdiri dari 25 item pernyataan dengan kriteria jawaban 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Sering 4. Selalu	<i>Prenatal Attachment Inventory (PAI)</i>	Skor <i>Prenatal Attachment Inventory (PAI)</i> akan dibagi menjadi 3 jenis yaitu 1. Skor Tinggi 2. Skor Sedang 3. Skor Rendah	Ordinal

4.7 Metode Pengumpulan Data

4.7.1 Prosedur Penelitian

Adapun prosedur penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah:

1. Meminta surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
2. Meminta izin ke praktik mandiri bidan (PMB) Rina sebagai tempat penelitian dilakukan
3. Mengajukan permohonan laik etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk melakukan penelitian
4. Mengidentifikasi responden yang disesuaikan dengan kriteria inklusi
5. Menjelaskan prosedur penelitian, tujuan penelitian serta memberikan informed consent kepada responden
6. Setelah responden setuju untuk menjadi responden penelitian, maka peneliti memberikan lembar kuisioner kepada responden untuk mengisi lembar kuisioner
7. Mengolah dan menganalisa data

4.7.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengambilan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan data primer dan sekunder. Data primer dari kecemasan dan *prenatal attachment* didapatkan dari lampiran kuisioner Hamilton *Anxiety Rating Scale* (HARS) dan *Prenatal Attachment Inventory* yang diisi sendiri oleh ibu, meliputi karakteristik ibu (nama, usia, paritas, usia kehamilan pendidikan terakhir) dan data sekunder didapatkan dari rekam medis dari bidan Rina dan atau buku KIA ibu terkait dengan kondisi kehamilannya.

4.7.3 Metode Pengolahan Data

Setelah data terkumpul kemudian peneliti melakukan pengolahan data dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Editing

Memeriksa data yang telah dikumpulkan dengan pemeriksaan kelengkapan jawaban kuisisioner yang diisi oleh responden

2. Coding

Peneliti melakukan proses identifikasi berupa pemberian kode dengan cara pemberian nomor pada lembar kuisisioner sesuai dengan waktu kedatangan responden

3. Skoring

Responden menjawab pertanyaan kuisisioner dengan memberikan tanda checklist (√) pada setiap jawaban yang telah disediakan. Kemudian, peneliti melakukan pemberian skor dengan kategori yang telah ditentukan yang disusun secara bertingkat.

4. Tabulating

Setelah dilakukan skoring, kemudian dilakukan tabulasi data ke dalam tabel yang sudah disiapkan untuk dikategorikan sesuai dengan kelompok masing-masing



4.7.4 Langkah Kerja

Peneliti meminta surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti meminta izin ke praktik bidan Rina sebagai tempat penelitian

Peneliti mengajukan permohonan laik etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti mengidentifikasi responden yang disesuaikan dengan kriteria inklusi

Peneliti mendatangi responden (ibu hamil trimester III) yang sedang menunggu giliran untuk dilakukan antenatal care (ANC)

Peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian

Peneliti memberikan kuisisioner kepada responden setelah mendapat persetujuan dari responden (*informed consent*)

Peneliti memberikan tanda terima kasih kepada responden yaitu berupa kotak makanan

Peneliti mengklasifikasikan data yang telah didapatkan dari responden dan melakukan analisa data penelitian

4.8 Analisa Data

4.8.1 Analisa Univariat

Peneliti melakukan analisa univariat dengan tujuan untuk analisa deskriptif variabel tingkat kecemasan ibu hamil yaitu dengan mengkategorikan usia ibu, usia kehamilan, paritas, pendidikan dan pekerjaan ibu. Usia ibu dibagi menjadi 3 kategori yaitu 21-25 tahun, 26-30 tahun dan 31-35 tahun. Usia kehamilan ibu akan dikelompokkan mulai 35 minggu sampai 41 minggu. Selain itu, paritas juga dibagi menjadi 2 kategori yaitu primigravida dan multigravida serta pendidikan terakhir ibu dibagi menjadi 7 kategori yaitu SMP, SMA, D1, D2, D3, S1 dan S2. Adapun penentuan skoring kecemasan akan dibagi menjadi ringan, sedang berat dan sangat berat sedangkan skoring *prenatal attachment* dibagi menjadi skor tinggi, menengah (sedang) dan rendah.

2.6.3 Analisa Bivariat

Peneliti melakukan analisa bivariat dengan tujuan untuk mengetahui hubungan variabel *independent* (tingkat kecemasan) dan *dependent* (skor *prenatal attachment*). Uji statistika yang akan digunakan adalah uji *Kendall Tau* dengan program SPSS versi 25 .

4.9 Etika Penelitian

Peneliti terlebih dahulu harus dinyatakan lulus uji *Ethical Clearance* yang memenuhi aspek etika penelitian dan mengajukan permohonan ijin kepada pihak institusi sebelum melakukan penelitian untuk memperoleh keterangan penelitian. Masalah etika penelitian harus diperhatikan yaitu sebagai berikut:

1. Respect for Person (Prinsip Menghormati)

Dalam penelitian ini, pelaksanaan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dilakukan dengan cara memberikan penjelasan kepada responden dengan menjelaskan dan membagikan lembar kuisioner yang

berisi penjelasan tentang penelitian, tujuan dan prosedur penelitian, manfaat serta dampak yang mungkin terjadi selama penelitian berlangsung. Peneliti juga meminta kesediaan menjadi responden, jika responden bersedia, maka responden dapat menandatangani lembar inform consent, tetapi jika responden tidak bersedia, maka peneliti tidak akan memaksa.

2. Beneficence (Berbuat Baik)

Peneliti senantiasa berbuat baik kepada setiap responden baik sebelum, selama, maupun setelah proses penelitian berlangsung. Dengan demikian, responden yang mengikuti penelitian ini diharapkan mendapatkan informasi tentang pentingnya mengurangi kecemasan sehingga skor prenatal attachmentnya menjadi lebih tinggi.

3. Justice (Berlaku Adil)

Setiap responden berhak untuk diperlakukan adil tanpa adanya diskriminasi selama keikutsertaannya dalam proses penelitian ini.

4. Non Maleficence (Tidak Merugikan)

Penelitian ini dilakukan tanpa adanya unsur menyakiti atau melukai perasaan responden sehingga lembar informasi dan kuisisioner dalam penelitian ini tidak menyinggung hal-hal yang tidak disukai responden. Meyakinkan kepada responden bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang diberikan tidak akan digunakan dalam hal yang dapat merugikan responden dengan cara memberikan pemahaman tentang maksud dan tujuan penelitian.





BAB V

HASIL DAN ANALISA DATA

Pada penelitian ini, hasil dan analisa data yang didapatkan dari hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment* di PMB Rina Malang pada tanggal 19 Desember hingga tanggal 22 Januari 2019 terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, gambaran karakteristik responden berdasarkan usia ibu, usia kehamilan, paritas, pendidikan dan pekerjaan ibu. Jumlah responden yang digunakan adalah 72 orang.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Praktik Mandiri Bidan (PMB) Yulis Indriana Amd. Keb (Bidan Rina) yang terletak di jalan Simpang Kalpataru No.1, Jatimulyo, Kec. Lowokwaru, Kota Malang yang merupakan lokasi strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat. PMB Rina ini berada di wilayah kerja puskesmas Kendalsari. Jarak antara puskesmas Kendalsari dengan tempat praktik bidan Rina \pm 1 km atau dapat ditempuh sekitar \pm 5 menit. Jumlah sumber daya manusia (SDM) yang ada di PMB Rina adalah 5 orang tenaga kesehatan dan 3 orang non tenaga kesehatan.

