

BAB 2

TINAJAUN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Post partum*

2.1.1 Definisi *Post partum*

Post partum yang sering disebut juga sebagai masa nifas atau *puerperium*, merupakan periode pasca-persalinan yang dimulai segera setelah keluarnya plasenta dan selaput janin dari rahim, menandai akhir dari proses persalinan aktif, dan berlangsung hingga sekitar 6-8 minggu kemudian. Secara etimologis, istilah "*post partum*" berasal dari bahasa Latin yang berarti "setelah kelahiran," dan secara medis menggambarkan fase transisi kritis di mana tubuh ibu mengalami proses pemulihan holistik untuk kembali ke kondisi pra-kehamilan. Periode ini tidak hanya melibatkan restorasi fisik organ reproduksi seperti involusi uterus (penyusutan rahim dari ukuran sekitar 1 kg menjadi 50-100 gram), penutupan os serviks, dan normalisasi vagina serta ligamen panggul tetapi juga adaptasi hormonal, emosional, dan psikososial yang mendalam (Bahiyatun, 2019). Proses ini dipengaruhi oleh perubahan dramatis selama kehamilan, seperti peningkatan volume darah, perubahan kadar hormon (estrogen, progesteron, dan prolaktin), serta stres fisik dari kontraksi rahim dan pendorongan janin selama persalinan.

Masa *post partum* dapat dibagi menjadi tiga tahap utama untuk memudahkan pemahaman dan pemantauan klinis:

1. Tahap Awal (*Immediate Post partum*, 1-2 Hari Pertama): Fokus pada stabilisasi kondisi ibu pasca-persalinan, termasuk pengeluaran lochia (darah, mukus, dan jaringan sisa dari rahim yang berlangsung 4-6 minggu), pemantauan perdarahan *post partum* (yang normalnya sekitar 500 ml untuk persalinan vaginal), dan pencegahan komplikasi akut seperti infeksi (endometritis), perdarahan berlebih (hemoragi *post partum*), atau emboli amnion. Pada tahap ini, ibu sering mengalami kelelahan ekstrem, nyeri perineum (jika robekan terjadi),

dan fluktuasi mood akibat penurunan hormon kehamilan yang cepat .

2. Tahap Menengah (*Intermediate Post partum*, 1-2 Minggu): Rahim mengalami involusi aktif melalui kontraksi *post partum* yang dibantu oleh menyusui (oksitosin merangsang kontraksi), sementara laktasi mulai terbentuk. Gejala umum termasuk kram perut (afterpains), konstipasi akibat anestesi atau dehidrasi, dan risiko infeksi saluran kemih. Pemulihan emosional menjadi krusial, karena sekitar 70-80% ibu mengalami baby blues (sedih sementara) akibat perubahan hormon dan kelelahan, yang biasanya mereda dalam 2 minggu .
3. Tahap Akhir (*Late Post partum*, Hingga 6-8 Minggu): Pemulihan pada tahap akhir masa nifas, terjadi proses pemulihan fisiologis yang lebih menyeluruh, ditandai dengan rahim yang kembali ke ukuran dan posisi normal (involusi uterus), pemulihan fungsi organ reproduksi, serta peningkatan kekuatan otot dasar panggul. Siklus menstruasi dapat mulai kembali, terutama pada ibu yang tidak menyusui secara eksklusif. Namun, apabila proses pemulihan tidak berlangsung optimal, dapat muncul risiko jangka panjang seperti prolaps uterus, inkontinensia urin, atau gangguan fungsi dasar panggul.

Secara psikologis, periode ini merupakan fase yang rentan terhadap terjadinya *post partum depression* (PPD). PPD ditandai dengan gejala seperti kesedihan berkepanjangan, perasaan tidak berdaya, kecemasan berlebih, kelelahan emosional, serta kesulitan dalam membangun ikatan (*bonding*) dengan bayi. Prevalensi PPD diperkirakan memengaruhi sekitar 10–15% ibu *post partum*. Oleh karena itu, skrining kesehatan mental pada masa nifas sangat dianjurkan menggunakan instrumen yang tervalidasi, seperti *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), guna mendeteksi gangguan secara dini dan memberikan intervensi yang tepat (WHO, 2022; ACOG, 2023)

2.1.2 Adaptasi Psikologis Pada *Post partum*

Periode pasca *partum*, atau masa nifas, sering kali menjadi fase yang penuh tantangan

bagi para ibu baru, di mana stress emosional dapat muncul secara signifikan akibat adaptasi terhadap peran baru sebagai orang tua, ditambah dengan berbagai perubahan fisik yang intens seperti kelelahan pasca-persalinan, nyeri perineum, fluktuasi hormonal (penurunan estrogen dan progesteron yang memicu *baby blues*), serta gangguan tidur akibat tangisan bayi. Stress ini dapat bermanifestasi dalam bentuk kecemasan, iritabilitas, atau bahkan gejala depresi *post partum* yang lebih serius, yang memengaruhi hingga 80% ibu dalam bentuk ringan dan 10-15% dalam bentuk berat, sehingga berpotensi menghambat bonding ibu-bayi dan kualitas hidup keluarga secara keseluruhan. Keberhasilan transisi ke masa *parenthood* selama periode ini sangat bergantung pada interaksi dinamis antara faktor internal dan eksternal, yang dapat memfasilitasi adaptasi positif atau justru memperburuk ketidakstabilan emosional. Faktor-faktor utama yang memengaruhi keberhasilan transisi ibu menuju peran sebagai orang tua (*transition to parenthood*) meliputi beberapa aspek berikut:

1. Respons dan Dukungan dari Keluarga dan Teman

Dukungan sosial yang adekuat dari pasangan, keluarga inti, maupun teman dekat memiliki peran yang sangat penting dalam membantu ibu beradaptasi pada masa *post partum*. Dukungan emosional, instrumental, dan informasional seperti bantuan dalam perawatan bayi, pekerjaan rumah tangga, serta pemberian empati dan validasi emosional dapat menurunkan tingkat stres dan meningkatkan rasa percaya diri ibu. Sebaliknya, kurangnya keterlibatan pasangan atau adanya sikap keluarga yang kritis dan tidak suportif dapat memperburuk tekanan psikologis, meningkatkan perasaan kewalahan, serta menurunkan kemampuan coping. Berbagai studi menunjukkan bahwa dukungan sosial yang baik berhubungan secara signifikan dengan penurunan risiko *post partum depression* (PPD) karena mampu memenuhi kebutuhan emosional dasar ibu, seperti rasa aman, dihargai, dan didukung (WHO, 2022; Shorey & Chan, 2020).

2. Kesesuaian Pengalaman Melahirkan dengan Harapan dan Aspirasi

Pengalaman persalinan yang sesuai dengan harapan ibu misalnya proses persalinan yang berjalan lancar atau keputusan medis yang dipahami dan disetujui dapat memperkuat rasa pencapaian, kepuasan diri, serta persepsi positif terhadap peran keibuan. Sebaliknya, pengalaman persalinan yang tidak sesuai ekspektasi, seperti tindakan darurat, komplikasi, atau pengalaman persalinan yang dirasakan traumatis, dapat memicu kekecewaan, rasa bersalah, bahkan trauma persalinan (*birth trauma*). Kondisi ini berpotensi menghambat adaptasi emosional ibu pada masa *post partum*. Oleh karena itu, pendidikan antenatal yang komprehensif dan realistis sangat penting untuk membantu ibu mengelola harapan serta mempersiapkan diri menghadapi berbagai kemungkinan selama persalinan (ACOG, 2023; WHO, 2022).

3. Pengalaman Sebelumnya dalam Melahirkan dan Membesarkan Anak

Ibu primipara umumnya menghadapi tantangan adaptasi yang lebih besar dibandingkan multipara, karena keterbatasan pengalaman dan pengetahuan praktis dalam merawat bayi. Hal ini dapat meningkatkan kecemasan, terutama terkait menyusui, perawatan bayi baru lahir, dan pengenalan tanda bahaya. Sebaliknya, ibu multipara cenderung memiliki kepercayaan diri yang lebih baik karena telah memiliki pengalaman sebelumnya, meskipun pengalaman negatif di masa lalu dapat menjadi sumber stres tersendiri. Pengalaman sebelumnya berperan dalam membentuk resiliensi emosional, di mana ibu yang telah melalui proses adaptasi sebelumnya lebih mampu mengantisipasi tantangan dan menerapkan strategi coping yang efektif, sehingga mempercepat pemulihan psikologis *post partum* (Shorey et al., 2021).

4. Pengaruh Budaya

Nilai budaya, norma sosial, dan tradisi yang berlaku dalam masyarakat turut memengaruhi cara ibu menjalani masa *post partum*. Praktik budaya yang mendukung pemulihan, seperti masa istirahat pascamelahirkan dan dukungan komunitas, dapat memberikan rasa aman

serta memperkuat adaptasi emosional ibu. Namun, norma budaya yang kaku seperti tuntutan untuk segera kembali menjalankan peran domestik, minimnya keterlibatan ayah, atau stigma terhadap bantuan profesional dapat meningkatkan stres dan menghambat pemulihan psikologis. Budaya juga memengaruhi pembagian peran gender, di mana dukungan terhadap keterlibatan ayah dalam pengasuhan terbukti dapat meringankan beban ibu dan meningkatkan kesejahteraan mental keluarga secara keseluruhan (WHO, 2022; O'Hara & McCabe, 2023).

