

## EFEKTIFITAS ASUHAN BERPUSAT PADA KELUARGA DALAM KELAS ANTENATAL TERHADAP PENURUNAN STRES WANITA HAMIL

*Effectiveness of Family-Centered Care in Antenatal Class on Stress Reduction  
in Pregnant Women*

**Kurniaty Ulfah<sup>1\*</sup>, Yuni Nurchasanah<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Jurusan Kebidanan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung  
Email: uul14@yahoo.com

### **ABSTRACT**

*Stress in pregnancy is closely related to the incidence of preterm labor. The estimated rate of preterm birth in Indonesia is 15.5%. Preventive efforts are needed to reduce women's stress levels during pregnancy. One such effort is family-centered care. The research results show that implementing this model can increase patient satisfaction and care outcomes and reduce anxiety and stress. However, its application in pregnancy care in Indonesia is still limited. This study aimed to determine the effectiveness of implementing family-centered care (FCC) in antenatal classes on reducing stress in women during pregnancy. This research was a quasi-experimental design with pre and post-test with control. The sample size of pregnant women for each group was 44. The sampling technique was carried out consecutively. The Revised Prenatal Distress Questionnaire (NuPDQ) measured pregnant women's stress. Data processing was done computerized with SPSS. Data analysis used a nonparametric test. This study's results indicated no significant difference in reducing the stress level of pregnant women between the groups that attended FCC antenatal classes and the control group ( $p>0.05$ ). It was thought to be due to less than optimal support from husbands during antenatal classes and pregnant women in the research sample have a low risk of stress during pregnancy. Further research is needed regarding the effectiveness of FCC antenatal classes in groups of pregnant women at higher risk of experiencing stress/anxiety/depression.*

**Keywords:** *Stress in pregnancy, antenatal class, family-centered care*

### **ABSTRAK**

Stres dalam kehamilan berhubungan erat dengan kejadian persalinan prematur. Estimasi tingkat kelahiran prematur di Indonesia adalah 15,5%. Diperlukan upaya preventif untuk mengurangi tingkat stres wanita pada masa kehamilan. Salah satu upaya tersebut adalah asuhan berpusat pada keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan model ini dapat meningkatkan kepuasan pasien dan hasil asuhan, serta mengurangi cemas dan stres. Namun, penerapannya dalam asuhan kehamilan di Indonesia masih terbatas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas penerapan asuhan berpusat pada keluarga dalam kelas antenatal terhadap penurunan stres wanita dalam kehamilan. Penelitian ini merupakan quasi eksperimen dengan rancangan *pre and post-test with control*. Besar sampel ibu hamil setiap kelompok adalah 44. Teknik sampling dilakukan secara *consecutive*. Kuesioner *Revised Prenatal Distress Questionnaire* (NuPDQ) digunakan untuk mengukur stres wanita hamil. Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi dengan SPSS. Analisis data menggunakan uji nonparametrik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan penurunan tingkat stres wanita hamil secara bermakna antara kelompok yang mengikuti kelas antenatal FCC

maupun kelompok kontrol ( $p>0,05$ ). Hal ini diduga karena kurang optimalnya dukungan suami selama kelas antenatal dan wanita hamil yang menjadi sampel penelitian memiliki risiko rendah terhadap stres dalam kehamilan. Diperlukan penelitian lanjutan terkait efektifitas kelas antenatal FCC pada kelompok wanita hamil yang berisiko lebih tinggi mengalami stres/cemas/depresi.

**Kata kunci:** Stres dalam kehamilan, kelas antenatal, asuhan berpusat pada keluarga

## PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan suatu kondisi fisiologis yang melibatkan perubahan yang signifikan pada tubuh seorang wanita. Perubahan alami tersebut seringkali menimbulkan masalah mulai dari tingkat ringan hingga berat. Salah satu aspek penting dalam mempertahankan kehamilan yang sehat adalah kondisi psikologis wanita hamil. Wanita hamil yang tidak atau sedikit mengalami stres dapat membantu menjaga keberlangsungan kehamilan yang sehat.<sup>1</sup>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stres dalam kehamilan berhubungan erat dengan kejadian persalinan prematur.<sup>2,3,4</sup> Stres ibu merupakan faktor risiko yang mapan untuk kelahiran prematur dan berhubungan dengan hasil luaran neonatal yang merugikan, antara lain peningkatan kerentanan terhadap penyakit dan perubahan imunologis pada bayi. Tingkat kelahiran prematur yang dipicu oleh stres ibu pada masa prenatal dapat dikurangi dengan penghentian stres<sup>4</sup>. Selain itu, stres dalam kehamilan dapat meningkatkan kadar kortisol dan memengaruhi pertumbuhan janin, yaitu berat badan dan panjang janin.<sup>5</sup>