5.2 Data Umum Demografi Responden

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
Usia ibu		
21-25 tahun	26 orang	36%
26-30 tahun	19 orang	26%
31-35 tahun	27 orang	38%
Usia Kehamilan		
35 Minggu	13 orang	18%
36 Minggu	18 orang	25%
37 Minggu	22 orang	31%
38 Minggu	9 orang	13%
39 Minggu	4 orang	6%
40 Minggu	4 orang	6%
41 Minggu	2 orang	3%
Paritas		
Primigravida	29 orang	40%
Multigravida	43 orang	60%
Pendidikan Terakhir		
SMP	0 orang	0%
SMA	48 orang	67%
D1	2 orang	3%
D3	2 orang	3%
S1	13 orang	18%
S2	7 orang	10%
Pekerjaan		
Ibu Rumah Tangga	42 orang	58%
Karyawan Swasta	3 orang	4%
Wiraswasta	11 orang	15%
Guru	9 orang	13%
Mahasiswa	1 orang	1%
Dosen	6 orang	8%

Sumber : Data Primer 2018-2019

Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden, sebagian besar responden memiliki usia 31-35 tahun yaitu sebesar 38% (27 orang). Selain itu, sebagian besar responden juga memiliki usia kehamilan 37 minggu yaitu sebesar 31% (22 orang). Jika dilihat dari segi paritas, sebagian besar responden tergolong multigravida yaitu sebesar 60% (43 orang). Adapun jika dilihat dari segi pendidikan terakhir, sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SMA yaitu sebesar 67% (48 orang). Selain itu, jika dilihat dari segi pekerjaan, sebagian besar responden bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 58% (42 orang).

5.3 Hasil Analisa Data

5.3.1 Hasil Analisa Data Uji Univariat

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hasil Kuisisioner Responden

Kuisisioner Penelitian	Jumlah	Persentase
Tingkat Kecemasan		
Tidak Ada Kecemasan	15 orang	21%
Kecemasan Ringan	37 orang	51%
Kecemasan Sedang	12 orang	17%
Kecemasan Berat	8 orang	11%
Prenatal Attachment		
Skor Rendah	9 orang	13%
Skor Sedang	30 orang	42%
Skor Tinggi	33 orang	46%

Sumber : Data Primer 2018-2019

Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden, sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan yaitu sebesar 51% (37 orang) dan mayoritas

responden juga memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi yaitu sebesar 46% (33 orang).

5.3.2 Hasil Analisa Data Uji Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden, 15 orang (21%) tidak mengalami kecemasan yaitu 8 orang diantaranya memiliki skor *prenatal attachment* tinggi, 6 orang memiliki skor yang sedang dan 1 orang memiliki skor yang rendah. Responden yang mengalami kecemasan sebesar 37 orang (51%) yaitu 20 orang diantaranya memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi, 14 orang memiliki skor yang sedang dan 3 orang memiliki skor yang rendah. Responden yang mengalami kecemasan sedang sebesar 12 orang (17%) yaitu 5 orang diantaranya memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi, 5 orang memiliki skor yang sedang dan 3 orang mengalami skor yang rendah. Responden yang memiliki kecemasan berat sebesar 8 orang (11%) yaitu 5 diantaranya memiliki skor *prenatal attachment* yang sedang dan 3 orang memiliki skor yang rendah.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Terhadap Skor Attachment

Tingkat Kecemasan	Skor Prenatal Attachment			Total
	Tinggi	Sedang	Rendah	
Tidak ada Kecemasan	8 (11%)	6 (8%)	1 (2%)	15 (21%)
Kecemasan Ringan	20 (28%)	14 (20%)	3 (4%)	37 (51%)
Kecemasan Sedang	5 (7%)	5 (7%)	2 (3%)	12 (17%)
Kecemasan Berat	0 (0%)	5 (7%)	3 (4%)	8 (11%)
Total	33 (46%)	30 (42%)	9 (13%)	72 (100%)

Sumber : Data Primer 2018-2019

Berdasarkan uji statistik Kendall Tau yang telah dilakukan didapatkan bahwa *p-value* sebesar 0,019 (<0.05) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor

prenatal attachment. Nilai koefisien korelasi didapatkan sebesar $-0,250$ yang menunjukkan semakin tinggi tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, semakin rendah skor *prenatal attachment*nya.

Tabel 5.4 Hasil Uji Kendall Tau Tingkat Kecemasan dengan Skor Prenatal Attachment

Correlations				
			Tingkat Kecemasan	Prenatal Attachment
Kendall's tau_b	Tingkat Kecemasan	Correlation Coefficient	1.000	-.250
		Sig. (2-tailed)	.	.019
		N	72	72
	Prenatal Attachment	Correlation Coefficient	-.250	1.000
		Sig. (2-tailed)	.019	.
		N	72	72

Sumber : Hasil Uji Kendall Tau (SPSS versi 25)



BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment* di PMB Rina pada bulan Desember-Januari 2019. Sampel pada penelitian ini sesuai dengan tujuan penelitian tersebut.

6.1 Tingkat Kecemasan Ibu Menjelang Persalinan di PMB Rina Malang

Kecemasan adalah perasaan yang paling sering terjadi dialami oleh ibu hamil, terutama menjelang persalinan. Perasaan tersebut dapat diukur menggunakan kuisioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden ini, sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syahrul dan Eka (2014) yang didapatkan dari 34 responden bahwa kecemasan ringan dialami oleh 19 orang (55,9%), kemudian tingkat kecemasan sedang dialami oleh 10 orang (29,4%) dan kecemasan berat dialami sebanyak 5 orang (14, 7%). Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Ricardi *et al.*, (2014) yang berjudul "*Hubungan Usia Ibu Hamil Trimester 3 dengan Kecemasan Menghadapi Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Palimanan Cirebon*" didapatkan bahwa dari 32 responden, 17 orang diantaranya mengalami kecemasan ringan dan sisanya mengalami kecemasan sedang dan berat.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar kecemasan ringan dialami oleh kelompok responden yang berusia 31-35 tahun. Menurut

Heriani (2016) bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan yaitu usia ibu. Secara teori, jika dilihat dari kisaran usia, ibu yang berusia 20-35 tahun mengalami tingkat kecemasan ringan karena pada kelompok usia tersebut merupakan usia yang ideal atau sesuai bagi para ibu dalam melakukan persalinan. Ibu hamil yang memiliki usia <20 tahun dapat menimbulkan masalah di kehamilannya karena ketidaksiapan secara fisik maupun psikologis, sedangkan ibu hamil yang memiliki usia >35 tahun dapat meningkatkan resiko ibu menderita komplikasi, kelainan bawaan dan adanya penyulit saat persalinan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setyaningrum *et al.*, (2013) menunjukkan bahwa ibu hamil pada kelompok usia 20-35 tahun memiliki tingkat kecemasan ringan yaitu sebanyak 46,7%. Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan terdapat adanya hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan kecemasan.

Selain faktor usia, tingkat kecemasan juga sangat dipengaruhi oleh tingginya dukungan keluarga yang diterima oleh ibu. Hal tersebut terlihat dari suami atau anggota keluarga lain yang ikut mendampingi ibu untuk melakukan pemeriksaan (*antenatal care*). Menurut Handayani (2012), semakin tinggi dukungan dari suami atau keluarga, maka dapat mengurangi kecemasan yang dialami oleh ibu hamil karena ibu akan merasa diperhatikan dan menjadi lebih tenang dalam menjalani kehamilannya. Namun, jika dukungan keluarga yang diterimanya kurang, maka dapat menimbulkan kecemasan yang berat pada ibu hamil sehingga akan mempengaruhi proses kehamilan dan persalinannya. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Rahimah (2015) yang berjudul "*Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Dalam Menghadapi Persalinan Di Klinik Pratama Umum Pelita Hati Banguntapan Bantul*" menyebutkan bahwa ibu yang mendapatkan dukungan



keluarga yang baik akan cenderung mengalami kecemasan yang ringan bahkan tidak mengalami kecemasan.