Secara keseluruhan, faktor-faktor tersebut saling berkaitan dan membentuk suatu sistem dukungan yang holistik dalam proses transisi menuju *parenthood*. Intervensi yang melibatkan keluarga, edukasi prenatal dan postnatal, serta pendekatan yang sensitif terhadap budaya sangat penting untuk mencegah gangguan emosional jangka panjang dan meningkatkan kesehatan mental ibu pada masa *post partum*.

2.1.3 Periode Perubahan Psikologis Pada masa *Post partum*

Periode Periode pascapartum merupakan fase adaptasi holistik bagi ibu baru yang mencakup perubahan fisik, psikologis, emosional, dan sosial. Proses adaptasi ini dapat dijelaskan melalui *Model Maternal Role Attainment (MRA)* yang dikembangkan oleh Reva Rubin dan kemudian diperluas serta dimodifikasi oleh Mercer menjadi *Maternal Role Attainment–Becoming a Mother*. Model ini membagi proses adaptasi ibu menjadi tiga tahap utama, yaitu *Taking In*, *Taking Hold*, dan *Letting Go*, yang menggambarkan perkembangan identitas maternal secara bertahap.

Model ini menekankan bahwa transisi menuju peran ibu tidak terjadi secara instan, melainkan melalui proses dinamis yang dipengaruhi oleh faktor fisiologis (seperti perubahan hormonal dan pemulihan pascapersalinan), psikologis, serta dukungan sosial dan lingkungan.

Tahap *Taking In* ditandai dengan fokus ibu pada pemulihan diri dan kebutuhan pribadi, serta kecenderungan untuk bergantung pada orang lain. Tahap *Taking Hold* menunjukkan

peningkatan keterlibatan ibu dalam perawatan bayi, munculnya rasa tanggung jawab, dan kebutuhan akan bimbingan serta validasi dari tenaga kesehatan. Sementara itu, tahap *Letting Go* merupakan fase di mana ibu mulai menerima peran barunya secara penuh, menyesuaikan harapan dengan realitas, serta mengintegrasikan identitas sebagai ibu ke dalam kehidupan sehari-hari.

Durasi setiap tahap bersifat fleksibel dan bervariasi antarindividu, tergantung pada kondisi kesehatan ibu dan bayi, pengalaman melahirkan, serta dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan. Peran bidan dan perawat maternitas sangat penting dalam mendampingi ibu selama masa ini untuk memfasilitasi adaptasi yang sehat, memperkuat ikatan (*bonding*) ibu dan bayi, serta mencegah gangguan psikologis seperti *post partum depression* (Mercer, 2020; Lowdermilk et al., 2024).

2.1.4 Masalah seksual *Post partum*

Masa *post partum*, atau periode nifas, sering kali membawa tantangan signifikan terhadap fungsi seksual pasangan, yang dapat memengaruhi kualitas hubungan intim dan kepuasan emosional secara keseluruhan. Perubahan fisik seperti penyembuhan jaringan perineum, fluktuasi hormonal (penurunan estrogen yang menyebabkan kekeringan vagina), serta adaptasi psikologis ke peran orang tua baru, berkontribusi pada berbagai masalah seksual yang umum dialami ibu hingga 6-12 bulan pasca-persalinan. Masalah ini tidak hanya bersifat sementara, tetapi jika tidak ditangani, dapat menyebabkan ketegangan relasional, penurunan keintiman, atau bahkan gangguan seksual jangka panjang seperti *dyspareunia kronis*. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai masing-masing masalah:

a. Ketidaknyamanan saat berhubungan seksual

Ketidaknyamanan ini, sering disebut *dyspareunia post partum*, muncul akibat perubahan anatomi seperti peregangan atau robekan perineum selama persalinan vaginal, yang menyebabkan nyeri saat penetrasi, terutama pada 6 minggu pertama. Faktor hormonal

seperti penurunan estrogen juga mengurangi lubrikasi alami, membuat hubungan terasa kering dan iritatif.

b. Takut Mengalami Infeksi

Ketakutan ini berasal dari kerentanan *post partum* terhadap infeksi, seperti endometritis atau infeksi saluran kemih, yang dapat dipicu oleh aktivitas seksual prematur sebelum penyembuhan lengkap (biasanya direkomendasikan menunggu 4-6 minggu).

c. Takut Mengalami Luka

Ancaman luka baru atau pembukaan luka lama, terutama pada ibu yang mengalami episiotomi atau robekan derajat tinggi, menjadi penghalang utama, Jaringan perineum yang masih sensitif .

d. Takut Hamil

Kekhawatiran ovulasi prematur dan kehamilan tak direncanakan sering muncul karena ketidakpastian siklus menstruasi *post partum*, terutama pada ibu yang menyusui eksklusif (metode LAM efektif hanya 98% jika ketat).

e. Emosi

Fluktuasi emosional, seperti iritabilitas atau kesedihan akibat *baby blues* (dipengaruhi penurunan hormon), dapat membuat ibu merasa tidak siap secara emosional untuk keintiman, menyebabkan penolakan atau konflik dengan pasangan.

f. Kelelahan

Kelelahan fisik dan mental akibat kurang tidur, tugas pengasuhan 24/7, dan pemulihan *post partum* mengurangi energi untuk aktivitas seksual, membuat ibu merasa "tidak mood" meskipun secara fisik mampu.

g. Kemarahan

Kemarahan yang muncul dari frustrasi peran baru, tekanan sosial, atau ketidakadilan dalam pembagian tugas (misalnya, pasangan kurang membantu) dapat memblokir

keintiman seksual, di mana seks terasa seperti "kewajiban" daripada kesenangan.

h. Sakit Akibat Pembedahan SC (*Sectio Caesarea*)

Pada ibu dengan persalinan caesar, nyeri pada luka bedah perut, adhesi jaringan, atau infeksi dapat bertahan hingga 3-6 bulan, membuat posisi seksual tertentu tidak nyaman atau menyakitkan. Selain itu, bekas luka dapat memengaruhi mobilitas, sehingga disarankan menunggu 6-8 minggu dan menggunakan posisi yang lembut. Pemantauan pasca-operasi oleh dokter esensial untuk mengelola nyeri

i. Pandangan Terhadap Citra Tubuh

Perubahan *post partum* seperti *stretch marks*, perut kendur, atau penambahan berat badan sering menurunkan rasa percaya diri, membuat ibu merasa "tidak menarik" secara seksual.

j. Penurunan Libido saat terjadi *Post partum Blues*

Penurunan Libido Saat Terjadi *Post partum Blues* *Post partum blues*, yang dialami 50-80% ibu pada minggu pertama, menyebabkan penurunan hasrat seksual akibat gejala seperti *mood swings*, kecemasan, dan kelelahan emosional, yang dipicu oleh perubahan hormon pasca-plasenta.

k. Kekhawatiran Seputaran Laktasi

Ibu menyusui khawatir bahwa hubungan seksual dapat mengganggu produksi ASI (misalnya, melalui stres atau perubahan hormon), atau bahwa ASI bocor selama intim, yang menimbulkan rasa malu.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Masa *Post partum*

Asuhan pada masa *post partum* (nifas) merupakan komponen esensial untuk mendukung pemulihan holistik ibu baru, mencakup aspek fisik, emosional, dan sosial guna mencegah komplikasi seperti infeksi, kelelahan kronis, atau gangguan laktasi, serta mempromosikan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Berikut adalah penjelasan

rinci mengenai elemen-elemen :

1. *Personal Hygiene*

Kebersihan pribadi sangat krusial pada masa *post partum* untuk mencegah infeksi *post partum* (seperti endometritis atau infeksi saluran kemih) yang dapat timbul akibat pengeluaran lochia (darah dan jaringan sisa rahim) dan kerentanan jaringan genital yang masih sensitif.

- a) Anjurkan Kebersihan Seluruh Tubuh: Dorong ibu untuk mandi secara rutin menggunakan air hangat dan sabun lembut setiap hari, terutama setelah berkeringat atau menyusui .
- b) Mengajarkan Ibu Bagaimana Membersihkan Daerah Kelamin dengan Sabun dan Air: Instruksikan teknik membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang untuk menghindari transfer bakteri dari anus ke uretra atau vagina, yang dapat mencegah infeksi saluran kemih (ISK). Lakukan hal ini setelah setiap buang air kecil atau besar, menggunakan air mengalir atau tisu basah steril, diikuti pengeringan lembut dengan handuk bersih untuk menjaga kelembaban yang optimal dan mengurangi risiko jamur.
- c) Sarankan Ibu untuk Mengganti Pembalut Setidaknya Dua Kali Sehari: Pembalut harus diganti minimal setiap 4-6 jam atau lebih sering jika lochia deras, untuk mencegah pertumbuhan bakteri anaerobik yang dapat menyebabkan infeksi serius. Pilih pembalut katun yang menyerap baik dan hindari produk beraroma yang dapat mengiritasi kulit sensitif.
- d) Sarankan Ibu untuk Mencuci Tangan dengan Sabun dan Air Sebelum dan Sesudah Membersihkan Daerah Kelaminnya: Kebiasaan ini esensial untuk memutus rantai penularan infeksi, terutama karena tangan ibu sering bersentuhan dengan bayi : cuci selama 20 detik dengan sabun antibakteri untuk

menghilangkan patogen potensial.