Berdasarkan laporan WHO (2018), estimasi tingkat kelahiran prematur di Indonesia adalah 15,5%.<sup>6</sup> Hasil Riskesdas (2018) menunjukkan data riwayat kelahiran prematur pada anak umur 0-59 bulan di Indonesia adalah 29,5%, sedangkan di Provinsi Jawa Barat adalah 23,5%.<sup>7</sup> Sementara itu, insidensi persalinan preterm di RSHS Bandung pada tahun 2018 adalah 55,15%.<sup>8</sup>

Tingginya kejadian prematuritas di Indonesia menuntut perhatian serius dikarenakan tingkat morbiditas dan mortalitas neonatal yang cukup tinggi. Selain itu, biaya perawatan bayi yang cukup tinggi menjadi beban besar baik bagi pasien dan keluarga maupun bagi sistem pelayanan kesehatan, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Untuk itu perlu dilakukan upaya preventif dalam rangka meningkatkan pengalaman wanita yang positif selama kehamilannya sehingga dapat mengurangi tingkat stres yang mengakibatkan persalinan prematur melalui implementasi model asuhan kehamilan yang bermutu.<sup>6</sup>

Kehamilan merupakan bagian dari siklus kehidupan wanita yang menantang dan seringkali menimbulkan stres bagi wanita. Stres yang khusus terkait kehamilan dapat diakibatkan oleh berbagai perubahan yang dialami wanita selama kehamilan dan dari kekhawatiran wanita terhadap kondisi kesehatan janin yang dikandung serta proses persalinan yang akan dihadapi.<sup>9</sup> Stres wanita hamil yang berkepanjangan atau meningkat dapat meningkatkan risiko hasil luaran kehamilan yang buruk baik pada janin saat masih di dalam kandungan, maupun bayi, dan anak ketika sudah lahir.<sup>9,10</sup>

Faktor risiko terjadinya kecemasan dan stres pada masa kehamilan sangat beragam meliputi faktor fisik, personal, psiko-sosial, faktor obstetrik dan kondisi kehamilan, dan lingkungan. Kurangnya dukungan sosial merupakan faktor yang berhubungan erat dengan peningkatan risiko kecemasan dan stres pada masa antenatal.<sup>11,12</sup> Peranan dukungan sosial dan pasangan menjadi hal yang fundamental bagi wanita selama periode

antenatal. Keberadaan dukungan dari pasangan dapat menjadi pertahanan bagi wanita terhadap kesulitan yang dihadapi dalam masa kehamilan, transisi menjadi orang tua dan melindungi kesehatan mental ibu.<sup>11</sup>

Salah satu model asuhan yang sudah berkembang sejak lama dan dapat dilaksanakan dalam asuhan kehamilan adalah asuhan berpusat pada keluarga atau *family centered care* (FCC). Asuhan berpusat pada keluarga merupakan pendekatan inovatif yang melibatkan pasien dan keluarga sebagai patner dalam asuhan yang dapat diterapkan pada semua pasien, semua golongan usia, dan pada berbagai fasilitas kesehatan baik fasilitas rawat jalan maupun rawat inap. Banyak hasil penelitian yang menggambarkan manfaat signifikan dari penerapan model ini, antara lain kepuasan pasien meningkat, mengurangi cemas dan stres serta meningkatkan hasil asuhan.<sup>13,14</sup> Bahkan program asuhan berpusat pada keluarga yang dijalankan di unit perawatan intensif bayi dapat mengurangi stres orang tua dari bayi-bayi yang dirawat di rumah sakit.<sup>15</sup> Namun demikian, hasil penelitian terkait penerapan model asuhan berpusat pada keluarga terutama dalam asuhan kehamilan di Indonesia masih terbatas.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek penerapan asuhan berpusat pada keluarga dalam kelas antenatal terhadap penurunan stres wanita dalam kehamilan.

## METODE

Penelitian ini merupakan eksperimen kuasi/semu dengan rancangan *pre and post-test with control* terhadap 82 wanita hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di beberapa puskesmas dan praktik mandiri bidan (PMB) di wilayah Kota dan Kabupaten Bandung dari bulan September sampai dengan Desember 2022.

Wanita hamil trimester I, II, dan III baik primigravida maupun multigravida

yang bersedia menjadi responden dilibatkan dalam penelitian ini, Kriteria eksklusi meliputi riwayat gangguan mental, riwayat depresi, mengonsumsi obat psikotropika, dan kehamilan yang tidak diinginkan.