Selain itu, kecemasan juga dipengaruhi oleh tingkat graviditas. Pada penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar ibu multigravida mengalami kecemasan ringan dan ibu primigravida cenderung mengalami kecemasan sedang dan berat. Menurut Utami dan Widya (2018), ibu primigravida mengalami kecemasan lebih tinggi dibandingkan dengan ibu multigravida dalam menghadapi persalinan disebabkan karena ibu baru pertama kali hamil. Pada kehamilan pertama (primigravida), mayoritas ibu hamil tidak mengetahui berbagai cara mengatasi masalah kehamilan sampai pada proses persalinan dengan lancar dan mudah, sehingga hal ini mempengaruhi kecemasan ibu primigravida dalam menghadapi persalinan dibandingkan dengan multigravida yang telah mengalami persalinan sebelumnya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syahrul dan Eka (2014) yang berjudul "*Perbedaan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Antara Primigravida dan Multigravida*" didapatkan bahwa 71,4% ibu multigravida mengalami kecemasan ringan sedangkan ibu primigravida sebagian besar mengalami kecemasan sedang dan berat. Selanjutnya, faktor lain yang juga ikut mempengaruhi kecemasan adalah tingkat pendidikan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang memiliki pendidikan terakhir SMA memiliki kecemasan ringan dan bahkan yang memiliki pendidikan terakhir S2 pun ada yang memiliki kecemasan yang berat. Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2010) yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan individu, maka semakin tinggi juga tingkat pengetahuan yang didapat sehingga lebih mudah untuk menerima informasi terutama dalam hal yang berhubungan dengan kesehatan. Ibu hamil trimester ketiga yang berpendidikan rendah atau tinggi





mempunyai peluang yang sama untuk terjadi kecemasan dalam menghadapi persalinan karena kecemasan yang terjadi tidak hanya tergantung pada pendidikan yang dimiliki tetapi juga tergantung dari pengetahuan, pengalaman persalinan sebelumnya, serta dukungan keluarga yang diterima. Penelitian tersebut juga sejalan dengan penelitian Rahmi (2010) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil trimester III.

Selain itu, jika dilihat dari segi pekerjaan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) mengalami kecemasan ringan. Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2010), bahwa bekerja umumnya adalah kegiatan yang menyita waktu sehingga ibu hamil yang bekerja mengalami kecemasan lebih ringan dibandingkan ibu yang tidak bekerja dikarenakan pekerjaan dapat mengalihkan perasaan cemas ibu. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan pada ibu hamil trimester III (Syahrul dan Eka, 2014).

Adapun faktor lain yang ikut berpengaruh terhadap tingkat kecemasan ibu hamil adalah berbagai kegiatan ibu hamil yang pernah diikutinya. Kegiatan tersebut dapat berupa kelas ibu hamil, prenatal yoga dan senam hamil. PMB Rina adalah salah satu tempat yang memfasilitasi berbagai kegiatan tersebut. Pelaksanaan kelas ibu hamil bermanfaat dalam hal persiapan, baik secara fisik maupun psikologis ibu dalam menghadapi persalinan. Jika dilihat dari segi psikologis, kegiatan ibu dapat meningkatkan kepercayaan diri yang cukup dalam sebagai modal untuk menghadapi persalinan. Hal ini disebabkan karena selama mengikuti kelas hamil, ibu diberikan penyuluhan mengenai persalinan, perawatan nifas dan perawatan janin baru lahir, sehingga melalui kegiatan kelas ibu hamil, mereka lebih siap dan kecemasan dapat berkurang dalam menghadapi

persalinan (Maula dan Irfana 2017).

Selain kelas ibu hamil, senam hamil juga memiliki korelasi yang kuat dengan kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan. Menurut Wibowo dan Inka (2012), ibu yang jarang atau bahkan tidak pernah mengikuti senam hamil maupun kelas ibu hamil akan cenderung mengalami kecemasan sedang hingga kecemasan berat. Jika sistem saraf simpatis meningkatkan rangsangan atau memacu organ tubuh seperti memacu peningkatan denyut jantung dan pernafasan, maka sebaliknya sistem saraf parasimpatis menstimulasi turunya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatis dan menaikkan semua fungsi yang diturunkan oleh sistem saraf simpati sehingga hal tersebut dapat menurunkan rasa tegang dan cemas.

Berbagai faktor yang dapat berkaitan dengan kecemasan tersebut jika tidak segera ditangani dengan baik dapat membawa dampak yang negatif bagi ibu maupun janinnya, baik secara fisik maupun psikologis. Kecemasan pada kehamilan dapat menyebabkan janin lahir prematur dan berat badan lahir rendah (BBLR). Gangguan akibat kecemasan yang dialami ibu juga berisiko menyebabkan kegawatdaruratan bagi ibu sendiri maupun bagi janin dalam proses persalinan yang dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas pada ibu dan janin. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu yang mengalami kecemasan selama kehamilan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami depresi setelah melahirkan atau yang dikenal dengan *postpartum blues* (Lee *et al.*, 2008).

6.2 Skor Prenatal Attachment Ibu di PMB Rina Malang

Prenatal attachment adalah hubungan yang dilakukan oleh ibu hamil kepada janinnya pada trimester III yang diukur dengan menggunakan kuisioner *Prenatal Attachment Inventory* (PAI). PAI ini dibagi menjadi 3 kategori yaitu skor

rendah (25-50), skor sedang (51-75) dan skor tinggi (76-100). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi dengan memiliki rentang nilai 76-100. Menurut Sukriani dan Suryaningsih (2018), beberapa faktor yang dapat berhubungan dengan tingginya skor *prenatal attachment* adalah usia ibu, usia kehamilan, dukungan keluarga dan penggunaan USG.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang berusia 20-30 tahun memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan ibu yang usianya 31-35 tahun. Ibu yang berusia lebih tua akan cenderung memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang usianya lebih muda. Jika dikaitkan dengan kondisi kehamilan, ibu yang memiliki usia lebih tua memiliki resiko tinggi dalam kehamilannya dan hal tersebut berkaitan dengan psikologis ibu sehingga dapat mempengaruhi perasaan dan perilaku ibu terhadap janinnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Pisoni *et al.*, (2014) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki resiko tinggi dalam kehamilannya akan mempengaruhi skor *prenatal attachment*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ustunsoz *et al.*, (2010) yang menyebutkan bahwa skor *prenatal attachment* akan menurun seiring dengan meningkatnya usia ibu hamil. Penelitian berbeda dilakukan oleh Sukriani dan Suryaningsih (2018) yang berjudul "*Faktor yang Berhubungan dengan Skor Prenatal Attachment Pada Ibu Hamil*" menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia ibu dan *prenatal attachment*. Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Torshizi & Sharifzadeh (2013) di Iran dan Abasi *et al.*, (2012) yang menyatakan tidak ada hubungan antara *prenatal attachment* dengan usia ibu. Selain itu, Yarcheski *et al.*, (2009) pada meta analisisnya menyatakan bahwa usia ibu tidak berhubungan secara signifikan dikarenakan adanya pengaruh dari faktor lain



berupa usia kehamilan dan faktor dukungan sosial.

Jika dilihat dari segi usia kehamilan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang memiliki usia kehamilan 35-37 minggu memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang usia kehamilannya ≥ 38 minggu. Hal tersebut disebabkan karena kekhawatiran ibu yang akan meningkat karena mendekati proses persalinan dan ibu akan lebih fokus mempersiapkan mentalnya demi kelancaran persalinan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sukriani dan Suryaningsih (2018) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki usia kehamilan >28 minggu memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi dibandingkan dengan usia kehamilan <28 minggu dikarenakan dengan bertambahnya usia kehamilan, maka gerakan janin akan semakin terasa dan hal tersebut semakin menguatkan ikatan batin antara ibu dan janin. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Walsh *et al.*, (2010) yang mendapatkan hasil bahwa ibu pada usia kehamilan lebih tinggi (23 dan 33 minggu) mempunyai skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi dibanding ibu dengan usia kehamilan 13 minggu.