- e) Jika Ibu Mempunyai Luka Episiotomi atau Laserasasi, Sarankan pada Ibu untuk Menghindari Daerah Luka: Hindari menyentuh atau menggosok luka secara langsung; gunakan salep antibiotik jika diresepkan, dan pantau tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau nanah. Konsultasikan dengan bidan jika nyeri bertambah, karena penyembuhan optimal memerlukan waktu 2-4 minggu.

2. Istirahat

Istirahat yang cukup vital untuk mendukung involusi uterus (penyusutan rahim), pemulihan energi, dan pencegahan kelelahan yang dapat memperburuk *mood swings* atau *post partum depression*.

- a) Anjurkan Ibu untuk Beristirahat Cukup untuk Mencegah Kelelahan yang Berlebihan: Targetkan 8-10 jam tidur per malam plus istirahat siang, dengan memprioritaskan tidur ketika bayi tidur untuk sinkronisasi ritme sirkadian; kurang istirahat dapat meningkatkan risiko infeksi dan menurunkan produksi ASI.
- b) Sarankan untuk Kembali ke Kegiatan-Kegiatan Rumah Tangga Biasa Perlahan, serta Tidur Siang atau Beristirahat Selagi Bayi Tidur: Mulai dengan aktivitas ringan seperti berjalan kaki pendek setelah minggu pertama, hindari mengangkat beban berat (>5 kg) untuk mencegah prolaps uterus.

3. Senam

Latihan nifas membantu mengembalikan tonus otot perut dan panggul yang melemah selama kehamilan, mengurangi risiko inkontinensia urin, dan meningkatkan sirkulasi darah untuk pemulihan lebih cepat.

- a) Diskusikan Pentingnya Mengembalikan Otot-Otot Perut dan Panggul Kembali Normal: Jelaskan bahwa senam ini memperkuat otot *transverses abdominis* dan

pelvic floor, membuat ibu merasa lebih kuat secara keseluruhan, mengurangi nyeri punggung bawah (yang dialami 50% ibu *post partum*), dan memfasilitasi laktasi dengan meningkatkan postur. Mulai latihan setelah 1-2 minggu jika tidak ada komplikasi.

- b) Berdiri dengan Tungkai Dirapatkan, Kencangkan Otot-Otot, Pantat dan Pinggul dan Tahan Sampai 5 Hitungan, Kendurkan dan Ulangi Latihan Sebanyak 5 Kali: Ini adalah latihan dasar Kegel yang dapat dilakukan 3-4 kali sehari kencangkan otot seperti menahan urine, tahan 5 detik, lalu relaks 10 detik. Tingkatkan secara bertahap untuk menghindari kelelahan, dan pantau respons tubuh untuk mencegah overstrain.

4. Gizi

Nutrisi optimal esensial untuk ibu menyusui, karena kebutuhan kalori meningkat 20-30% untuk mendukung produksi ASI (sekitar 750-800 ml/hari) dan pemulihan dari kehilangan darah persalinan, ibu menyusui harus:

- a) Mengonsumsi Tambahan 500 Kalori Tiap Hari: Tambahan ini dari sumber sehat seperti buah, sayur, dan biji-bijian untuk mencegah penurunan berat badan berlebih dan menjaga energi; hindari diet ketat yang dapat mengurangi ASI.
- b) Makan dengan Diet Berimbang untuk Mendapatkan Protein, Mineral, dan Vitamin yang Cukup: Sertakan protein (daging, telur, kacang) untuk perbaikan jaringan, kalsium (susu) untuk tulang, dan zat besi untuk mengatasi anemia *post partum*; diet ini juga mendukung imunitas ibu dan bayi.
- c) Minum Sedikitnya 3 Liter Air Setiap Hari (Anjurkan Ibu untuk Minum Setiap Kali Menyusui): Dehidrasi dapat menurunkan produksi ASI hingga 20%, jadi minum 200-300 ml sebelum dan setelah menyusui; gunakan pengingat seperti botol air di samping tempat menyusui.

- d) Pil Zat Besi Harus Diminum untuk Menambah Zat Gizi Setidaknya Selama 40 Hari Pasca Bersalin: Suplementasi 60 mg/hari mencegah anemia defisiensi besi, yang umum setelah perdarahan 500 ml saat persalinan; pantau efek samping seperti konstipasi dengan asupan serat tinggi.
- e) Minum Kapsul Vitamin A (200.000 Unit) Agar Bisa Memberikan Vitamin A kepada Bayinya Melalui ASI-nya: Dosis tunggal ini pada hari ke-21 *post partum* mencegah defisiensi vitamin A pada ibu dan bayi, mengurangi risiko infeksi pernapasan bayi; konsultasikan jika ada kontraindikasi seperti gangguan hati

5. Perawatan Payudara (*Breast Care*)

Perawatan ini mencegah mastitis (infeksi payudara) yang memengaruhi 10-20% ibu menyusui, dengan fokus pada pencegahan pembengkakan dan menjaga integritas kulit puting.

- a) Menjaga Payudara Tetap Bersih dan Kering: Cuci payudara dengan air hangat saat mandi dan keringkan secara lembut untuk mencegah iritasi; hindari sabun keras yang dapat mengeringkan kulit.
- b) Menggunakan BH yang Menyokong Payudara: Pilih bra katun tanpa kawat yang pas (tidak terlalu ketat) untuk mendukung payudara berat dan mencegah stretch marks; ganti setiap hari untuk hygiene.

6. Hubungan

Pemulihan fungsi seksual *post partum* memerlukan waktu untuk penyembuhan fisik dan emosional, dengan rekomendasi menunggu hingga lochia merah berhenti (sekitar 2-4 minggu) untuk mengurangi risiko infeksi. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami-istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, menandakan restorasi elastisitas jaringan. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk

memulai melakukan hubungan suami-istri kapan saja ibu siap secara emosional, dengan menggunakan pelumas jika diperlukan untuk mengatasi kekeringan hormonal.

7. Keluarga Berencana (KB)

Perencanaan keluarga pascapartum penting untuk mencegah kehamilan berjarak dekat (<18 bulan), yang meningkatkan risiko anemia dan mortalitas maternal.

- a) Meskipun Beberapa Metode KB Mengandung Risiko, Menggunakan Kontrasepsi Tetap Lebih Aman, Terutama Apabila Ibu Sudah Haid Lagi: Kontrasepsi mengurangi kehamilan tidak direncanakan hingga 99%, meskipun ada efek samping seperti spotting; mulai segera setelah persalinan untuk ibu tidak menyusui.
- b) Sebelum Menggunakan Metode KB, Hal-Hal Berikut Sebaiknya Dijelaskan dahulu kepada Ibu:
 - a. Bagaimana Metode Ini Dapat Mencegah Kehamilan dan Efektivitasnya: Jelaskan mekanisme (misalnya, IUD mencegah implantasi dengan efektivitas 99%) untuk membangun pemahaman.
 - b. Kelebihan/Keuntungan: Seperti kemudahan penggunaan atau reversibilitas untuk mendukung pilihan.
 - c. Efek Samping: Seperti mual pada pil atau nyeri pada suntik, untuk mengelola ekspektasi.
 - d. Bagaimana Menggunakan Metode Ini: Demonstrasi praktis, seperti pemasangan kondom atau jadwal pil.
 - e. Kapan Metode Itu Dapat Mulai Digunakan untuk Wanita Pascapersalinan yang Menyusui: Misalnya, pil progestin aman mulai 3 minggu *post partum* tanpa memengaruhi ASI.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan khawatir, tegang, dan takut terhadap suatu hal yang hasilnya tidak pasti dan dapat menyertai, mempengaruhi, atau menyebabkan depresi. (Kajdy et al., 2020). Asal-usul kata cemas mencerminkan pengalaman fisik dan emosional yang sering dirasakan oleh individu yang mengalami kecemasan, di mana tubuh dan pikiran terasa tertekan atau terhambat, seolah-olah ada beban yang menekan dada atau pikiran. Secara konseptual, kecemasan merupakan rasa khawatir, gugup, bahkan gelisah yang intens terhadap sesuatu yang tidak pasti atau ambigu, yang sering kali muncul sebagai respons adaptif terhadap ketidakpastian hidup; namun, jika tidak dikelola, kondisi ini dapat berdampingan dengan gangguan lain, mempengaruhi kesehatan mental secara keseluruhan, atau bahkan menjadi pemicu utama bagi depresi melalui mekanisme neurobiologis seperti disregulasi hormon stres (Kajdy, et al., 2020).

Kecemasan adalah respon individu terhadap suatu keadaan tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup. Kecemasan merupakan pengalaman emosi dan subjektif tanpa ada obyek yang spesifik sehingga orang merasakan sesuatu perasaan was-was (khawatir) seolah olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umunya disertai gejala gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu (Abdullah 2021).

