

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. *Antenatal Care*

a. Definisi

Menurut Siswosudarmo & Emilia (2008) *Antenatal Care* adalah perawatan yang dilakukan/diberikan kepada seorang ibu hamil sampai saat persalinan. Kehamilan bisa dibagi ke dalam 3 periode yang kira-kira intervalnya sama (kurang lebih 13 minggu, atau 3 bulan), yaitu yang dikenal dengan trimester I, II, III. Pembagian ini tidak boleh dipakai untuk menunjukkan umur kehamilan, melainkan hanya untuk menunjukkan keadaan-keadaan/penyakit- penyakit yang umumnya terjadi dalam periode tertentu.

Hutahaean (2013) berpendapat bahwa asuhan antenatal yang diberikan pada ibu hamil berdasarkan keadaan fisik, emosional, sosial ibu, janin, pasangan serta anggota keluarga. Asuhan keperawatan yang memerlukan proses-proses yang harus dijalani, mulai dari pengumpulan data-data yang berhubungan dengan kehamilan ibu sampai pada evaluasi dari proses keperawatan yang sudah dilakukan pada ibu hamil tersebut.

Ali, et al (2010) mengemukakan *Antenatal Care* adalah salah satu dari empat pilar yang memengaruhi safe motherhood yang mana

relatif berkontribusi untuk kesehatan ibu yang sedang marak diperbincangkan. Menurut penelitiannya yang dilakukan di Kassala, *Eastern Sudan*, *Antenatal Care* memberikan nasehat, ketentraman hati, pendidikan, dan dukungan pada ibu hamil terutama untuk mendeteksi masalah kehamilan yang beresiko tinggi.

b. Tujuan Pemeriksaan *Antenatal Care*

Tujuan umum pemeriksaan kehamilan adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, dan nifas (Sofian, 2013). Tujuan khususnya adalah:

- 1) Mengenal dan menangani penyulit - penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas (Sofian, 2013).
- 2) Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga tentang kehamilan sehingga janin dapat berinteraksi secara positif dengan keluarga (Hutahaean, 2013).
- 3) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif serta peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal (Mufdlilah, 2009).
- 4) Calon ibu dan keluarga belajar tentang aktivitas-aktivitas yang baik untuk mendapatkan hasil yang positif dengan kehamilan (Hutahaean, 2013).

- 5) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin (Sofian, 2013).
- 6) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak dengan cara mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin (Mufdlilah, 2009).
- 7) Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas, dan laktasi (Sofian, 2013).

c. Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Kehamilan bukan suatu penyakit, melainkan sebuah proses fisiologis yang membutuhkan peningkatan proses metabolisme dan nutrisi untuk pertumbuhan janin (Siswosudarmo & Emilia, 2008). Menurut Hutahaean (2013) hal-hal yang dapat dilakukan dalam pemeriksaan kehamilan adalah bahan pengetahuan bagi para ibu hamil agar menuju kehamilan yang sehat dan keluarga yang berkualitas dengan melakukan kunjungan pemeriksaan kesehatan ibu hamil secara teratur.

Sofian (2013) mengemukakan bahwa pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haid terlambat satu bulan, sebulan sekali hingga usia enam bulan, sebulan dua kali pada usia

menginjak sembilan bulan, dan periksa khusus jika ada keluhan-keluhan.

Sarwono *cit* Indriyani (2013) mengemukakan standar minimal perawatan antenatal disebut "7T", yaitu timbang berat badan dan tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) lengkap, pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama hamil, tes terhadap penyakit seksual menular, temu wicara dan konseling dalam rangka rujukan. Selama kehamilan keadaan ibu dan janin harus selalu dipantau jika terjadi penyimpangan dari keadaan normal, dapat dideteksi secara dini dan diberikan penanganan yang tepat.

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (2012) imunisasi *Tetanus Toxoid* diberikan selama kehamilan untuk melindungi bayi baru lahir dari tetanus neonatorum. Berdasarkan *Expanded Program on Immunization (EPI)* dan *Maternal and Child Health Care (MCH)* disarankan untuk memberikan dua kali imunisasi *Tetanus Toxoid* selama kehamilan.

Tabel 2. Jadwal Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid*

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun*	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber: *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan & Neonatal* (2006)

Keterangan : * artinya apabila dalam waktu 3 tahun ibu tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari Tetanus Neonatorum.

Mufdlilah (2009) menjelaskan bahwa pemberian vitamin zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 mg (zat besi 60 mg) dan Asam Folat $500\mu\text{g}$, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karena mengganggu penyerapan, suami/keluarga hendaknya selalu dilibatkan selama ibu mengkonsumsi zat besi untuk meyakinkan bahwa tablet zat besi benar-benar diminum.

d. Pemeriksaan Kehamilan

1) Kunjungan Pertama

Hutahaean (2013) mengemukakan pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan saat usia kehamilan antara 0-3 bulan, sangat diharapkan agar kunjungan pertama kehamilan dilakukan sebelum usia kehamilan 12 minggu. Siswosudarmo & Emilia(2008) menjelaskan kunjungan pertama harus seawal mungkin, dengan tujuan untuk memperoleh data dasar klinik yang terdiri dari;

a) Anamnesis

Sofian (2013) mengemukakan hal yang dapat di kaji saat

anamnesis terdiri dari identitas pasien yaitu nama usia

agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, status perkawinan dan sebagainya. Menurut Mufdlilah (2009) rentang usia reproduksi sehat dan aman adalah 20 – 35 tahun.