Selain itu, jika dilihat dari segi faktor pendidikan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang memiliki pendidikan terakhir SMA hingga S2 sama-sama memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Abasi *et al.*, (2012) di Iran dan penelitian Hassan dan Fawzia (2017) yang juga memperoleh hasil bahwa tingkat pendidikan ibu tidak berhubungan dengan skor *prenatal attachment*. Penelitian tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sukriani dan Suryaningsih (2018), yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan skor *prenatal attachment*. Tidak adanya hubungan antara pendidikan ibu dengan skor *prenatal attachment* dikarenakan saat ini sudah terbukanya akses



informasi mengenai kehamilan dan kesehatan yang dapat diperoleh ibu melalui berbagai media. Seiring perkembangan zaman, informasi dan pengetahuan sudah dapat diakses sehingga memungkinkan adanya pengetahuan yang sama pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah maupun tinggi.

Adapun faktor yang juga berkaitan dengan skor *prenatal attachment* adalah pekerjaan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu yang tidak bekerja (ibu rumah tangga) memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cormick *et al.*, (2010) yang menemukan fakta bahwa pada ibu yang bekerja penuh waktu didapati skor yang lebih rendah pada beberapa aspek perkembangan kognitif anak. Namun, penelitian lain menunjukkan bahwa pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan skor *prenatal attachment*. Hal ini dapat dikarenakan pekerjaan tidak lagi menjadi penghalang dalam menjalani kehamilan. Pada ibu yang bekerja seringkali informasi yang didapatkan mengenai kesehatan menjadi lebih luas dan lebih banyak dibanding pada ibu yang tidak bekerja (Hassan dan Fawzia 2017).

Adapun faktor lain yang dianggap sangat berpengaruh terhadap skor *prenatal attachment* adalah dukungan keluarga. Pada penelitian ini, peneliti mengamati bahwa sebagian besar ibu yang memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi tetap didampingi oleh suami atau anggota keluarga yang lain untuk melakukan pemeriksaan (*antenatal care*) maupun senam hamil. Menurut Ross (2012), ibu hamil yang didukung oleh keluarga atau suami, maka tingkat kasih sayangnya lebih tinggi terhadap janin jika dibandingkan dengan ibu hamil yang kurang mendapatkan dukungan dari keluarga. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Facello (2008) yang berjudul "*Maternal Fetal Attachment: Associations Among Family Relationships, Maternal Health Practices, and Antenatal Attachment in Virginia, USA*" yang menyatakan bahwa



dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap skor *prenatal attachment*.

Selain itu, faktor yang berkaitan juga dengan tingginya skor *prenatal attachment* adalah penggunaan USG (Lahann, 2008). PMB Rina adalah salah satu tempat pelayanan kesehatan yang menyediakan USG, sehingga sebagian besar ibu melakukan pemeriksaan USG. Menurut Jamshidimanesh *et al.*, (2013), ibu yang telah mengetahui jenis kelamin janinnya akan berdampak pada intensitas percakapan, perencanaan dan angan-angan ibu dalam menyambut janinnya sehingga dapat meningkatkan skor *prenatal attachmentnya* pula.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang berjudul "*Effect Perceived Fetal Movement and Fetal Ultrasound Imaginary On Maternal Fetal Attachment*" menunjukkan bahwa ibu hamil yang melihat janin mereka melalui ultrasonografi mendapat skor *prenatal attachment* yang lebih tinggi secara signifikan daripada ibu yang tidak melihat janin mereka melalui ultrasonografi.

Beberapa faktor yang mempengaruhi skor *prenatal attachment* sangat penting untuk diperhatikan karena hal tersebut dapat memberikan dampak yang positif bagi ibu dan janin pada saat persalinan maupun setelah persalinan. Ibu yang membangun *prenatal attachment* sejak dini akan melahirkan anak-anak yang sehat dan memiliki perkembangan yang baik (Maddahi *et al.*, 2016). Selain itu, *prenatal attachment* ibu yang baik juga dapat mengurangi kejadian *depresi postpartum*. Jika *depresi postpartum* menurun, maka proses *bonding attachment* juga akan lebih mudah dilakukan (Goecke *et al.*, 2012).

6.3 Hubungan antara Tingkat Kecemasan Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan dengan Skor Prenatal Attachment di PMB Rina Malang

Tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan akan mempengaruhi kognitif, perilaku dan interaksi ibu terhadap janinnya atau yang dikenal dengan *prenatal attachment*. Jika ibu semakin cemas memikirkan proses



persalinannya, maka interaksi ibu dengan janinnya juga tidak maksimal sehingga skor *prenatal attachment* menjadi semakin rendah. Berdasarkan uji statistik *Kendall Tau* yang telah dilakukan, didapatkan hasil $p\text{-value} = 0,019 (<0,05)$ yang berarti ada hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment*. Nilai hitung koefisien korelasi didapatkan hasil $-0,250$ yang menunjukkan semakin tinggi tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, maka skor *prenatal attachment* menjadi semakin rendah dan hubungan keduanya bersifat lemah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat beberapa orang ibu hamil mengalami kecemasan ringan tetapi memiliki skor *prenatal attachment* yang rendah, bahkan terdapat ibu hamil yang tidak mengalami kecemasan tetapi memiliki skor *prenatal attachment* yang rendah pula. Jika dilihat dari karakteristik responden, hal tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti graviditas dan pekerjaan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hassan dan Fawzia (2017) yang berjudul "*Predictor of Maternal Fetal Attachment Among Pregnant Women*" menunjukkan bahwa graviditas sangat erat kaitannya dengan penurunan skor *prenatal attachment*. Ibu yang multigravida memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih rendah dibandingkan dengan primigravida karena secara psikologis ibu primigravida ingin memiliki peran baru yang belum pernah dirasakan sebelumnya sehingga akan lebih sibuk dengan pikiran dan emosi tentang kehamilan dan janin yang tumbuh yang akan menyebabkan tingginya skor *prenatal attachment*. Penelitian lain yang dilakukan oleh Nichols *et al.*, (2008) menunjukkan hasil yang sama bahwa ibu multigravida memiliki skor *prenatal attachment* yang lebih rendah dibandingkan dengan primigravida. Hal ini dimungkinkan karena ibu kurang fokus terhadap kehamilannya saat ini karena lebih memperhatikan anak yang lainnya (Sukriani dan Suryaningsih 2018).



Selain itu, jika dilihat dari segi pekerjaan, responden yang memiliki skor *prenatal attachment* yang rendah bekerja sebagai karyawan swasta dan guru. Ibu yang bekerja akan lebih banyak memikirkan pekerjaannya sehingga waktu untuk melakukan interaksi dengan janinnya tidak sesering dengan ibu yang tidak bekerja (ibu rumah tangga). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cormick *et al.*, (2010) yang menemukan fakta bahwa pada ibu yang bekerja penuh didapati skor *prenatal attachment* yang lebih rendah pada beberapa aspek perkembangan kognitif anak.