Pendapat lain menyatakan bahwa kecemasan merupakan kondisi mental seseorang yang sebagian besar sumber penyebabnya tidak diketahui akan tetapi biasanya terdapat gejala berupa ketegangan, rasa tidak aman, khawatir akan terjadinya sesuatu yang tidak diharapkan dan tidak diinginkan (Sumirta et al., 2019). Dari beberapa definisi diatas diambil kesimpulan bahwa kecemasan adalah kondisi mental emosional

seseorang yang ditandai dengan perasaan takut, khawatir, tidak tenang kemudian didukung oleh repon fisik saat menghadapi sesuatu yang belum terjadi.

2.2.2 Faktor Penyebab Kecemasan

Beberapa teori kontemporer menjelaskan bahwa kecemasan muncul sebagai hasil interaksi antara faktor predisposisi dan faktor presipitasi, yang menggambarkan keterkaitan antara kerentanan individu dan pemicu internal maupun eksternal. Pendekatan ini menekankan bahwa kecemasan tidak hanya merupakan respons emosional sementara, melainkan kondisi yang berkembang melalui proses multifaktorial yang melibatkan aspek biologis, psikologis, dan sosial secara simultan.

Faktor predisposisi mengacu pada karakteristik atau kondisi yang telah ada sebelumnya dan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap kecemasan, sedangkan faktor presipitasi merupakan peristiwa atau stresor yang secara langsung memicu munculnya gejala kecemasan. Pemahaman terhadap kedua faktor ini penting dalam praktik keperawatan dan kesehatan mental karena membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi risiko, merancang intervensi pencegahan, serta memberikan asuhan yang lebih komprehensif dan individual.

Dalam kerangka biopsikososial, faktor predisposisi dapat mencakup aspek genetik, ketidakseimbangan neurobiologis, pola kepribadian, pengalaman traumatis masa lalu, serta dukungan sosial yang terbatas. Sementara itu, faktor presipitasi meliputi stres kehidupan, perubahan peran, masalah kesehatan fisik, konflik interpersonal, maupun peristiwa traumatis yang terjadi secara akut. Interaksi antara kedua faktor tersebut menentukan tingkat keparahan, durasi, dan respons individu terhadap kecemasan (Stuart, 2021; Sadock et al., 2023).

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup kerentanan inheren yang dapat berasal dari struktur kepribadian, genetika, atau lingkungan awal kehidupan, yang membuat individu lebih rentan terhadap stres dan kecemasan ketika dihadapkan pada tantangan.

1) Jenis Kelamin

Kecemasan cenderung lebih sering dan intens dialami oleh wanita dibandingkan pria, yang dapat dikaitkan dengan perbedaan biologis, sosial, dan kognitif dalam pemrosesan emosi. Perempuan lebih mudah mengalami kecemasan karena cenderung mengandalkan perasaan dan intuisi dalam menghadapi situasi, sementara laki-laki lebih menggunakan logika dan pemecahan masalah rasional, yang membuat mereka lebih tahan terhadap respons emosional berlebih. Dalam konteks orang tua, ibu sering kali menjadi pengasuh utama yang menghadapi tekanan langsung dari kondisi bayi, sehingga faktor hormonal seperti fluktuasi estrogen juga dapat memperburuk kerentanan ini, menyebabkan gejala seperti gelisah atau khawatir yang berkepanjangan. Hal ini menyoroti perlunya program dukungan gender-spesifik, seperti kelompok curhat bagi ibu, untuk mengelola kecemasan yang tidak seimbang.

2) Usia

Usia memainkan peran penting dalam memodulasi kecemasan, di mana individu yang lebih tua cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah karena akumulasi pengalaman hidup yang kaya. Sebaliknya, orang tua muda mungkin lebih rentan karena kurangnya pengalaman, yang dapat menyebabkan *overthinking* atau kepanikan berlebih oleh karena itu, edukasi usia-spesifik dapat membantu membangun kepercayaan diri di kalangan yang lebih muda.

3) Pekerjaan

Pekerjaan, terutama yang melibatkan peran ganda, secara signifikan mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua, karena menambah beban tanggung jawab yang bersifat emosional dan praktis. Orang tua yang harus berperan sebagai pengasuh utama bagi bayi termasuk merawat bayi sakit di rumah sakit sambil tetap menjalankan tugas sebagai pencari nafkah utama sering kali mengalami kecenderungan tinggi untuk cemas, akibat konflik waktu, kelelahan fisik, dan rasa bersalah atas pembagian perhatian. Situasi ini dapat memicu stres kronis, di mana tekanan finansial dan emosional saling memperkuat, menyebabkan gejala seperti insomnia atau iritabilitas yang memengaruhi kinerja kerja dan hubungan keluarga.

4) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan memiliki hubungan paradoksial dengan kecemasan, di mana individu dengan pendidikan lebih tinggi justru mungkin mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi karena kesadaran yang lebih besar terhadap risiko potensial. Gass dan Curiel (2011) menjelaskan bahwa pendidikan yang lebih tinggi sering kali dikaitkan dengan pemahaman mendalam tentang kondisi medis atau implikasi jangka panjang, yang dapat memicu *overanalysis* dan kekhawatiran berlebih, terutama pada orang tua yang membaca literatur medis tentang penyakit anak. Namun, pendidikan juga dapat menjadi aset jika diarahkan pada keterampilan coping, seperti melalui workshop kesehatan mental oleh karena itu, program edukasi yang seimbang diperlukan untuk mengubah pengetahuan menjadi alat pengelolaan kecemasan yang efektif.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merujuk pada pemicu akut atau situasional yang memicu munculnya gejala kecemasan pada individu yang sudah memiliki predisposisi, sering

kali melalui mekanisme stres akut yang mengaktifkan respons "*fight-or-flight*". Faktor ini dikelompokkan menjadi dua kategori utama, yang menyoroti ancaman terhadap aspek fisik dan psikososial diri.

1. Ancaman terhadap Integritas Fisik

Kategori ini mencakup situasi yang mengancam kesehatan atau kemampuan fisik individu, seperti prognosis penyakit serius, cedera mendadak, atau keterbatasan fungsi tubuh yang akan terjadi di masa depan. Hal ini juga meliputi penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (ADL), seperti kesulitan bergerak, makan, atau merawat diri sendiri akibat usia lanjut, kecelakaan, atau kondisi medis kronis. Ancaman semacam ini memicu kecemasan karena menimbulkan rasa ketidakberdayaan dan ketakutan akan kehilangan otonomi, yang dapat memperburuk gejala fisik seperti palpitasi atau sesak napas.

2. Ancaman terhadap Sistem Diri

Ancaman ini membahayakan identitas inti, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu, seperti kegagalan dalam peran sosial (misalnya, kehilangan pekerjaan atau perceraian), kritik tajam dari orang lain, atau perubahan status sosial yang tiba-tiba. Situasi ini sering kali memicu kecemasan eksistensial, di mana individu meragukan nilai diri dan tempatnya dalam masyarakat, yang dapat menyebabkan isolasi atau perilaku penghindaran.

2.2.3 Tanda dan Gejala Kecemasan

Manifestasi klinis gangguan kecemasan dapat sangat bervariasi. Beberapa manifestasi menurut Putra et al., (2024).

a. Gejala Fisiologis

Individu yang mengalami kecemasan umumnya akan merasakan gejala seperti kelelahan, nyeri otot, sakit kepala dan keringat berlebih. Selain itu, penderita

gangguan kecemasan juga dapat merasakan beberapa perubahan dari kondisi fisiknya, seperti jantung yang berdebar, kesulitan bernafas, nyeri pada dada atau merasa ada tekanan pada dada, sensasi tersedak, pusing, sensasi panas yang muncul secara tiba-tiba, menggigil, rasa mual, nyeri perut, gangguan pencernaan, gemetar, kebas pada ekstremitas, kelemahan, penurunan kesadaran, tegang otot, mulut menjadi kering, telinga berdenging, serta gangguan berkemih. (Milne and Munro, 2020).

b. Gejala Psikologis

Gejala psikologis atau kognitif kecemasan meliputi rasa gelisah yang berlebih, ketakutan, sulit berkonsentrasi, mudah tersinggung, dan cenderung untuk menyendiri. Selain itu, penderita kecemasan yang tidak ditangani dapat menyebabkan perburukan kondisi hingga mengalami persepsi yang tidak nyata, waspada terhadap ancaman yang berlebihan, serta kesulitan dalam berbicara (Milne and Munro, 2020)

c. Gejala Perilaku

Individu dengan gangguan kecemasan juga mengalami perubahan perilaku yang ditandai dengan kecenderungan menghindari ancaman, keinginan untuk melarikan diri, serta kegelisahan. Beberapa individu juga disertai dengan perilaku agitasi, bernapas cepat, hingga kesulitan untuk berbicara dan bergerak (Milne and Munro, 2020).

d. Gejala Afektif

Gejala afektif berkaitan dengan sikap dan perasaan sehingga individu dengan kondisi kecemasan lebih cenderung merasa gugup, tegang dan ketakutan yang berkepanjangan, merasa putus asa, tidak sabar, hingga frustrasi (Milne and Munro, 2020).