Riwayat menstruasi yang menjelaskan bagaimana riwayat menstruasi yang dulu, kapan hari pertama haid terakhir (HPHT), bila ibu tidak ingat HPHT, tanyakan tentang hal lain seperti gerakan janin atau perasaan mual. Gerakan janin pada primigravida terasa pada usia kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida 16 minggu (Hutahaean, 2013).

Riwayat kehamilan terdiri dari penggunaan kontrasepsi, persalinan, dan nifas sebelumnya, jenis persalinannya, jumlah anak hidup/mati, berapa berat badannya, siapa yang menolong, adakah penyakit selama kehamilan, lahirnya cukup bulan/tidak (Siswosudarmo & Emilia, 2008). Adakah riwayat abortus sebelumnya; masalah-masalah kehamilan/persalinan sebelumnya seperti prematuritas, cacat bawaan, dan perdarahan (Mufdlilah, 2009).

Keluhan-keluhan yang dialami ibu seperti nafsu makan, tidur, miksi, defekasi, rasa sakit selama kehamilan, perdarahan, dan lain sebagainya (Sofian, 2013).

b) Pemeriksaan fisik

Hutahaean (2013) berpendapat bahwa pemeriksaan tinggi

dan dilakukannya saat pertama kali ibu melakukan pemeriksaan

untuk menaksir ukuran panggul. Ibu hamil yang terlalu pendek <145cm, dikhawatirkan memiliki panggul yang sempit sehingga tidak dapat melakukan persalinan normal. Pemeriksaan berat badan setiap ibu hamil memeriksakan kandungannya juga sangat penting untuk mengetahui pertambahan berat yang dialami termasuk normal atau tidak.

Rumus kenaikan berat badan ibu selama kehamilan adalah 10 minggu dengan berat minimal 400g, 20 minggu berat minimal 4.000g, 30 minggu berat minimal 8.000g, dan mulai usia kehamilan trimester kedua naik 500g per minggu. Menurut Mufdlilah (2009), jika berat badan tidak bertambah, lingkaran atas < 23,5cm menunjukkan ibu mengalami kurang gizi.

Pengukuran tanda-tanda vital ibu meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu. Pastikan ibu sudah istirahat minimal 30 menit setelah kedatangan atau sebelum dilakukannya pemeriksaan (Hutahaean, 2013).

Pemeriksaan obstetrik menurut Manuaba cit Indriyani (2013) pemeriksaan obstetrik terdiri dari: usia kehamilan, tinggi fundus uteri (TFU), Denyut Jantung Janin (DJJ) untuk kehamilan lebih dari dua belas minggu, pengukuran panggul luar. Menurut Hutahaean (2013), pemeriksaan panggul pada

keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan.

c) Pemeriksaan laboratorium

Hutahaean (2013) mengemukakan pemeriksaan urin dilakukan untuk memastikan kehamilan melalui hormon yang dihasilkan plasenta yaitu *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) yang terdapat di dalam urin ibu hamil, seseorang dikatakan hamil bila kadar hormon HCG di atas 25mIU/ml. Spesimen urin yang diambil dengan cara bersih juga digunakan untuk mendeteksi glukosa, aseton, dan albumin/protein (Indriyani, 2013).

Menurut Sofian (2013) ibu hamil hendaknya diperiksa urin dan darahnya sekurang-kurangnya dua kali selama kehamilan, sekali pada saat permulaan dan sekali lagi ketika diakhir kehamilan. Kunjungan pertama juga dilakukan untuk pemeriksaan kadar hemoglobin darah, hematokrit, dan hitung leukosit (Hutahaean, 2013).

d) Pemberian imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) kepada ibu hamil sebanyak dua kali dengan jarak minimal empat minggu, diharapkan dapat menghindari terjadinya tetanus neonatorum dan tetanus pada ibu bersalin dan nifas (Mufdlilah, 2009).

e) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan biasanya dilakukan pada kehamilan minggu ke tujuh yang bertujuan untuk memastikan kehamilan sekaligus mengetahui usia kehamilan, menilai detak jantung janin, mengetahui pertumbuhan janin, mengidentifikasi kelainan bawaan janin, jumlah janin, pergerakan janin, lokasi plasenta (Hutahaean, 2013).

f) Informasi dan Edukasi

Menurut Hutahaean (2013), informasi yang dapat diberikan kepada ibu hamil adalah kegiatan fisik yang dapat dilakukan oleh ibu hamil dalam batas normal. Menurut Indriyani (2013) aktivitas terus menerus pada ibu hamil membuat perfusi darah ke rahim berkurang, pemberian oksigen ke *fetoplasental* menurun.