Selain itu, faktor yang juga mempengaruhi skor *prenatal attachment* adalah kondisi psikologis seseorang (Hassan dan Fawzia 2017). Faktor psikologis yang dimaksudkan berupa kepribadian ibu, stres dan kecemasan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kwon MK (2011) menunjukkan bahwa adanya korelasi antara kondisi psikologis seseorang yaitu depresi dengan skor *prenatal attachment*, tetapi tidak cukup signifikan. Hal tersebut terjadi karena dampak dari kondisi psikologis ibu yang terganggu tidak dapat diabaikan karena berkaitan dengan kesehatan janin. Penelitian yang berbeda dilakukan oleh Hart 2006 dalam Hassan dan Fawzia 2017 menunjukkan bahwa adanya hubungan yang cukup signifikan antara kejadian depresi yang dialami oleh ibu dalam mempengaruhi skor *prenatal attachmentnya* yaitu semakin tinggi skor *prenatal attachment*, semakin rendah resiko *depresi postpartum*. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Gaudet (2010) yang berjudul "*Pregnancy After Perinatal Loss: Association of Grief, Anxiety and Attachment*" menunjukkan bahwa ibu yang mengalami tekanan psikologis selama kehamilan yaitu berupa pengalaman keguguran sebelumnya mempengaruhi skor *prenatal attachment* secara signifikan.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa faktor psikologis seperti kecemasan dalam menghadapi persalinan bukanlah faktor yang dominan dalam



mempengaruhi skor *prenatal attachment*. Menurut Sukriani dan Suryaningsih (2018), beberapa faktor yang paling signifikan mempengaruhi skor *prenatal attachment* adalah usia kehamilan dan dukungan keluarga. Ibu dengan usia kehamilan ≥ 28 minggu memiliki skor MFA 5,031 kali lebih tinggi dibanding ibu dengan usia kehamilan >28 minggu. Selain itu juga, penelitian yang dilakukan oleh Alvianty (2016) yang berjudul “*Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Maternal Fetal Attachment Pada Ibu Hamil Trimester 3 di Puskesmas Jetis*” didapatkan *p-value* 0.00 ($<0,05$) dan memiliki nilai koefisien korelasi 0,407 yang berarti memiliki hubungan keeratan yang sedang. Dukungan keluarga kepada ibu hamil dapat diwujudkan dengan membantu mengatasi berbagai masalah yang dialami oleh ibu hamil misalnya dengan menemani ibu hamil ke tempat pelayanan kesehatan yang tersedia pada waktu yang tepat. Keluarga merupakan orang terdekat dan menjadi *support sytem* yang paling berharga bagi ibu hamil. Dukungan keluarga merupakan faktor yang penting dalam meningkatkan *prenatal attachment* (Sandbrooks dan Adamson, 2009).

6.4 Keterbatasan Penelitian

Peneliti tidak meneliti terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi skor *prenatal attachment* sehingga tidak mengetahui secara pasti penyebab lemahnya hubungan antara tingkat kecemasan ibu hamil dengan skor *prenatal attachment*.



BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan data hasil penelitian dan analisa data yang telah dilakukan, maka Tugas Akhir yang berjudul Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Persalinan Dengan Skor *Prenatal Attachment* di PMB Rina Malang pada bulan Desember hingga Januari 2019 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebagian besar karakteristik responden dalam penelitian ini adalah ibu yang berusia 31-35 tahun, memiliki usia kehamilan 37 minggu, ibu multigravida, berpendidikan terakhir SMA dan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga.
2. Sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan dan memiliki skor *prenatal attachment* yang tinggi.
3. Terdapat hubungan antara tingkat kecemasan antara ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment* di PMB Rina dengan *p-value* 0.019 (<0.05) dan nilai koefisien korelasi -0.250 yang menunjukkan semakin tinggi tingkat kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, maka semakin rendah skor *prenatal attachment* ibu.

7.2 Saran

1. Bagi Institusi Kesehatan

Bagi PMB disarankan dapat menjadi sumber informasi kepada klien terkait dengan dampak kecemasan yang membahayakan bagi ibu dan janin dan dapat melakukan pengukuran *prenatal attachment* sehingga dapat



meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan janin, baik secara fisik maupun psikologis.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Bagi tenaga kesehatan dapat menjadi masukan untuk diterapkannya pengukuran *prenatal attachment* di perawatan rutin sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan yang optimal termasuk upaya untuk meningkatkan skor *prenatal attachment*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan dapat menjadi informasi dan referensi terkait dengan faktor yang mempengaruhi *prenatal attachment* sehingga dapat menjadi bahan masukan dalam pengembangan penelitian selanjutnya di Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

4. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat agar dapat lebih aktif untuk mencari informasi baik cetak, media elektronik, tenaga kesehatan tentang pentingnya meningkatkan *prenatal attachment* untuk menciptakan ikatan yang baik antara ibu dan janin

DAFTAR PUSTAKA

- Abasi, E., Tahmasebi., Zafari., Takami. 2012. *Assesment on effective Factors of Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Woman*. Life Science Journal.
- Annisa, D dan Ildil. 2016. *Konsep Kecemasan (Anxiety)*. Padang: Tim Konselor, (5).
- Alvianty, N. 2016. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Fetal Maternal Attachment Pada Ibu Hamil trimester III di Puskesmas Jetis*. Yogyakarta: Universitas Aisiyah Yogyakarta.
- Arafah, D. 2017. *Validity and Reliability of The Arabic Version Prenatal Attachment Inventory*. Alberta: University of Calgary.
- Astria, Y. 2009. *Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Trimester III dengan Kecemasan dalam Menghadapi Persalinan di Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RSUP Fatmawati*. Tugas Akhir, Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Jakarta.
- Baghdari, N., Sadeghi. E., Azmoude. E. 2016. *The Effects Of Pregnancy Adaptation Training On Maternal-Fetal Attachment And Adaptation In Pregnant Women With A History Of Baby Loss*. Nurs Midwifery Study (5), 5-8.
- Busonera, A., Cautadella S., Lampis J., Tommasi M., Zavattini GC. 2017. *Prenatal Attachment Inventory: Expanding and Reliability and Validity Evidance Using a Sample of Italian Women*. Italy: J Reprod Infant School.
- Cormick, M., Brooks-Gunn J., Shorter., Holmes., Wallace., Heagarty. 2010. *Factors Associated With Smoking In Low-Income Pregnant Women: Relationship To Birth Weight, Stressful Life Events, Social Support, Health Behaviors And Mental Distress*. J Clin Epidemiology.
- Difarissa, R., Jendariah T., Didiek P. 2016. *Hubungan Tingkat Kecemasan dan Lama Partus Kala 1 Fase Aktif Pada Primigravida*. Pontianak: Jurnal Cerebellum.
- Facello. 2008. *Maternal-fetal Attachment: Associations Among Family Relationships, Maternal Health Practices, and Antenatal Attachment*. Virginia University.
- Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional. 2012. *Three Years Report*. London: FOGI.
- Gaudet, C. 2010. *Pregnancy After Perinatal Loss: Association Of Grief, Anxiety And Attachment*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28 (3), 240-251.
- Goecke., Voigst., Faschingbauer., Spangler., Beckmann., Beetz. 2012. *The Association Of Prenatal Attachment And Perinatal Factors With Pre- And Postpartum Depression In First-Time Mothers*. Maternal Fetal Medicine.



- Guyton, A dan Hall, J. 2014. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Handayani, R. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester III*.
- Hassan, N dan Fawzia M. 2017 *Predictors of Maternal Fetal Attachment Among Pregnant Women*. Egypt: Alexandria University.
- Hardiani, C. 2012. *Kecemasan Dalam Menghadapi Masa Bebas Pada Narapidana Anak Di Lembaga Kemasyarakatan Anak Kutoarjo*. Tugas Akhir, Universitas Negeri Yogyakarta.
- Helen, M dan Anona. 2008. *Prenatal Attachment: A Development Model*. Portugal: J. Prenatal and Perinatal Pshychology and Medicine.
- Hendri, T dan Bella T. 2016. *Pengaruh Belly Dance Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Trimester 3 di BPM Ranting 3. Semarang*. Semarang: Jurnal Ilmiah Bidan, 3 (1).
- Heriani. 2016. *Kecemasan dalam Menjelang Persalinan Ditinjau dari Paritas, Usia dan Tingkat Pendidikan*. Jurnal Ilmu Kesehatan Aisyah, 2 (2).
- Hidayati. 2008. *Hubungan Senam Lansia dengan Tingkat Kecemasan Pada Lansia di PSTW Budi Luhur Bantul Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Muhamadiyah Yogyakarta.
- Hurtado M. 2015. *A Program to Improve Maternal-Fetal Attachment among Latina Mothers: A grant proposal*. California State University: Long Beach.
- Jannah, N. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan: Kehamilan*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Jamshidimanesh M., Astaraki L., Behboodi Moghadam Z., Taghizadeh Z., Haghani H. 2013. *Maternal-Fetal Attachment and its Associated Factors*. Hayat.
- Jeffrey, N. 2005. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Erlangga, (1).
- Kementrian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta
- Kwon, K dan Kyung S. 2011. *Relationship of Prenatal Stress and Depression to Maternal Fetal Attachment and Fetal Growth*. Seoul: Seoul National University.
- Lahann. 2008. *An Examination of Maternal-fetal Attachment in Singleton and Twin Pregnancies*.USA: Capella University.
- Lee, A., Chong C., Chiu H., Lam S dan Fong D. 2008. *Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression*. *Obstetry Gynecology*, 110 (5).
- Listyowaty, R., Putu A dan Ni M. 2015. *Persepsi Bidan Praktik Mandiri Terhadap Perubahan Skema Pembiayaan Dari Jampersal ke Jaminan Kesehatan Nasional di Bali*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.