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Teori Kecemasan menurut Stuart

Teori kecemasan yang paling sering digunakan dalam penelitian keperawatan adalah teori kecemasan menurut Stuart. Stuart mengemukakan bahwa kecemasan merupakan respon terhadap stresor yang berasal dari dalam maupun luar individu, dan dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, serta sosial. Kecemasan pada individu muncul ketika terjadi ketidakseimbangan antara tuntutan lingkungan dengan kemampuan individu untuk mengatasinya (Stuart, 2020). Kecemasan terbagi ke dalam empat tingkat, yaitu:

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan merupakan respon normal terhadap stres sehari-hari dan bersifat adaptif. Pada tingkat ini, individu masih mampu berpikir jernih, meningkatkan kewaspadaan, serta dapat memusatkan perhatian. Pada ibu *post partum*, kecemasan ringan dapat muncul dalam bentuk kekhawatiran terhadap kemampuan merawat bayi.

2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang ditandai dengan berkurangnya kemampuan individu untuk memusatkan perhatian. Persepsi mulai menyempit dan individu membutuhkan bantuan untuk menyelesaikan masalah. Pada ibu *post partum*, kecemasan sedang dapat terlihat dari kekhawatiran berlebihan terhadap kondisi kesehatan bayi, terutama pada bayi BBLR.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat menyebabkan individu sulit berpikir jernih dan tidak mampu memusatkan perhatian. Respon fisiologis seperti jantung berdebar, napas cepat,

dan gangguan tidur sering muncul. Ibu *post partum* dengan kecemasan berat dapat mengalami kesulitan dalam menjalankan peran sebagai ibu.

4. Panik

Tingkat panik merupakan tingkat kecemasan tertinggi yang ditandai dengan disorganisasi perilaku dan ketidakmampuan individu untuk berfungsi secara efektif. Pada kondisi ini, individu membutuhkan intervensi segera dari tenaga kesehatan.

Teori Stuart banyak digunakan dalam penelitian keperawatan karena memberikan gambaran yang jelas mengenai tingkat kecemasan serta respon individu, sehingga memudahkan pengukuran dan intervensi keperawatan.

2.2.5 Skala Kecemasan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HARS-A)

Kecemasan sebagai kondisi emosional yang kompleks dapat diukur secara objektif melalui berbagai alat ukur standar, salah satunya adalah *Hamilton Rating Scale Anxiety* (HARS-A), yang dirancang khusus untuk menilai tingkat keparahan gejala kecemasan pada individu. Skala HARS-A berfokus pada observasi klinis terhadap munculnya tanda-tanda dan gejala kecemasan, baik yang bersifat subyektif (seperti perasaan internal) maupun objektif (seperti manifestasi fisik dan perilaku). Instrumen ini memungkinkan penilai biasanya profesional kesehatan mental seperti psikiater atau psikolog untuk melakukan wawancara semi-struktural dan mengamati respons pasien, sehingga menghasilkan penilaian yang komprehensif. Menurut skala HARS-A, terdapat 14 kategori gejala utama yang dievaluasi, di mana setiap item dinilai dengan skala dari 0 (tidak ada gejala atau absen) hingga 4 (gejala parah yang mengganggu fungsi secara signifikan). Total skor berkisar antara 0 hingga 56, dengan interpretasi umum: skor di bawah 17 menunjukkan kecemasan ringan, 18-24 sedang, 25-30 berat, dan di atas 30 menandakan kecemasan sangat berat atau panik. Penggunaan skala ini tidak hanya

membantu dalam diagnosis gangguan kecemasan seperti *generalized anxiety disorder* (GAD), tetapi juga dalam memantau efektivitas pengobatan, seperti terapi farmakologis atau psikoterapi. Skala HARS-A pertama kali diperkenalkan pada tahun 1959 oleh Max Hamilton, seorang psikiater Inggris, dan sejak itu telah menjadi instrumen standar emas dalam pengukuran kecemasan, terutama pada penelitian uji klinis (*clinical trials*) untuk obat-obatan antikecemasan atau intervensi terapeutik. Keunggulan HARS-A terletak pada validitas dan reliabilitasnya yang tinggi, yang telah dibuktikan melalui berbagai studi empiris koefisien reliabilitas internal (Cronbach's alpha) sering kali mencapai 0.8 atau lebih, sementara validitas konvergenya dengan alat ukur lain seperti *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) menunjukkan korelasi yang kuat. Hal ini memastikan bahwa hasil pengukuran kecemasan dengan HARS-A akurat, konsisten, dan dapat direproduksi, sehingga mendukung keputusan klinis yang berbasis bukti dan memfasilitasi perbandingan antar-studi penelitian global.

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS-A) atau yang dikenal juga sebagai *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A) merupakan salah satu instrumen penilaian kecemasan yang paling banyak digunakan dalam praktik klinis dan penelitian kesehatan mental hingga saat ini. Instrumen ini pertama kali dikembangkan oleh Hamilton, namun tetap relevan dan terus digunakan karena memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam menilai tingkat keparahan kecemasan pada berbagai populasi, baik pasien psikiatri maupun non-psikiatri. HARS-A terdiri dari 14 item yang mencerminkan gejala kecemasan secara komprehensif, mencakup dimensi psikologis, somatik, dan perilaku, sehingga memungkinkan penilaian kecemasan secara holistik melalui wawancara terstruktur dan observasi langsung oleh tenaga kesehatan (Maier et al., 2018; Sadock et al., 2023).

HARS-A tidak hanya berfungsi sebagai alat ukur tingkat kecemasan, tetapi juga membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi pola gejala dominan yang dialami individu. Setiap item dinilai berdasarkan intensitas gejala yang muncul, mulai dari tidak ada hingga berat, sehingga dapat menggambarkan kondisi kecemasan secara kuantitatif dan kualitatif. Hal ini sangat penting dalam perencanaan intervensi keperawatan, evaluasi efektivitas terapi, serta pemantauan perkembangan kondisi pasien dari waktu ke waktu.

Berikut ini adalah penjelasan rinci mengenai keempat belas item dalam HARS-A:

a. Perasaan Cemas (*Anxious Mood*)

Item ini menilai pengalaman emosional subjektif individu terkait kecemasan, seperti rasa khawatir berlebihan, firasat buruk yang terus-menerus, ketakutan irasional terhadap masa depan atau pikiran sendiri, serta peningkatan iritabilitas. Gejala ini sering menjadi manifestasi awal kecemasan dan dapat memengaruhi suasana hati sehari-hari. Perasaan cemas yang menetap menunjukkan adanya gangguan regulasi emosi, yang bila tidak ditangani dapat berkembang menjadi kecemasan kronis atau gangguan kecemasan spesifik.

b. Ketegangan (*Tension*)

Ketegangan menggambarkan kondisi stres psikologis dan fisik yang menetap, ditandai dengan rasa gelisah, sulit merasa rileks, mudah tersinggung, serta kelelahan yang tidak membaik dengan istirahat. Ketegangan mencerminkan aktivasi sistem stres tubuh yang berkepanjangan, yang berdampak pada penurunan kesejahteraan emosional dan fisik. Individu dengan skor tinggi pada item ini sering mengalami kesulitan beradaptasi terhadap tuntutan lingkungan.

c. Ketakutan (*Fears*)

Item ini menilai adanya ketakutan atau fobia yang tidak proporsional terhadap

stimulus tertentu, seperti takut berada sendirian, takut pada orang asing, tempat gelap, atau situasi tertentu. Ketakutan yang berlebihan ini membedakan kecemasan patologis dari rasa takut normal, karena intensitasnya tidak sebanding dengan ancaman nyata dan dapat menghambat fungsi sosial maupun aktivitas sehari-hari.

d. Gangguan Tidur (*Insomnia*)

Gangguan tidur merupakan gejala yang sangat umum pada individu dengan kecemasan. Item ini mencakup kesulitan memulai tidur, sering terbangun di malam hari, tidur yang tidak nyenyak, serta mimpi buruk. Kurang tidur yang berkepanjangan dapat memperburuk kecemasan melalui peningkatan kelelahan, penurunan kemampuan coping, dan gangguan konsentrasi, sehingga menciptakan siklus kecemasan yang berulang.

e. Gangguan Kognitif (*Intellectual/Cognitive Difficulties*)

Gangguan kognitif meliputi penurunan daya ingat, kesulitan berkonsentrasi, dan ketidakmampuan berpikir jernih. Pada individu dengan kecemasan, pikiran sering terfokus pada kekhawatiran, sehingga mengganggu proses kognitif normal. Kondisi ini dapat menurunkan produktivitas, memperburuk kepercayaan diri, dan meningkatkan persepsi ketidakmampuan diri.

f. Perasaan Depresi (*Depressed Mood*)

Item ini menilai adanya gejala depresi yang sering muncul bersamaan dengan kecemasan, seperti kesedihan mendalam, hilangnya minat atau kesenangan (*anhedonia*), perasaan putus asa, dan penurunan motivasi. Hubungan erat antara kecemasan dan depresi menunjukkan adanya komorbiditas, di mana kedua kondisi saling memperburuk dan meningkatkan risiko gangguan mental yang lebih berat.