Besar sampel ditentukan dengan rumus besar sampel untuk penelitian analitis numerik tidak berpasangan<sup>16</sup> sebagai berikut.

$$n_1 = n_2 = 2 \left[ \frac{(Z\alpha + Z\beta) S}{X_1 - X_2} \right]^2$$
$$n_1 = n_2 = 2 \left[ \frac{(1,64 + 1,28) 9,57}{6} \right]^2$$
$$= 43,38 \text{ (dibulatkan menjadi 44)}$$

Keterangan:

N = besar sampel minimal

Z $\alpha$  = deviat baku alfa ( $\alpha$  = 5%=1,64)

Z $\beta$  = deviat baku beta ( $\beta$  = 10%=1,28)

S = simpang baku gabungan (selisih efek) dari kepustakaan (9,57)<sup>17</sup>

X<sub>1</sub>-X<sub>2</sub> = selisih minimal rerata yang dianggap bermakna (X<sub>1</sub>-X<sub>2</sub>=6)

Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*. Pengumpulan data dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan kaji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bandung (No. 32/KEPK/EC/VII/2022).

Setelah menyeleksi responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, responden diberikan penjelasan terkait penelitian dan tahapan yang akan dilaksanakan dan meminta persetujuan responden terkait kesediaannya mengikuti kelas antenatal FCC. Responden yang bersedia berpartisipasi dalam kelas antenatal FCC dimasukkan ke dalam kelompok intervensi dan yang tidak bersedia dimasukkan ke dalam kelompok kontrol. Sebelum dan setelah dilaksanakan intervensi kelas antenatal

FCC, dilakukan pengukuran stres ibu hamil pada kelompok perlakuan dan kontrol.

Intervensi berupa program kelas antenatal FCC secara daring/*online* sebanyak empat sesi dalam kurun waktu empat minggu. Satu sesi kelas antenatal FCC berdurasi kurang lebih 60-90 menit. Pada setiap sesi, seluruh responden diharuskan menyimak dengan tuntas dan suami atau anggota keluarga lain disarankan untuk ikut hadir dalam sesi kelas antenatal FCC. Kehadiran suami pada sesi I sebanyak empat orang, sesi II sebanyak empat orang, sesi III sebanyak tiga orang, dan sesi IV sebanyak empat orang dari total 41 orang suami. Mayoritas suami tidak dapat hadir dalam kelas antenatal dikarenakan sedang bekerja, kuliah, atau bepergian.

Garis besar topik kelas antenatal FCC yang dilaksanakan sebagai berikut. Sesi pertama: Kesehatan mental selama masa perinatal; dukungan sosial terhadap ibu dan janin pada masa kehamilan; peran dan tugas ayah selama masa kehamilan; dan hubungan seksual dalam kehamilan. Sesi kedua: Perubahan bentuk dan fungsi sistem tubuh selama kehamilan dan pengaruhnya serta upaya mengatasi perubahan; perkembangan janin selama masa kehamilan. Sesi ketiga: Efek gizi dan periksa kehamilan terhadap kesehatan ibu dan janin serta peran ayah; efek pemeriksaan kehamilan terhadap kesehatan ibu dan janin; tanda gejala berisiko/bahaya selama kehamilan. Sesi keempat: Tahapan dan proses melahirkan serta metode persalinan; persiapan ayah dan ibu dalam menghadapi persalinan; pendekatan *gentle birth*; posisi melahirkan; teknik mengatasi nyeri persalinan; persiapan menyusui dan IMD; tugas ayah selama masa persalinan dan setelah persalinan.

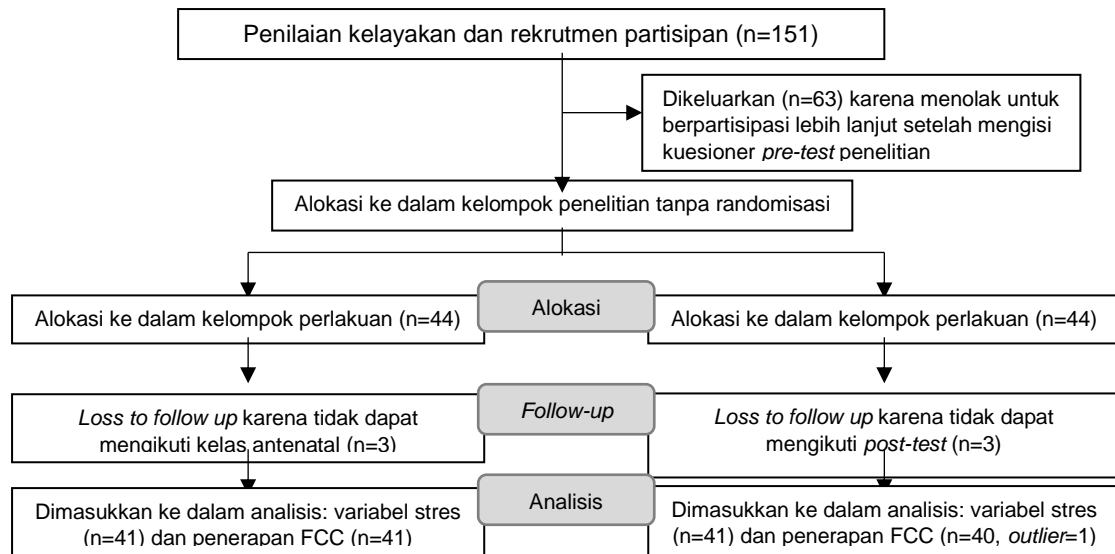
Instrumen pengumpulan data terdiri dari kuesioner demografi dan data terkait kehamilan responden, serta *Revised Prenatal Distress Questionnaire* (NuPDQ).