Ossa, Luis B., Lilian F. 2011. *Prenatal Attachment and Associated Factor during the Third Trimester of Pregnancy in Temuco Chile*. Chile: Midwifery Elsevier.

Ozkanb dan Hediye K. 2017. *The Relationship With Prenatal Attachment of Pschychosocial Health Status of Pregnant Women*. Turki: International Journal of Health Science.

Maula, S dan Irfana T. 2017. *Hubungan Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil TM 3 Dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan*. Akademi Kebidanan Bakti Utama Pati.

Maddahi, S., Makhrokh D., Monirsadat K., Afeteh T. 2016. *Correlation of Maternal-Fetal Attachment and Health Practices During Pregnancy with Neonatal Outcomes*. Iran: University Medical Science Tehran.

Maimunah, S. 2009. *Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan Pertama*. Malang: Humanity, 1 (5).

Manuaba, I., Chandranita M., Fajar M. 2012. *Buku Ajar Patologi Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Masruroh, N. 2015. *Pengaruh Kecemasan Ibu Terhadap Proses Persalinan Kala I Fase Aktif di BPS Atik Surabaya*. Surabaya: Jurnal Ilmiah Kesehatan, 2 (8).

Moussa, S., Refaat O., Emad M., Khoweiled A., Goueli T., Ezzat M. 2012. *Correlates of Antenatal Bonding An Egyptian Study*.

Muller, M. 1993. *Development Of The Prenatal Attachment Inventory*. Western Journal Of Nursing Research.

Nirwana, A. 2011. *Psikologi Kesehatan Wanita*. Yogyakarta: Muha Medika.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nichols, Roux G., Harris N. 2008. *Primigravid And Multigravid Women: Prenatal Perspectives*. *Journal Of Perinatal Education*, 16, 21-32.

Nursalam. 2003. *Pendekatan Praktis Riset Keperawatan*. Jakarta: Subeng Seto.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

Pieter, H. 2013. *Pendidikan Psikologi untuk Bidan Suatu Teori dan Terapannya*. Yogyakarta: Rapha Publishing.

Pissoni, C., Frensesca G., Chryssoula T., Simona O., Arsenio S., Pierluirgi P., Unberto B., Paolo M., Mauro S. 2014. *Risk and Protective Factor in Maternal-Fetal Attachment Development*. Italy: Early Human Development Elsevier.



Prawirohardjo, S. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Rahalil, M. 2014. *Kecemasan Ibu Hamil Primigravida dan Multigravida di BPM Ny. F Gayaman Mojoanyar Mojokerto*. Mojokerto.

Rahimah. 2015. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Dalam Menghadapi Persalinan di Klinik Pratama Umum Pelita Hati Banguntapan*. Yogyakarta: Universitas Asisiyah Yogyakarta.

Rahmi, L. 2010. *Hubungan Usia, Tingkat Pendidikan, Dukungan Suami, Dan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester III Di Poliklinik Kebidanan Rsup Dr. M. Djamil Padang*. Padang: Fakultas Keperawatan.

Rahmita, N. 2017. *Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Trimester 3 di Puskesmas Kecemasan Tamalanrea Makassar*. Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Ranita, B dan Hendri. 2016. *Pengaruh Belly Dance Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Trimester III di BPM Ranting 3 Kota Semarang*. Semarang: Jurnal Ilmiah Bidan (1).

Ramaiah, S. 2008. *Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

Ratih, A. 2012. *Hubungan Tingkat Kecemasan Terhadap Koping Siswa SMUN 16 Dalam Menghadapi Ujian Nasional*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Ricardi, Kholilatul I., Neni S. 2014. *Hubungan Usia Ibu Hamil Trimester 3 dengan Kecemasan Menghadapi Persalinan Pada Primigravida di Wilayah Kerja Puskesmas Palimanan*. Cirebon: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Ross, E. 2012. *Maternal-Fetal Attachment And Engagement With Antenatal Advise*. *British Journal of Midwifery*, 20 (8).

Sarifah, S. 2016. *Hubungan Kecerdasan Emosi dengan Kecemasan Ibu Hamil Pertama Trimester ke III dalam Menghadapi Persalinan di Samarinda*. *Journal Psikologi* (4), 2477-2674.

Sadock dan Kaplan. 2015. *Synopsis and Psychiatry: Behavioural Science Clinical*. Elevant Edition.

Saifuddin, A. 2007. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: YBP SP.

Sandbrook dan Adamson M. 2009. *Maternal-Fetal Attachment: Searching For A New Definition* *Neuro Endocrinology Letters*, 25 Suppl 1, 169-182.



Syahrul, F dan Eka R. 2014. *Perbedaan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Antara Primigravida dan Multigravida*. Jurnal Berkala Epidemiologi 1, (2).

Setyaningrum, R., Maryanto S., Sukarno. 2013. *Hubungan Usia Ibu Primigravida Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Persalinan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Kandangan Bawen*.

Solomon, J., George C., Cassidy J., Shaver P. 2008. *The Caregiving System: A Behavioral Systems Approach To Parenting. Handbook Of Attachment: Theory, Research, And Clinical Applications, 2nd Ed*. New York: Guilford Press. 69-75.

Spitz. 2013. *Anxiety Symptoms and Coping Strategies in the Perinatal Period*. BMC Pregnancy & Childbirth, Vol. 13, No. 233.

Stuart, W. 2012. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC.

Sukriani, W dan Endang K. 2018. *Faktor yang Berhubungan dengan Prenatal Attachment Pada Ibu Hamil*. Yogyakarta: Universitas Aisyah Yogyakarta.

Syamsu, Y. 2009. *Mental Hygiene: Terapi Psikopiritual untuk Hidup Sehat Berkualitas*. Bandung: Maestro.

Torshizi, M dan Sharifzadeh. 2013. *Maternal-Fetal Attachment And Associated Factors In Pregnant Women Referred To Birjand Health Centers*. Journal of Birjand University of Medical Sciences 20(3), 279-87.

Yulianti, L., Rukiah A., Maemunah., Susilawati., L. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: CV Trans Info Media.

Utami, A dan Widya L. 2008. *Perbedaan Kecemasan Primigravida dan Multigravida Dalam Menghadapi Kehamilan*. Pekanbaru: Jurnal Ners Indonesia, 1 (1).

Ustunsoz, A., Guvenc G., Akyuz A., Oflaz F. 2010. *Comparison Of Maternal And Parental-Fetal Attachment In Turkish Couples*. Turki: Midwifery 26 (2).

Videback, S. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Wagiyono, P. 2016. *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal & Bayi Baru Lahir Fisiologis Dan Patologis*. Yogyakarta: CV Andi

Walsh, J. 2010. *Definitions Matter: If Maternal-Fetal Relationships Are Not Attachment, What Are They?* Archives Of Womens's Maternal Health, 13, 449-451.