Informasi lainnya yang dapat diberikan yaitu kebersihan pribadi khususnya pada daerah genitalia harus lebih dijaga karena selama kehamilan terjadi peningkatan sekret vagina. Mufdlilah (2009) berpendapat bahwa pemakaian sabun khusus atau antiseptik dapat mengganggu flora normal vagina dan aplikasi sabun vaginal dengan alat semprot dapat menyebabkan emboli udara atau cairan.

Pemilihan makanan sebaiknya yang bergizi untuk mencegah terjadinya berat badan lebih rendah (BBR) dan

terjadinya anemia serta pemakaian obat sebaiknya dikonsultasikan dahulu dengan dokter atau tenaga medis lainnya. Ibu yang merokok atau mengonsumsi minuman beralkohol harus menghentikan kebiasaannya dan suami perlu diberikan pengertian tentang keadaan istrinya yang sedang hamil.

2) Kunjungan Ulang

Pemeriksaan yang dilakukan saat kunjungan ulang terdiri dari:

- a) Anamnesis, ibu akan ditanyakan mengenai kondisi selama kehamilan, keluhan-keluhan, kebutuhan ibu dan keluarga saat ini, identifikasi kesiapan belajar menjadi orang tua (Indriyani, 2013).
- b) Pemeriksaan fisik dan pengkajian janin; setiap kunjungan ibu hamil perlu dilakukan pengukuran berat badan, tekanan darah; tinggi fundus uteri (TFU), pemeriksaan leopard; dan mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), serta hasilnya harus dibandingkan dengan pemeriksaan sebelumnya (Hutahaean, 2013).
- c) Pemeriksaan laboratorium ditatalaksana dan diperiksa ulang terus sampai mencapai normal jika terdapat kelainan. Jika sejak awal laboratorium rutin dalam batas normal; di ulang kembali pada kehamilan 32-34 minggu. Periksa juga infeksi *Toxoplasma*, *Rubella*, *Cytomegalovirus*.

Hepatitis/HIV (TORCH). Pemeriksaan gula darah juga dilakukan pada kunjungan minggu ke 26-28 untuk deteksi dini diabetes mellitus gestasional (Mufdlilah, 2009).

- d) Pemeriksaan ultrasonografi berguna untuk mendeteksi kelainan bawaan janin, detak jantung janin (DJJ); jumlah janin, lokasi plasenta, jumlah air ketuban, mengetahui jenis kelamin janin, mengevaluasi ukuran janin dan menilai pertumbuhan janin, pergerakan dan pernafasan (Hutahaean, 2013). Menurut Sofian (2013) pemeriksaan ultrasonografi tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip senar (bunyi) sehingga dapat dipergunakan pada kehamilan muda.
- e) Informasi dan edukasi yang dapat diberikan ketika kunjungan ulang adalah terkait tanda bahaya selama kehamilan, menganjurkan senam hamil, perawatan payudara, pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, memperkenalkan gejala persalinan dan lain-lain (Indriyani, 2013).

e. Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care

Faktor-faktor yang menyebabkan ibu hamil kurang memanfaatkan pelayanan antenatal, diantaranya adalah:

1) Tingkat Pengetahuan

Menurut penelitian Agustini, dkk (2013) yang dilakukan di Puskesmas Buleleng I dengan sampel ibu yang melahirkan pada tahun 2011 sebanyak 69 responden dimana ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan cakupan pelayanan antenatal lengkap sembilan kali lebih besar dari pada ibu dengan tingkat pengetahuan rendah. Hal ini didukung juga dari penelitian Ali, *et al* (2010), penelitian yang dilakukan di Kassala, *Eastern Sudan* selama September-Oktober 2009 dengan sampel 900 ibu dengan kehamilannya lebih dari 14 minggu menunjukkan bahwa pelayanan *Antenatal Care* di Kassala *Eastern Sudan* termasuk rendah, hal ini dipengaruhi oleh tingginya paritas dan rendahnya pendidikan suami dan istri yang berhubungan juga dengan sosial ekonomi mereka rendah.

2) Dukungan Keluarga

Menurut penelitian Agustini, dkk (2013) yang dilakukan di Puskesmas Buleleng I dengan sampel ibu yang melahirkan pada tahun 2011 sebanyak 69 responden menunjukkan bahwa ibu yang memiliki dukungan keluarga tinggi, cenderung memiliki cakupan pelayanan antenatal yang lengkap dari pada ibu yang dukungan keluarganya rendah. Penelitian lainnya yang mendukung adalah penelitian Hachiam, *et al* (2012)

penelitian ini dilakukan di unit postnatal rumah sakit Ludhiana, Punjab dengan sampel sebanyak 80 ibu postnatal, penelitian ini menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan hasil dari kehamilan (kesehatan ibu dan bayi). Dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, finansial, informasi, dan sosial berpengaruh terhadap menurunkan resiko komplikasi kehamilan pada ibu.