g. Gejala Somatik Otot (*Somatic – Muscular*)

Gejala somatik otot mencakup nyeri dan kekakuan otot, terutama di area leher,

bahu, dan punggung, tremor, kedutan otot, serta suara bergetar. Gejala ini merupakan manifestasi fisik dari ketegangan psikologis yang berkepanjangan. Banyak individu dengan kecemasan awalnya mencari bantuan medis karena keluhan fisik ini sebelum menyadari adanya masalah psikologis.

h. Gejala Sensorik (*Somatic – Sensory*)

Item ini mencakup gangguan sensorik seperti kesemutan (parestesia), penglihatan kabur, sensitivitas terhadap cahaya atau suara, serta kelelahan sensorik. Gejala ini mencerminkan keterlibatan sistem saraf perifer dan pusat dalam respons kecemasan, yang sering kali memperkuat persepsi individu bahwa dirinya mengalami gangguan fisik serius.

i. Gejala Kardiovaskular

Gejala kardiovaskular meliputi palpitasi, takikardia, nyeri dada, serta sensasi detak jantung tidak teratur. Gejala ini sering menimbulkan ketakutan akan penyakit jantung, yang pada akhirnya meningkatkan kecemasan dan memicu serangan panik. Aktivasi sistem saraf simpatis yang berlebihan menjadi mekanisme utama munculnya gejala ini.

j. Gejala Pernapasan

Item ini menilai adanya rasa sesak napas, napas pendek, perasaan tercekik, serta kecenderungan menarik napas panjang berulang. Gangguan pernapasan sering terkait dengan hiperventilasi, yang dapat menyebabkan pusing dan sensasi tidak nyaman, sehingga memperkuat siklus kecemasan.

k. Gejala Gastrointestinal

Gejala gastrointestinal mencakup mual, muntah, nyeri lambung, kembung, diare atau konstipasi, serta gangguan nafsu makan. Hubungan antara kecemasan dan

sistem pencernaan dijelaskan melalui sumbu otak–usus (*gut–brain axis*), di mana stres psikologis memengaruhi fungsi gastrointestinal secara langsung.

l. Gejala Urogenital

Item ini mencakup peningkatan frekuensi berkemih, gangguan kontrol kandung kemih, gangguan menstruasi, penurunan libido, dan disfungsi seksual. Gejala ini menunjukkan dampak kecemasan terhadap sistem hormonal dan otonom, yang dapat memengaruhi kualitas hidup individu secara signifikan.

m. Gejala Vegetatif (*Autonomic Symptoms*)

Gejala vegetatif meliputi mulut kering, berkeringat berlebihan, wajah memerah atau pucat, pusing, dan sakit kepala. Gejala ini merupakan tanda aktivasi sistem saraf simpatis yang berlebihan dan sering muncul bersamaan dengan gejala somatik lainnya.

n. Perilaku Selama Wawancara (*Behavior at Interview*)

Item terakhir menilai perilaku yang dapat diamati langsung selama wawancara, seperti gelisah, tremor halus, ekspresi wajah tegang, peningkatan tonus otot, serta pola napas cepat dan dangkal. Observasi ini penting untuk memvalidasi laporan subjektif responden dan memberikan gambaran objektif mengenai tingkat kecemasan.

Secara keseluruhan, HARS-A merupakan instrumen yang komprehensif dan sensitif dalam menilai kecemasan. Penggunaan skala ini sangat bermanfaat dalam praktik keperawatan dan kesehatan mental untuk mengidentifikasi tingkat keparahan kecemasan, menentukan intervensi yang tepat, serta mengevaluasi respons terhadap terapi secara berkelanjutan (Maier et al., 2018; Sadock et al., 2023).

2.3 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.3.1 Definisi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Prematur adalah bayi baru lahir yang berat badan pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram. Dahulu neonates dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram atau sama dengan 2.500 gram disebut prematur. Menurut *World Health Organization* (WHO) semua bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram disebut *Low Birth Weight Infants* (BBLR). Ciri-ciri bayi baru lahir sehat berat badan 2.500-4000 gram dengan panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160 kali/menit, pernafasan kurang lebih 60-40 kali/menit. Bayi baru lahir rendah memiliki tiga gerak reflek bayi, yaitu reflek hisap dan menelan, *reflek morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan, dan reflek graps atau menggenggam. Bayi prematur adalah bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2.500 gram. Sejak tahun 1961 WHO telah mengganti istilah prematuritas dengan istilah BBLR. Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi yang berat badannya kurang dari 2.500 gram pada waktu lahir merupakan bayi yang lahir prematur. Namun demikian, penyebab utama dari BBLR adalah kelahiran prematur (lahir sebelum 37 minggu kehamilan). (Saputro & Megawati, 2019).

Berat badan bayi prematur adalah bayi dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Bayi BBLR memiliki kesempatan kecil untuk bertahan hidup dan ketika bertahan mereka mudah terserang penyakit. Retradasi pertumbuhan dan perkembangan. Adapun akibat lain dari adanya BBLR adalah terjadinya *immaturitas system neurologi* dan ketidak optimalan fungsi motorik dan autonom pada awal bulan kehidupan bayi. BBLR juga merupakan penyebab utama dari mordibitas (kesakitan) dan disabilitas (kecacatan) serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupan masa depannya. Masalah jangka panjang yang dapat dialami oleh bayi yang lahir BBLR adalah

gangguan pertumbuhan, gangguan perkembangan, gangguan pendengaran, gangguan pernafasan, kenaikan angka kesakitan dan sering masuk rumah sakit serta kenaikan frekuensi kelainan bawaan (Saprizal, 2020).

Prevalensi BBLR secara global mencapai sekitar 15-20% dari total kelahiran, dengan angka lebih tinggi di negara berkembang seperti Indonesia (sekitar 10-15%), di mana faktor risiko maternal seperti malnutrisi, anemia, hipertensi gestasional, merokok, atau akses layanan kesehatan yang terbatas berkontribusi signifikan. Dalam konteks klinis, pengukuran berat lahir dilakukan segera setelah kelahiran menggunakan timbangan digital yang akurat, dan evaluasi usia gestasi melalui skor Ballard atau ultrasonografi prenatal membantu membedakan jenis BBLR. Pencegahan melibatkan skrining antenatal rutin, suplementasi nutrisi (seperti zat besi dan asam folat), serta manajemen risiko seperti bed rest untuk ibu dengan ancaman keguguran. Pemahaman mendalam tentang BBLR esensial bagi tenaga kesehatan untuk mengurangi dampak jangka panjang, seperti gangguan pertumbuhan kognitif atau penyakit kronis dewasa.

2.3.2 Klasifikasi BBLR

Klasifikasi bayi prematur dibagi menjadi dua, yaitu berdasarkan usia kehamilan dan berat badan lahir.

1. Menurut usia kehamilan, bayi prematur dibedakan menjadi beberapa kelompok, yaitu:
 - a. Bayi dengan usia kehamilan 32–36 minggu disebut persalinan prematur.
 - b. Bayi dengan usia kehamilan 28–31 minggu disebut persalinan sangat prematur.
 - c. Bayi dengan usia kehamilan kurang dari 28 minggu disebut persalinan prematur ekstrem.
2. Menurut berat badan lahir, bayi prematur dibagi ke dalam beberapa kelompok, yaitu:

- a. Bayi dengan berat badan lahir 1500–2499 gram disebut Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
- b. Bayi dengan berat badan lahir 1000–1499 gram disebut Bayi Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR).
- c. Bayi dengan berat badan lahir kurang dari 1000 gram disebut Bayi Berat Badan Lahir Amat Sangat Rendah atau *Extremely Low Birth Weight* (ELBW) (WHO, 2022; Cunningham et al., 2022).

2.3.3 Patofisiologi BBLR

Pada umumnya, bayi berat lahir rendah (BBLR) paling sering terjadi pada kelahiran prematur, di mana bayi lahir sebelum usia gestasi 37 minggu, menyebabkan ketidakmatangan organ dan pertumbuhan yang terhenti, dengan prevalensi mencapai 70-80% dari total kasus BBLR secara global. Namun, selain itu, BBLR juga dapat disebabkan oleh dismaturitas, yang didefinisikan sebagai kondisi di mana bayi lahir pada usia cukup bulan (37-42 minggu) tetapi berat badannya tetap kecil untuk usia gestasinya (<2500 gram), sering kali disebut sebagai *small for gestational age* (SGA) atau *intrauterine growth restriction* (IUGR). Dismaturitas ini mencerminkan gangguan pertumbuhan janin yang kronis selama kehamilan, di mana janin gagal mencapai potensi genetiknya akibat defisiensi nutrisi atau oksigen, yang dapat mengakibatkan bayi dengan proporsi asimetris (tubuh kecil tapi kepala relatif besar) dan risiko jangka panjang seperti gangguan neurodevelopmental atau sindrom metabolik dewasa. Secara keseluruhan, BBLR dapat terjadi karena adanya gangguan pertumbuhan intrauterin yang multifaktorial, yang tidak hanya memengaruhi berat lahir tetapi juga kesehatan neonatal secara keseluruhan, termasuk peningkatan risiko hipotermia, hipoglikemia, dan infeksi pasca-lahir.