Wibowo, A dan Inka P. 2012. *Pengaruh Keikutsertaan Senam Hamil Terhadap Kecemasan Primigravida Trimester 3 Dalam Menghadapi Persalinan*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Wilding, C dan Aileen M. 2013. *Cognitive Behavioural Therapy*. Jakarta: Index





Wulandari, P. 2014. *Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Primigravida Trimester 3 Dalam Menghadapi Persalinan di Puskesmas Sibela Mojosongo*. Surakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husad

Yarcheski, A., Mahon N., Yarcheski., Hanks M., Cannella. 2009. *A Meta-Analytic Study Of Predictors Of Maternal-Fetal Attachment*. International Journal Of Nursing Studies, 46, 708-715.

LAMPIRAN 1

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yulis Indriana, Amd. Keb (Bidan Rina)

Alamat : Jl. Simpang Kalpataru No. 01 Malang

Menerangkan bahwa :

Nama : Rizkatul Baro'ah

NIM : 155070601111004

Program Studi : S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Semester : VII

Judul : Hubungan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil Dalam Menghadapi Persalinan Dengan Skor Prenatal Attachment di Praktik Mandiri Bidan Rina Malang

Memberikan keterangan dengan sebenarnya bahwa mahasiswa tersebut telah melaksanakan penelitian di Praktik Mandiri Bidan Rina Malang. Waktu penelitian bulan Desember-Januari 2019

Demikian surat keterangan ini dibuat dan digunakan sebagai mana mestinya

Malang,

BIDAN RINA MALO'YO
4472/01438/S/2013, 31/01/2019
Telp: 083 535 04166

(Yulis Indriana, Amd. Keb)



LAMPIRAN 2

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rizkatul Baro'ah

NIM : 155070601111004

Program Studi : S1 Kebidanan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 5 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan

(Rizkatul Baro'ah)

NIM. 155070601111004



LAMPIRAN 3

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Rizkatul Baro'ah mahasiswi jurusan Kebidanan program studi S1 Kebidanan FKUB dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil Dalam Menghadapi Persalinan Dengan Skor *Prenatal Attachment* di Praktik Mandiri Bidan "Rina" Malang.
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan pada ibu hamil dalam menghadapi persalinan dengan skor *prenatal attachment* di praktik mandiri bidan Rina Malang. Penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada ibu yaitu memberikan informasi tentang bahayanya kecemasan terhadap persalinan dan pentingnya meningkatkan hubungan antara ibu dan calon bayinya
3. Penelitian ini akan berlangsung selama 10-15 menit dengan responden ibu hamil trimester III (minimal usia kehamilan 35 minggu) untuk mengisi kuisisioner dan tanda tangan lembar persetujuan jika ibu bersedia.
4. Keuntungan yang ibu peroleh dengan keikutsertaan dapat mengetahui dan mendeteksi adanya tingkat kecemasan yang ibu rasakan dalam menghadapi persalinan dan mengetahui skor hubungan ibu dan calon bayinya.
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu peneliti akan meminta waktu ibu untuk mengisi lembar kuisisioner dan peneliti akan menjaga kerahasiaan atas semua informasi yang ibu berikan.
6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti. Mengingat ibu sudah memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan ibu untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.
7. Prosedur pengambilan data adalah meminta kesediaan ibu dengan menandatangani lembar persetujuan, kemudian mengisi lembar kuisisioner. Cara ini mungkin menyebabkan ibu harus meluangkan waktu, tetapi ibu tidak perlu khawatir karena informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya.





8. Setelah ibu menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memastikan ibu dalam keadaan sehat
9. Sebelum pengisian kuesioner, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuisisioner kepada ibu dengan cara memberikan tanda checklist (√) pada setiap jawaban sesuai dengan pengalaman yang ibu alami dengan menggunakan tinta hitam
10. Sebelum pengisian kuesioner, peneliti akan memberikan penjelasan mengenai prosedur dalam penelitian dan menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian ini
11. Selama pengisian kuisisioner, diperkenankan bagi ibu untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisisioner..
12. Setelah mengisi kuisisioner, ibu dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar tingkat kecemasan terhadap persalinan dan hubungan antara ibu dan calon bayi
13. Ibu dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuisisioner, baik selama maupun setelah pengisian kuisisioner secara langsung pada peneliti
14. Peneliti akan memberikan waktu pada ibu untuk menyatakan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela sebelum pengisian kuisisioner
15. Seandainya ibu tidak menyetujui cara ini maka ibu dapat memilih cara lain untuk tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
16. Jika ibu menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung ibu ingin berhenti, maka ibu dapat mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada ibu.
17. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan ibu tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuisisioner sesuai kenyataan dan pengalaman ibu yang sebenarnya.
18. Jika ibu merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka ibu dapat menghubungi peneliti yaitu dengan cara menemui atau menghubungi peneliti ke nomor telepon peneliti dan menyampaikan ketidaknyamanan yang dirasakan



19. Perlu ibu ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, sehingga ibu tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
20. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas ibu dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
21. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang ibu berikan dan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti.
22. Peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa kotak makanan kepada ibu seharga Rp 15.000

Peneliti Utama

(Rizkatul Baro'ah)

NIM. 155070601111004



LAMPIRAN 4

Pernyataan Persetujuan Untuk Berpartisipasi Dalam Penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **“Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan dengan Skor *Prenatal Attachment* di Praktik Mandiri Bidan “Rina” Malang**

Malang.....

Peneliti

Yang Membuat Pernyataan

(Rizkatul Baro'ah)

(.....)

Saksi 1

Saksi 2

(.....)

(.....)

LAMPIRAN 5

KUISIONER

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN IBU HAMIL DALAM MENGHADAPI PERSALINAN DENGAN SKOR PRENATAL ATTACHMENT DI PRAKTIK BIDAN MANDIRI "RINA" MALANG

Identitas Responden

1. Nama :
2. Alamat :
3. Usia ibu :
4. Usia kehamilan :
5. Pendidikan terakhir :
6. Pekerjaan :

Kuisisioner HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) 1

Keterangan : Berikan tanda checklist (√) pada masing-masing pertanyaan sesuai dengan apa yang ibu rasakan

0 = Tidak ada gejala sama sekali

1 = Apabila terdapat 1 dari semua gejala yang ada

2= Apabila terdapat separuh dari gejala yang ada

3= Apabila terdapat lebih dari separuh dari gejala yang ada

4= Apabila terdapat semua gejala yang ada

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1.	Ibu pernah mengalami perasaan seperti cemas, perasaan tidak enak, takut tanpa alasan tertentu, mudah tersinggung, mudah marah selama menjelang persalinan					

2.	Ibu pernah mengalami ketegangan seperti merasa tegang, lemas, tidak bisa istirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah menjelang persalinan				
3.	Ibu pernah mengalami perasaan seperti takut suasana gelap, takut pada orang yang baru ditemui, ditinggal sendiri, takut jika banyak orang selama menjelang persalinan				
4.	Ibu pernah mengalami gangguan tidur seperti sulit tidur, sering terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lemas dan mimpi buruk selama menjelang persalinan				
5.	Ibu pernah mengalami gangguan-gangguan seperti sulit berkonsentrasi, sering lupa dan sering bingung selama menjelang persalinan				
6.	Ibu pernah mengalami perasaan-perasaan seperti kurang tertarik dengan sekeliling, sedih, bangun dini hari dan perasaan yang berubah tiba-tiba menjelang persalinan				
7.	Ibu pernah mengalami gejala-gejala gangguan somatik seperti sakit dan nyeri punggung/pinggang, sulit bergerak/kesemutan, sering kedutan, gigi bergetar dan suara tidak stabil selama menjelang persalinan				
8.	Ibu pernah mengalami gejala-gejala				



	gangguan sensorik seperti telinga berdengung, penglihatan kabur, muka merah/pucat dan merasa lemas selama menjelang persalinan				
9.	Ibu pernah mengalami gejala-gejala seperti jantung berdebar, nyeri di dada, lemas hingga mau pingsan selama menjelang persalinan				
10.	Ibu pernah mengalami gejala-gejala gangguan pernafasan seperti sesak, sakit tenggorokan, nafas pendek selama menjelang persalinan				
11.	Ibu pernah mengalami gangguan pada pencernaan seperti sulit menelan, sembelit, perut terasa penuh, gangguan pencernaan, nyeri sebelum/sesudah makan, hingga mual/muntah selama menjelang persalinan				
12.	Ibu pernah mengalami gejala-gejala seperti sering buang air kecil dan tidak dapat menahan buang air kecil selama menjelang persalinan				
13.	Ibu pernah mengalami gejala-gejala seperti mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala terasa pening menjelang persalinan				
14.	Ibu pernah merasakan tanda-tanda seperti gelisah, tidak tenang, jari gemetar, muka tegang dan otot tegang selama menjelang persalinan				
	Total Nilai				