3) Persepsi Ibu

Menurut penelitian Listianingrum & Sugiyanto (2008), penelitian yang dilakukan di wilayah Puskesmas Sanden, Bantul dengan sampel 31 orang ibu hamil menunjukkan bahwa ada hubungan persepsi ibu hamil tentang resiko tinggi kehamilan dengan kepatuhan melakukan *Antenatal Care*, semakin baik persepsi ibu hamil tentang resiko tinggi kehamilan, maka kemungkinan ibu hamil untuk patuh melakukan *Antenatal Care* semakin besar. Pengalaman yang diperoleh ibu hamil melalui media informasi, konseling dari tenaga kesehatan, riwayat kehamilan yang lalu baik akan mempengaruhi kepatuhan melakukan *Antenatal Care*. Pengalaman yang dimaksud disini bukan hanya pengalaman pribadinya tetapi juga pengalaman orang lain yang diamatinya. Secara tidak langsung lingkungan sekitarnya juga akan berpengaruh terhadap persensinya terhadap suatu objek

4) Paritas

Menurut Walsh (2008) wanita di atas 35 tahun juga beresiko tinggi tidak adekuat melakukan kunjungan prenatal, sering dikarenakan wanita multipara yang sehat merasa tidak membutuhkan kunjungan dari pemberi layanan yang sering menentukan bahwa kehamilan berkembang dengan normal. Wanita yang telah merawat beberapa anak melakukan kunjungan lebih sedikit karena pandangan bahwa perawatan prenatal tidak penting atau karena adanya halangan terhadap akses seperti tidak ada yang merawat anak atau transportasi.

5) Pemberi Pelayanan Kesehatan

Ibu hamil menginginkan pemberi pelayanan yang memperhatikan, memberi informasi dan pendidikan yang jelas terkait dengan kehamilannya. Ketika ibu hamil yang tidak puas dengan pelayanan yang diberikan, kemungkinan mereka akan banyak mengunjungi pelayanan kesehatan yang lain. Para ibu hamil ingin menerima perawatan dalam sistem-sistem yang menawarkan lingkungan yang bersih, wilayah yang ramah terhadap anak-anak, jadwal yang efisien, dan waktu tunggu yang minimal (Walsh, 2008).

6) Budaya

Menurut penelitian Agus, *et al* (2012) yang dilakukan di Jawa Barat dengan sampel 16 orang wanita dan metode yang

digunakan adalah *focus groups discussion*, menjelaskan bahwa kehamilan adalah siklus normal dalam kehidupan perempuan, perempuan desa suka mengikuti kepercayaan tradisional, dan lebih percaya dukun beranak (Paraji) daripada bidan. Indriyani (2013) berpendapat bahwa *trend issue* transkultural keperawatan perinatal dari masing-masing budaya di masyarakat sangatlah bervariasi, tergantung suku, adat istiadat dan lain-lain. Ada budaya yang mungkin sama dengan petugas kesehatan dan ada juga budaya yang menyimpang dengan budaya petugas kesehatan.

7) Transportasi

Menurut Penelitian Rahmani & Brekke (2013) yang dilakukan di Ramak, Afganistan dengan wawancara pada 12 ibu hamil, masalah transportasi adalah hambatan pertama untuk menuju pelayanan kesehatan. Alat transportasi umum yang tersedia di Ramak, Afganistan sangat terbatas. Masyarakat harus berjalan kaki selama satu sampai dua jam untuk sampai di klinik karena tidak ada angkutan umum atau bis. Hanya ada bis yang melintas tiga kali sehari dari pusat desa di Ramak menuju Ghazni dan bis ini sangat penuh dan sesak, sehingga membuat tidak nyaman. Hal ini membuat para ibu hamil tidak menandatangani nelenanan antenatal dengan baik.

2. Keluarga

a. Definisi

Keluarga adalah suatu kelompok dari dua orang atau lebih yang tinggal bersama yang mempunyai komitmen satu sama lain (Christensen & Kenney, 2009). Undang-Undang No. 10 tahun 1992 menyebutkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, yang terdiri atas suami istri dan anak atau ayah/ibu dan anak. Keluarga secara kuat mempengaruhi perilaku sehat dari setiap anggotanya; begitu juga status kesehatan dari setiap individu mempengaruhi bagaimana fungsi unit keluarga dan kemampuannya untuk mencapai tujuan.

Indriyani (2013) berpendapat bahwa keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emosional dan mempunyai peran masing-masing, baik itu peran sebagai ibu, ayah, anak atau kakek-nenek.

b. Fungsi Keluarga

Lima fungsi keluarga menurut Marilyn M. Friedmen (1998) adalah:

1) Fungsi afektif (*affective function*)

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, keberhasilan melaksanakan fungsi ini tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga (Efendi, 2009). Mubarak, dkk, (2009) mengemukakan komponen yang perlu dipenuhi keluarga untuk fungsi afektif antara lain adalah memelihara saling sengk: keseimbangan saling menghargai, pertalian atau kasih

sayang dan identifikasi dimana seorang anak meniru perilaku orang tua melakukan hubungan interaksi mereka, serta keterpisahan dan kepaduan.