Gangguan pertumbuhan ini sering kali berakar dari faktor maternal, fetal, atau plasental yang saling terkait, di mana suplai nutrisi dan oksigen dari ibu ke janin terganggu, menyebabkan redistribusi darah janin prioritas ke organ vital seperti otak daripada pertumbuhan somatik.

2.3.4 Karakteristik BBLR

a) Berat Badan Kurang dari 2500 Gram

Ini merupakan definisi inti BBLR, yang mencakup bayi dengan berat lahir absolut rendah terlepas dari usia gestasi, sering kali disebabkan oleh kelahiran prematur atau IUGR. Berat rendah ini mengindikasikan defisiensi massa tubuh secara keseluruhan, yang meningkatkan kerentanan terhadap hipoglikemia (karena cadangan glikogen hati terbatas) dan hipotermia (akibat luas permukaan tubuh relatif besar).

b) Panjang Badan Kurang dari atau Sama dengan 46 cm, Lingkaran Dada Kurang dari atau Sama dengan 30 cm, dan Lingkaran Kepala Kurang dari atau Sama dengan 33 cm

Ukuran antropometri ini mencerminkan pertumbuhan somatik yang terhambat, di mana proporsi bayi sering asimetris (kepala relatif besar dibandingkan tubuh). Standar ini berdasarkan kurva pertumbuhan WHO atau Fenton untuk bayi prematur, dan deviasi signifikan menandakan malnutrisi kronis intrauterin.

c) Kepala Lebih Besar dari Badan

Disebut sebagai macrocephaly relatif atau "hidung bayi prematur", ciri ini timbul karena pertumbuhan otak janin relatif terlindungi dari IUGR (*brain-sparing effect*), sementara tubuh mengalami retardasi. Kepala yang besar (*dome-shaped* dengan fontanel lebar) memudahkan pemeriksaan USG krani untuk mendeteksi perdarahan intraventricular, tetapi juga meningkatkan risiko hipotermia karena rasio kepala-tubuh yang tidak proporsional.

d) Kulit Tipis Transparan, Tampak Mengkilap dan Licin

Kulit bayi BBLR sering transparan karena lapisan epidermis tipis dan kurangnya *vernix caseosa* (lapisan pelindung alami), membuat pembuluh darah subdermal terlihat (seperti "kulit kertas") dan rentan terhadap abrasi atau infeksi.

e) Rambut Lanugo Banyak

Lanugo, rambut halus berwarna putih keabu-abuan, melimpah pada bayi prematur <32 minggu karena produksi folikel rambut yang belum matang, menutupi punggung, bahu, dan anggota badan sebagai adaptasi termoregulasi janin. Pada bayi dismatur, lanugo mungkin lebih jarang, tetapi kehadirannya membantu diagnosis usia gestasi melalui skor Ballard setelah lahir, lanugo rontok secara bertahap, dan perawatan melibatkan menghindari gesekan untuk mencegah iritasi.

f) Jaringan Lemak Subkutan Tipis atau Kurang

Kurangnya lemak coklat dan putih menyebabkan isolasi termal buruk, dengan bayi BBLR kehilangan panas 10 kali lebih cepat daripada bayi cukup bulan, meningkatkan risiko hipotermia ($<36.5^{\circ}\text{C}$) yang dapat memicu asidosis metabolik. Ini terlihat sebagai kulit longgar atau "kulit bergelombang" pada perut dan paha; intervensi termasuk kangaroo mother care (KMC) kulit-ke-kulit dan pemanasan radiasi untuk menjaga suhu inti $36.5-37.5^{\circ}\text{C}$.

g) Tulang Rawan Daun Telinga Belum Sempurna Pertumbuhannya

Daun telinga lunak dan mudah dilipat (recoil lambat >3 detik) karena kalsifikasi tulang rawan yang belum lengkap, ciri khas prematuritas yang dinilai dalam maturasi fisik Ballard (skor < -1).

h) Tumit Mengkilap, Telapak Kaki Halus

Tumit tampak mengkilap karena kurangnya keratinisasi (lapisan kulit tebal), sementara telapak kaki halus tanpa garis-garis dalam, mencerminkan imaturitas dermal. Ini meningkatkan kerentanan terhadap abrasi saat penanganan.

i) Puting Susu Belum Terbentuk Sempurna

Puting dan areola kecil serta rata, dengan kelenjar susu yang belum berkembang, yang terlihat sebagai tonjolan minimal; ini umum pada prematur <34 minggu.

j) Otot Hipotonik Lemah Sehingga Bayi Kurang Aktif dan Pergerakan Lemah
Hipotonia (skor Apgar rendah untuk tonus) disebabkan oleh ketidakmatangan sistem saraf pusat dan kurangnya massa otot.

k) Genitalia Belum Sempurna

Pada bayi perempuan, labia minora terbuka (tidak tertutup labia majora) dengan klitoris menonjol, disebut "vagina terbuka", sementara pada laki-laki, testis *undescended* (belum turun ke skrotum) dengan skrotum halus tanpa rugae atau pigmentasi.

l) Pernapasan Tidak Teratur, Dapat Terjadi Apnea (Gagal Napas)

Pola pernapasan ireguler (periodik atau gasping) akibat ketidakmatangan pusat pernapasan di medula oblongata, dengan apnea (henti napas >20 detik) terjadi pada 25-50% bayi <1500g, berisiko bradikardia dan hipoksemia. Monitor dengan oksimetri dan kafein sitrat untuk stimulasi pernapasan; pencegahan melalui posisi prone atau KMC

m) Ekstremitas: Paha Abduksi, Sendi Lutut/Kaki Fleksi-Lurus

Postur "*frog-leg*" dengan paha terbuka lebar dan ekstensi lutut parsial karena hipotonia ligamen dan otot, yang membuat bayi sulit menutup kaki dan rentan terhadap displasia pinggul.

n) Refleks *Tonic Neck* Lemah, Refleks Menghisap dan Menelan Belum Sempurna
Refleks *tonic neck* (asimetri saat kepala diputar) lemah karena imaturitas korteks motorik, sementara refleks hisap-menelan (*suck-swallow coordination*) buruk menyebabkan kesulitan ASI atau formula, berisiko aspirasi pneumonia.

2.3.5 Masalah Pada Bayi BBLR

a. Ketidakstabilan suhu tubuh atau gangguan pengaturan temperatur pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) atau bayi prematur dapat terjadi akibat beberapa faktor, antara lain:

- 1) Jaringan lemak subkutan yang masih sedikit, sehingga kemampuan bayi dalam mempertahankan panas tubuh menjadi terbatas.
- 2) Luas permukaan tubuh yang relatif lebih besar dibandingkan berat badan, yang menyebabkan kehilangan panas berlangsung lebih cepat.
- 3) Aktivitas otot yang masih rendah, sehingga produksi panas melalui aktivitas motorik belum optimal.
- 4) Peningkatan kehilangan panas melalui mekanisme konduksi, konveksi, evaporasi, dan radiasi.
- 5) Produksi panas yang berkurang akibat cadangan lemak coklat (brown fat) yang belum berkembang secara optimal.
- 6) Pusat pengaturan suhu di hipotalamus yang belum matang, sehingga mekanisme termoregulasi belum berfungsi dengan baik.
- 7) Ketidakmampuan bayi untuk menggigil, yang merupakan salah satu mekanisme utama dalam menghasilkan panas pada manusia.
- 8) Kondisi hipoksia pada beberapa bayi prematur atau BBLR yang dapat memengaruhi metabolisme dan penggunaan energi, termasuk kalori.

Oleh karena itu, ketidakmatangan sistem pengaturan suhu tubuh menyebabkan bayi BBLR sering memerlukan perawatan khusus menggunakan inkubator atau metode penghangatan lainnya. Hipotermia pada bayi BBLR terutama disebabkan oleh minimnya cadangan lemak tubuh serta belum matangnya sistem termoregulasi pada bayi baru lahir (WHO, 2022; Cloherty et al., 2023).

b. Gangguan pernafasan

1) Kekurangan surfaktan

a) Bayi prematur merupakan kelompok yang paling rentan mengalami kekurangan surfaktan, yaitu zat yang diproduksi oleh sel alveolus di paru-paru.

b) Surfaktan berfungsi untuk menurunkan tegangan permukaan alveolus sehingga alveolus tetap terbuka dan tidak mengalami kolaps saat ekspirasi. Kekurangan surfaktan pada bayi prematur dapat menyebabkan gangguan pernapasan seperti *Respiratory Distress Syndrome* (RDS).

2) Pertumbuhan dan perkembangan paru yang belum sempurna
Bayi prematur atau bayi berat badan lahir rendah (BBLR) sejak awal kehidupan telah mengalami kesulitan bernapas akibat organ-organ tubuh yang belum berkembang sempurna, khususnya sistem pernapasan. Paru-paru yang belum matang menyebabkan pertukaran gas tidak optimal.