Kuisiner PAI (Prenatal Attachment Inventory) 2

Keterangan : Berikan tanda t checklist (√) pada masing-masing pertanyaan sesuai dengan apa yang ibu pikirkan dan rasakan

Skor 1 = Tidak Pernah

Skor 2 = Jarang (Frekuensinya 1-3 kali)

Skor 3 = Sering (Frekuensinya 4-8 kali)

Skor 4 = Selalu (Frekuensinya lebih dari > 8 kali)

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang (1-3 kali)	Sering (4-8 kali)	Selalu (> 8 kali)
1.	Saya ingin tahu seperti apa bayi ini (mukanya, lucunya)				
2.	Saya membayangkan memanggil nama bayi saya				
3.	Saya senang saat bayi bergerak dan menendang				
4.	Saya pikir bayi saya sudah memiliki kepribadian				
5.	Saya membiarkan teman-teman dekat dan anggota keluarga untuk menempatkan tangan mereka di perut saya untuk merasakan gerakan bayi saya				
6.	Saya tahu apa yang saya lakukan akan berdampak/berpengaruh pada bayi saya				
7.	Saya merencanakan hal-hal yang akan saya lakukan dengan bayi saya				
8.	Saya memberi tahu orang lain apa yang dilakukan				



	bayi di dalam perut saya.				
9.	Ketika saya menyentuh bayi, saya membayangkan bagian tubuh mana yang saya sentuh				
10.	Saya tahu ketika bayi saya tertidur				
11.	Saya bisa merangsang bayi saya untuk bergerak				
12.	Saya membeli / membuat sesuatu seperti barang untuk bayi saya				
13.	Saya mengungkapkan cinta untuk bayi saya				
14.	Saya mencoba membayangkan apa yang dilakukan bayi saya di perut				
15.	Saya duduk dengan tangan saya di sekitar perut saya				
16.	Saya bermimpi tentang bayi ini				
17.	Saya tahu hal-hal yang membuat bayi ini bergerak				
18.	Saya menyentuh dan mengetuk lembut perut saya sehingga bayi dapat merasakan saya				
19.	Saya curhat dengan bayi saya				
20.	Saya tahu bayi saya mendengar apa yang saya ucapkan				
21.	Saya sangat gembira ketika saya memikirkan bayi ini				



22.	Saya tidak sabar menunggu untuk menahan, mencium, dan merawat saya bayi.			
23.	Saya berhati-hati dengan aktifitas saya agar tidak terjadi sesuatu yang menyakiti bayi saya			
24.	Jika saya merasa bahwa bayi saya tidak nyaman, saya akan mengubah posisi saya			
25.	Saya makan makanan yang sehat agar bayi saya tetap sehat			



LAMPIRAN 6

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Correlations

	TOT
PAI1 Pearson Correlation	.655**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI2 Pearson Correlation	.694**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI3 Pearson Correlation	.751**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI4 Pearson Correlation	.560**
Sig. (2-tailed)	.001
N	30
PAI5 Pearson Correlation	.682**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI6 Pearson Correlation	.599**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI7 Pearson Correlation	.580**
Sig. (2-tailed)	.001
N	30
PAI8 Pearson Correlation	.744**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI9 Pearson Correlation	.630**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI10 Pearson Correlation	.567**
Sig. (2-tailed)	.001
N	30
PAI11 Pearson Correlation	.626**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI12 Pearson Correlation	.782**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30

Correlations

	TOT
PAI13 Pearson Correlation	.614**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI14 Pearson Correlation	.611**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI15 Pearson Correlation	.554**
Sig. (2-tailed)	.001
N	30
PAI16 Pearson Correlation	.688**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI17 Pearson Correlation	.814**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI18 Pearson Correlation	.612**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI19 Pearson Correlation	.576**
Sig. (2-tailed)	.001
N	30
PAI20 Pearson Correlation	.646**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI21 Pearson Correlation	.787**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI22 Pearson Correlation	.699**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI23 Pearson Correlation	.716**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI24 Pearson Correlation	.836**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30
PAI25 Pearson Correlation	.690**
Sig. (2-tailed)	.000
N	30

Reliability

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 25

Alpha = .9486



LAMPIRAN 7

HASIL ANALISA DATA

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=Tingkat_Kecemasan Prenatal_Attachment
/PRINT=KENDALL TWOTAIL SIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

Nonparametric Correlations

Correlations

			Tingkat Kecemasan	Prenatal Attachment
Kendall's tau_b	Tingkat Kecemasan	Correlation Coefficient	1.000	-.250
		Sig. (2-tailed)	.	.019
		N	72	72
	Prenatal Attachment	Correlation Coefficient	-.250	1.000
		Sig. (2-tailed)	.019	.
		N	72	72

LAMPIRAN 8

SURAT KETERANGAN LAIK ETIK

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 362 / EC / KEPK – S1 – KB / 12 / 2018

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA,
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN,
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Hubungan antara Tingkat Kecemasan pada Ibu Hamil dalam
Menghadapi Persalinan dengan Skor *Prenatal Attachment* di Praktik
Mandiri Bidan "Rina" Malang.

PENELITI : Rizkatul Baro'ah

UNIT / LEMBAGA : S1 Kebidanan – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya Malang.

TEMPAT PENELITIAN : Praktik Mandiri Bidan "Rina" Malang.

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang, 16 Agustus 2018
Ketua



Prof. Dr. dr. Moch. Ihsadjid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan
Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy.
Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik
Penelitian (Amandemen Protokol).



LAMPIRAN 9 DOKUMENTASI KEGIATAN

Kegiatan	Dokumentasi
Tempat Penelitian	 
Peneliti melihat rekam medis responden	



Peneliti menjelaskan cara mengisi kuisisioner kepada responden



Peneliti stand by di dekat responden yang sedang mengisi kuisisioner



Peneliti dengan bidan Rina



LAMPIRAN 10

CURRICULUM VITAE

Nama : Rizkatul Baro'ah

TTL : Pancor, 30 November 1996

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jln. TGKH Zainuddin Abdul Madjid, Kec. Selong, NTB

No Hp : 087763199098

Email : rizkatulbaroah@gmail.com



Riwayat Pendidikan

1. TK Aisyah Bustanutul Atfal Pancor (2002-2003)
2. Mts. Muallimat NW Pancor (2003-2009)
3. SMAN 1 Selong (2009-2012)
4. Uiniversitas Brawijaya (2015-sekarang)

Pengalaman Orgnisasi

1. Lembaga Studi Ilmiah Mahasiswa (LSIM) FKUB
2. Lembaga Kerohanian Islam (LKI) FKUB
3. Berkala Ilmiah Mahasiswa Kebidanan Indonesia (BIMABI)
4. Himpunan Mahasiswa Nahdlatul Wathan (HIMMAH NW) Cab. Malang