Menurut Indriyani (2013) proses kehamilan sangat mempengaruhi psikososial kehidupan wanita dan keluarganya baik secara langsung maupun tidak langsung, yang selanjutnya turut menentukan kualitas kehidupan keluarga. Respon dan kemampuan adaptasi psikososial wanita dalam masa kehamilan ditentukan oleh tingkat pencapaian tugas perkembangan keluarga, mekanisme koping yang digunakan, usia kehamilan, dan faktor pendukung lainnya.

2) Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*)

Mubarak, dkk (2009) mengemukakan bahwa sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, dimana individu secara kontinu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Keluarga merupakan tempat individu melakukan sosialisasi yang merujuk pada proses perkembangan keluarga dan individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial. Menurut Indriyani (2013) proses adaptasi keluarga terhadap kehamilan berlangsung dalam suatu lingkungan budaya yang

3) Fungsi reproduksi (*reproductive function*)

Efendi (2009) menjelaskan bahwa keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia, dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol. Menurut Friedman *cit* Indriyani (2013) fungsi reproduksi adalah salah satu fungsi keluarga untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga melalui proses kehamilan.

4) Fungsi ekonomi (*economic function*)

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga (Efendi, 2009). Menurut Mubarak, dkk (2009) fungsi ini sulit dipenuhi keluarga yang berada dibawah garis kemiskinan, untuk itu peran perawat bertanggung jawab untuk mencari sumber-sumber dimasyarakat yang dapat digunakan oleh keluarga untuk meningkatkan status kesehatan. Indriyani (2013) berpendapat bahwa fungsi ekonomi yang harus dipenuhi keluarga dalam kehamilan adalah keluarga mempersiapkan biaya persalinan dan perlengkapan yang dibutuhkan bayi.

5) Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*health care function*)

Mubarak, dkk (2009) berpendapat bahwa keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit, lebih jauh lagi keluarga

memiliki tanggung jawab utama untuk memulai dan mengoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawatan kesehatan.

c. Tugas Keluarga

Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan dengan baik berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga. Selain keluarga mampu melaksanakan fungsi dengan baik, keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga menurut Bailon dan Maglaya adalah:

1) Mengetahui masalah kesehatan

Mubarak, dkk (2009) mengemukakan bahwa kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga, oleh karena itu apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya. Menurut Efendi (2009) tugas mengetahui masalah kesehatan ini adalah sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan (Mubarak, dkk, 2009).

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi (Mubarak, dkk, 2009).

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Menurut Mubarak, dkk (2009) kondisi rumah harus menjadi lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga. Efendi (2009) berpendapat bahwa ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan rumah yang sehat, keluarga harus mampu mengetahui hal-hal berikut :

- a) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki.
- b) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan.
- c) Pentingnya kebersihan sanitasi.
- d) Upaya pencegahan penyakit.
- e) Sikap atau pandangan keluarga terhadap kebersihan sanitasi.
- f) Kekompakan antar anggota keluarga.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan, keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya, keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit (Mubarak, dkk, 2009).

d. Peran Keluarga

Menurut Mubarak, dkk (2009) keluarga membagi peran secara merata kepada para anggotanya, seperti cara masyarakat membagi peran-perannya menurut pentingnya pelaksanaan peran bagi berfungsinya suatu sistem. Efendi (2009) berpendapat bahwa peran formal di dalam keluarga adalah peran ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anak, ibu sebagai istri dari suami dan ibu dari anak-anaknya, dan peran sebagai anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya.

Hutahaean (2013) mengemukakan bahwa sebagaimana realita pertumbuhan janin menjadi lebih jelas dengan mendengarkan detak jantung atau melihat gerakannya melalui ultrasonografi (USG), seorang ayah akan mengembangkan perannya dan mencari tahu hal-hal yang akan dilakukan pada saat kelahiran anak serta perannya sebagai orang

bagian tersebut. Pria yang mempunyai rasa percaya diri, pengaturan keuangan dan kondisi kerja yang baik tampaknya lebih mudah terlibat dalam peran seorang ayah dalam merencanakan hidupnya (Indriyani, 2013).

e. Tingkat Kemandirian Keluarga

Tujuan dari asuhan keperawatan keluarga adalah memandirikan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan para anggotanya. Kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan Komunitas dibagi menjadi empat tingkatan dari keluarga mandiri tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

1) Keluarga mandiri tingkat satu (KM-I)

Menerima petugas kesehatan komunitas dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai rencana keperawatan (Efendi, 2009).

2) Keluarga mandiri tingkat dua (KM-II)

Menerima petugas kesehatan komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai rencana keperawatan; tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, dan melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan (Efendi, 2009).

3) Keluarga mandiri tingkat tiga (KM-III)

Menerima petugas kesehatan komunitas, menerima pelayanan

dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, dan melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif (Efendi, 2009).