3) Otot pernapasan yang masih lemah

Otot pernapasan bayi prematur masih lemah, disertai dengan kondisi dinding dada (*thoraks*) yang lunak serta tulang iga yang mudah melengkung, sehingga kerja pernapasan menjadi kurang efektif (Cloherty et al., 2023; Cunningham et al., 2022).

c. Gangguan persyarafan

1) Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) atau bayi prematur lebih sering mengalami asfiksia neonatorum dibandingkan bayi yang lahir cukup bulan, akibat ketidakmatangan sistem saraf pusat dan fungsi pernapasan.

- 2) Bayi BBLR atau bayi prematur juga memiliki risiko lebih tinggi mengalami perdarahan intrakranial, terutama perdarahan intraventrikular, karena pembuluh darah otak yang masih rapuh dan mekanisme autoregulasi serebral yang belum sempurna (WHO, 2022; Cloherty et al., 2023).
- d. Gangguan sistem kardiovaskuler Masalah-masalah sistem kardiovaskuler pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR) atau bayi Prematur:
 - 1) Bayi BBLR atau bayi prematur memiliki kerentanan tinggi terhadap infeksi dan sepsis, yang dapat memengaruhi stabilitas kardiovaskular.
 - 2) Infeksi atau sepsis pada bayi BBLR dapat menyebabkan gangguan fungsi jantung, vasodilatasi sistemik, serta penurunan tekanan darah.
 - 3) Bayi BBLR maupun bayi prematur juga memiliki risiko kehilangan cairan yang lebih besar, yang dapat berdampak pada volume sirkulasi dan fungsi kardiovaskular (Cunningham et al., 2022; WHO, 2023).
- e. Gangguan alat pencernaan dan nutrisi
8. Beberapa masalah pada sistem pencernaan dan nutrisi yang sering dialami bayi prematur dan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) meliputi:
 - a) Distensi abdomen akibat motilitas usus yang masih rendah atau belum optimal.
 - b) Kapasitas lambung yang kecil, sehingga pengosongan lambung berlangsung lebih lambat.
 - c) Refleks menghisap dan menelan yang belum matang, terutama pada bayi dengan usia gestasi kurang dari 34 minggu.
2. Masalah pemberian nutrisi pada bayi prematur dan BBLR merupakan aspek penting dalam perawatan, karena:
 - a) Sistem pencernaan bayi baru mencapai tingkat kematangan yang cukup setelah usia

gestasi 33–34 minggu.

b) Produksi beberapa enzim pencernaan masih terbatas, sehingga kemampuan mencerna dan menyerap nutrisi belum optimal (WHO, 2022; Cloherty et al., 2023).

2.3.6 Penggolongan Bayi Berat Badan Lahir Rendah

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah dapat dibagi menjadi 2 golongan.

- 1) Prematuritas : Murni Bayi dengan kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai untuk masa kehamilan ibu atau biasa disebut dengan neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK).
- 2) Dismaturitas : Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk kehamilan itu atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SMK).

2.3.7 Faktor Yang Mempengaruhi Berat Badan Bayi Prematur

1. Faktor Iatrogenik (Indikasi medis pada ibu/janin)

Pengakhiran kehamilan yang terlalu dini dengan seksio sesarea karena alasan bahwa bayi lebih baik dirawat di bangsal dari pada dibiarkan dalam rahim. Hal ini dilakukan dengan alasan ibu dan janin dalam keadaan diabetes maternal, penyakit hipertensi dalam kehamilan dan terjadi gangguan pertumbuhan intrauterine.

2. Faktor Maternal

Wanita yang berusia lebih dari 35 tahun beresiko lebih tinggi mengalami penyulit obsetri serta morbiditas dan mortalitas perinatal. Wanita berusia lebih dari 35 tahun memperlihatkan peningkatan dalam masalah hipertensi, diabetes, solusio plasenta, persalinan prematur, lahir mati dan plasenta previa. Persalinan prematur dapat terjadi pada ibu dengan riwayat prematur sebelumnya.

Menurut Oxorn (2003) risiko persalinan prematur berulang bagi wanita yang persalinan pertamanya preterm, dapat meningkat tiga kali lipat dibanding dengan wanita yang persalinan pertamanya mencapai aterm. Inkompetensi serviks merupakan kondisi ketidakmampuan serviks untuk mempertahankan kehamilan hingga waktu kelahiran tiba karena efek fungsional serviks. Inkompetensi serviks ditandai dengan terjadinya pembukaan serviks tanpa nyeri dan berakhir dengan ketuban pecah dini saat preterm, sehingga terjadi kelahiran preterm, bahkan lahirnya bayi sebelum mampu bertahan hidup di luar rahim.

3. Usia Kehamilan (UK) atau Usia Gestasi Bayi

Bayi yang lahir dalam keadaan prematur (umur gestasi < 35) meningkatkan kemungkinan lahir dengan berat badan rendah. Oleh karena pertumbuhan janin yang belum sempurna di minggu-minggu akhir gestasi sehingga berat badan bayi menjadi rendah saat lahir (Permana & Wijaya, 2019).

2.4 Kerangka Konsep

Penelitian ini berfokus pada ibu *post partum* yang memiliki bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Kondisi BBLR merupakan salah satu stresor utama bagi ibu setelah melahirkan karena bayi memerlukan perhatian dan perawatan yang lebih intensif dibandingkan bayi dengan berat lahir normal. Kondisi tersebut dapat menimbulkan tekanan psikologis pada ibu, salah satunya berupa kecemasan.

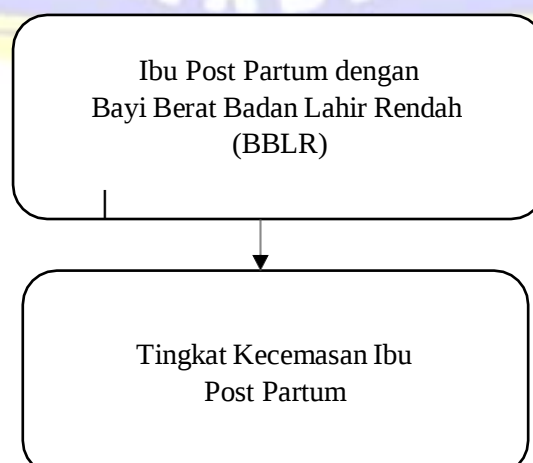
Berdasarkan teori kecemasan menurut Stuart, kecemasan merupakan respon individu terhadap stresor yang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Pada ibu *post partum* dengan bayi BBLR, stresor eksternal berupa kondisi bayi yang rentan, kebutuhan perawatan khusus, serta kekhawatiran terhadap kesehatan dan keselamatan bayi. Sementara itu, stresor internal dapat berasal dari perubahan hormonal, kelelahan fisik, kesiapan mental, serta persepsi ibu terhadap peran barunya.

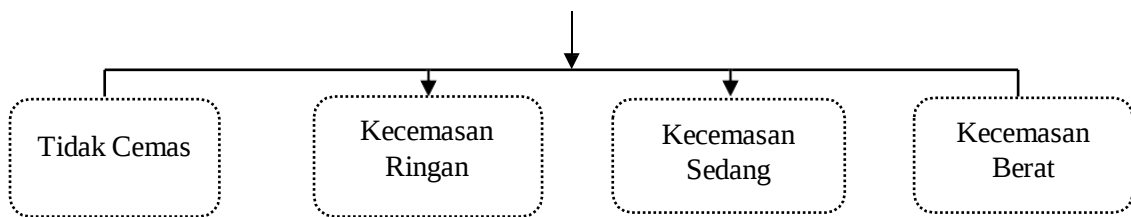
Dalam kerangka konsep penelitian ini, kecemasan ibu *post partum* dipandang sebagai respon psikologis yang muncul akibat kondisi bayi BBLR. Tingkat kecemasan ibu dapat bervariasi mulai dari kecemasan ringan hingga berat, sesuai dengan kemampuan ibu dalam beradaptasi terhadap stresor yang dihadapi. Kecemasan yang tidak dikelola dengan baik dapat berdampak pada kondisi psikologis ibu, seperti munculnya gejala *post partum blues*, serta memengaruhi kemampuan ibu dalam merawat bayi.

Selain kondisi bayi BBLR, terdapat beberapa faktor yang memengaruhi tingkat kecemasan ibu *post partum*, antara lain dukungan keluarga, pengalaman melahirkan, pengetahuan ibu tentang perawatan bayi, serta kondisi fisik dan psikologis ibu. Dukungan keluarga, khususnya dari suami dan anggota keluarga terdekat, memiliki peran penting dalam membantu ibu mengatasi kecemasan. Dukungan emosional, informasional, dan instrumental dari keluarga dapat meningkatkan rasa aman dan kepercayaan diri ibu dalam menjalani masa *post partum*.

Berdasarkan uraian tersebut, kerangka konsep penelitian ini menggambarkan bahwa ibu *post partum* dengan bayi BBLR berpotensi mengalami kecemasan, yang tingkatnya dipengaruhi oleh berbagai faktor pendukung, terutama dukungan keluarga, sesuai dengan teori kecemasan Stuart. Kerangka konsep ini digunakan sebagai dasar dalam pelaksanaan penelitian deskriptif kuantitatif untuk menggambarkan tingkat kecemasan ibu *post partum* pada ibu yang memiliki bayi BBLR.

Gambar 2.1 Kerangka Konsep





Keterangan :

 = Diteliti

 = Tidak Diteliti