4) Keluarga mandiri tingkat empat (KM-IV)

Menerima petugas kesehatan komunitas, menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif, dan melaksanakan tindakan promotif secara aktif (Efendi, 2009).

3. Family Centered Maternity Care (FCMC)

a. Definisi

Berdasarkan buku *Aplikasi Konsep dan Teori Keperawatan Maternitas Postpartum dengan Kematian Janin* oleh Indriyani (2013), *Family-Centered Maternity Care (FCMC)* didefinisikan sebagai melahirkan secara aman dengan pelayanan kesehatan yang berkualitas sambil mengenali, memfokuskan, dan mengadaptasikan terhadap kebutuhan-kebutuhan, baik klien, keluarga, dan bayinya. Penekanannya adalah pelayanan maternitas ibu dan bayinya yang mendukung kesatuan keluarga sambil mempertahankan keamanan dan kesehatan fisik. Runiari (2010) mengemukakan *Family Centered Maternity Care (FCMC)* adalah suatu metode yang menekankan hak

klien dan keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan dengan pemberian edukasi orang tua yang komprehensif dimana hal tersebut menghargai perbedaan struktur keluarga, latar belakang budaya, kelemahan, kekuatan, dan kebutuhan keluarga serta untuk mencapainya dibutuhkan kerjasama antara klien, keluarga dan tenaga kesehatan.

Menurut Phillips *cit* Indriyani (2013) salah satu pendekatan dalam memberikan pelayanan keperawatan maternal dan perinatal adalah melalui pelayanan yang berfokus pada keluarga atau *family centered care*. Konsep keperawatan maternitas berfokus pada keluarga merupakan suatu filosofi yang mendasari adanya suatu upaya untuk memenuhi kebutuhan klien sebagai individu yang unik dan melihat setiap anggota keluarga sebagai individu yang memiliki kebutuhan dan keinginan khusus yang dapat dipenuhi melalui proses keperawatan.

b. Pendekatan model *Family-Centered Maternity Care* (FCMC)

Berdasarkan buku *Keperawatan Maternitas pada Area Perawatan Antenatal* oleh Indriyani (2013), sepuluh pendekatan yang digunakan dalam model *Family-Centered Maternity Care* (FCMC) adalah sebagai berikut;

- 1) Peristiwa persalinan dan kelahiran dipandang suatu keadaan yang sejahtera, bukan suatu keadaan sakit. Pelayanan dengan pendekatan konsep maternitas berpusat pada keluarga ini dilakukan untuk mempertahankan persalinan, kelahiran atau masa nifas serta

merawat bayi sebagai peristiwa kehidupan normal yang melibatkan perubahan fisik, emosional, dan sosial yang dinamis.

- 2) Perawatan perinatal bersifat personal disesuaikan dengan kebutuhan psikososial, latarbelakang pendidikan, fisik, spiritual, dan budaya dari tiap-tiap wanita dan keluarganya.
- 3) Program komprehensif edukasi perinatal mempersiapkan keluarga untuk aktif berpartisipasi sepanjang periode perinatal: preconsepsi, kehamilan, persalinan, dan kelahiran serta masa menjadi orang tua.
- 4) Para penyedia pelayanan kesehatan membantu keluarga agar dapat membuat keputusan untuk perawatan mereka dan membantu keluarga memiliki pengalaman positif sesuai dengan harapan mereka.
- 5) Pasangan/suami atau orang-orang yang dipercaya ibu untuk memberikan bantuan kepadanya secara aktif melibatkan diri selama proses edukasi persalinan, kelahiran, nifas, dan merawat bayi.
- 6) Memenuhi kebutuhan-kebutuhan sesuai dengan keinginan ibu dan keluarganya selama perawatan di ruang rawat inap termasuk selama proses persalinan dan kelahiran.
- 7) Perawatan pascalinin diberikan kepada ibu dengan persalinan

- 8) Para ibu adalah “perawat” untuk bayinya sendiri. Peran penyedia layanan adalah memfasilitasi pelayanan tersebut, bukan pemberi perawatan langsung untuk bayi mereka.
- 9) Penyedia pelayanan memfasilitasi pasangan ibu dan bayi sebagai satu unit *single family* yang menjadi tanggung jawabnya.
- 10) Para orang tua diizinkan merawat bayi mereka yang sakit/beresiko tinggi setiap waktu dan mereka diikutsertakan dalam merawat bayinya dengan kondisi tersebut.

c. Prinsip *Family-Centered Maternity Care* (FCMC)

Menurut Runiari (2010) prinsip-prinsip keperawatan maternitas yang berpusat pada keluarga diaplikasikan ke dalam asuhan keperawatan melalui aktivitas berikut:

- 1) Memfasilitasi kebersamaan klien dengan pasangan dalam ruang perawatan.
- 2) Melibatkan keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan klien.
- 3) Pendidikan konseling sesuai dengan kebutuhan klien dan keluarga.
- 4) Tidak membatasi kunjungan keluarga.
- 5) Pengkajian terhadap kekuatan-kekuatan yang ada pada suatu keluarga dan kebutuhan spesifiknya.
- 6) Menghargai perbedaan yang ada pada masing-masing keluarga sebagai suatu keunikan keluarga.

- 7) Melibatkan keluarga dalam membuat perencanaan kesehatan bagi klien dan kesejahteraan janin, misalnya memilih metode komplementer.

4. Nursing Theories Model Adaptasi Sister Callista Roy (1976)

a. Definisi

Model adaptasi adalah bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatan dengan cara mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku maladaptif (Mubarak & Chayatin, 2009). Kemampuan adaptif seseorang ditentukan oleh tiga hal, yaitu masukan atau *input*, kontrol, dan keluaran atau *output*. Roy mengidentifikasi *input* sebagai stimulus yang dapat menimbulkan respon yang terdiri dari tiga komponen, yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan residual (Christensen & Kenney, 2009).

Stimulus fokal adalah stimulus yang langsung berhadapan dengan individu, seperti perubahan fungsi peran, perubahan fisiologis, perubahan konsep diri, atau perubahan dalam mempertahankan keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus yang di terima oleh individu, baik internal (karakteristik diri) maupun eksternal (lingkungan, keluarga, teman, masyarakat, petugas kesehatan) yang mempengaruhi stimulus fokal (Asemi, 2008). Stimulus residual adalah keyakinan, sikap, atau

sifat-sifat yang mempengaruhi situasi individu (Christensen & Kenney, 2009).

Aspek berikutnya yang terkait dengan kemampuan adaptif adalah mekanisme kontrol yang mencakup mekanisme coping biologis maupun psikologis. Aspek terakhir adalah *output*, pada sistem ini dapat berupa respon adaptif maupun maladaptif yang perilakunya dapat diamati, diukur, atau dapat dikemukakan secara subjektif (Asmadi, 2008).

b. Model Konseptual Roy

1) Keperawatan

Keperawatan dianggap sebagai ilmu dan praktik yang meningkatkan adaptasi klien dalam empat model yang terdiri dari fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi agar individu dapat berfungsi secara holistik melalui aplikasi proses keperawatan (Christensen & Kenney, 2009). Menurut Asmadi (2008) peran perawat disini adalah membantu klien beradaptasi dengan perubahan yang ada dengan meningkatkan respon adaptif individu.

2) Klien

Individu, kelompok, atau komunitas dengan mekanisme coping yang tidak efektif atau stres yang tidak lazim. (Christensen & Kenney, 2009). Menurut Asmadi (2008) individu adalah makhluk biososial sebagai satu kesatuan yang memiliki mekanisme

koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan, individu selalu berinteraksi secara konstan atau selalu beradaptasi dengan perubahan lingkungan.

3) Kesehatan

Konsep sehat yang dikembangkan oleh Roy adalah bagaimana individu mampu beradaptasi dan berperilaku adaptif terhadap perubahan yang terjadi guna memenuhi kebutuhannya, seperti kebutuhan fisiologis, konsep diri yang positif, kebutuhan untuk menampilkan fungsi peran sosial dan mempertahankan keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan (Asmadi, 2008).

Sakit adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu. Kemampuan individu dalam beradaptasi bergantung pada latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya, dan lain-lain (Nursalam, 2013):

4) Lingkungan

Semua kondisi yang berasal dari internal (pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian) dan eksternal (fisik, kimiawi, psikologis yang diterima individu sebagai ancaman), yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dan perilaku seseorang dan kelompok (Nursalam, 2013). Menurut Christensen

& Kenney (2009) stimulus internal dan eksternal meliputi stimulus fokal, kontekstual, dan residual, yang secara bersamaan membentuk tingkat adaptif.

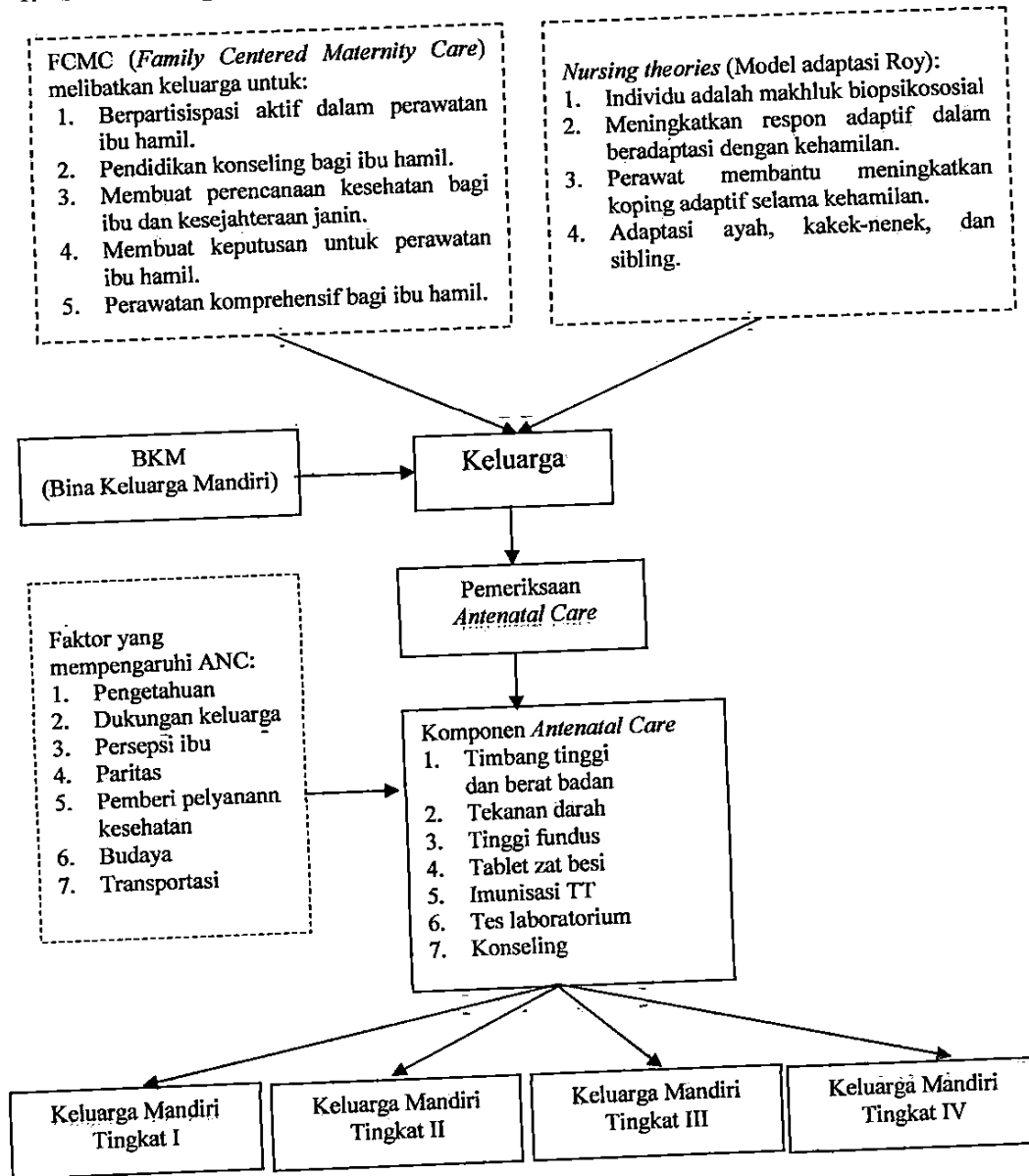
c. Hubungan Model Adaptasi Roy dengan *Antenatal Care*

Pendekatan Roy menegaskan bahwa individu adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan (Asmadi, 2008). Model adaptasi Roy memandang individu sebagai makhluk yang utuh dalam interaksinya dengan lingkungan, yang beradaptasi terhadap perubahan melalui empat model adaptasi: kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi (Christensen & Kenney, 2009).

Menurut Indriyani (2013) proses adaptasi keluarga yang terdiri dari adaptasi ayah, adaptasi kakek-nenek, dan adaptasi sibling terhadap kehamilan berlangsung dalam suatu lingkungan budaya yang dipengaruhi oleh sistem sosial. Kehamilan merupakan peristiwa yang sangat penting dalam hidup seorang ibu dan keluarganya, kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada ibu hamil.

B: Kerangka Konsep

1. Skema Kerangka Konsep



Gambar 1. Skema Kerangka Konsep

: Diteliti
 : Tidak diteliti

2. Penjelasan Kerangka Konsep

Family Centered Maternity Care (FCMC) dan *Nursing theories Model adaptasi Roy* merupakan hal yang mendasari terbentuknya Bina Keluarga Mandiri (BKM). Program Bina Keluarga Mandiri ini dapat mempengaruhi tingkat kemandirian keluarga dalam melakukan *Antenatal Care* (ANC) yang terdiri dari beberapa komponen. *Antenatal Care* (ANC) juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu; pengetahuan, dukungan keluarga, persepsi ibu, paritas, pemberi pelayanan kesehatan, budaya, dan transportasi. Keluarga dapat dikategorikan mandiri dengan tingkat kemandirian I sampai kemandirian IV tergantung bagaimana keluarga melakukan pemeriksaan *Antenatal Care* sesuai dengan pembinaan yang telah dilakukan oleh peneliti.

C. Hipotesis

1. H_0 ; Tidak adanya pengaruh Bina Keluarga Mandiri (BKM) terhadap kemandirian keluarga dalam pemeriksaan *Antenatal Care* pada keluargadengan ibu hamil.
2. H_a ; Adanya pengaruh Bina Keluarga Mandiri (BKM) terhadap kemandirian keluarga dalam pemeriksaan *Antenatal Care* pada keluarga dengan ibu hamil.