*Revised Prenatal Distress Questionnaire* (NuPDQ) dari Lobel et al<sup>2</sup> sudah diadaptasi ke dalam versi bahasa Indonesia dan diujicobakan oleh Santoso, JB pada sampel primigravida dengan hasil validitas dan reliabilitas yang memadai.<sup>18</sup> Kuesioner terdiri 17 butir pernyataan untuk mengukur stres terkait kehamilan dengan pilihan jawaban tidak sama sekali=0, agak sering=1, sangat sering=2. Peneliti melakukan uji coba lagi pada 90 orang ibu hamil yang bukan menjadi sampel penelitian dengan karakteristik yang lebih heterogen di wilayah Kabupaten Bandung. Hasilnya menunjukkan semua butir kuesioner valid dengan nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel ( $>0,207$ ) dan nilai Alpha Cronbach's 0,822 yang menunjukkan kuesioner memiliki reliabilitas yang tinggi.

Pengolahan dan analisis data dilakukan secara komputersasi menggunakan perangkat lunak SPSS 16. Analisis data menggunakan uji nonparametrik karena data tidak berdistribusi normal dan ada data yang bersifat kategorik. Untuk analisis data karakteristik responden menggunakan uji Mann Whitney, Kruskal Wallis dan Chi-square, sedangkan untuk uji hipotesis menggunakan uji Mann Whitney dan Wilcoxon.

## HASIL

Gambar 1 menunjukkan skema pengambilan sampel penelitian yang dilaksanakan hingga sampel atau data yang dimasukkan ke dalam proses analisis.



Gambar 1 Diagram Alir Penelitian

Gambar 1 menunjukkan bahwa pada awal rekrutmen, jumlah responden yang memenuhi syarat adalah 151 orang, namun terdapat 63 orang yang menolak untuk mengikuti kelas antenatal.

Selanjutnya, terdapat 44 orang yang mengikuti intervensi kelas antenatal pada kelompok perlakuan dan 44 orang pada kelompok kontrol.

**Tabel 1. Perbandingan karakteristik partisipan antara kelompok perlakuan dan kontrol**

Variabel	Kelompok Perlakuan (n=41)	Kelompok kontrol (n=41)	Nilai p
Umur (tahun)	31 (18-41)	26 (18-40)	0,058 <sup>a</sup>
Pendidikan			
SD	6 (66,7)	3 (33,3)	0,010 <sup>b</sup>
SMP	8 (66,7)	4 (33,3)	
SMA	14 (32,6)	29 (67,4)	
Perguruan Tinggi	13 (72,2)	5 (27,8)	
Pekerjaan			
Ibu rumah tangga	34 (53,1)	30 (46,9)	0,333 <sup>b</sup>
Dagang/wiraswasta	1 (33,3)	2 (66,7)	
Buruh	0 (0)	2 (100)	
Pegawai swasta	4 (36,4)	7 (63,6)	
Guru/Dosen			
Pendapatan keluarga			
<UMR (< 4juta)	31 (47,7)	34 (52,3)	0,414 <sup>c</sup>
≥UMR (4 juta)	10 (58,8)	7 (41,2)	
Umur kehamilan (minggu)	22 (10-39)	21 (13-30)	0,974 <sup>a</sup>
Paritas			
1	12 (38,7)	19 (61,3)	0,105 <sup>b</sup>
2-4	27 (56,2)	21 (43,8)	
≥5	2 (66,7)	1 (33,3)	
Riwayat abortus			

Tidak pernah	33 (47,1)	37 (52,9)	0,458 <sup>b</sup>
1x	6 (66,7)	3 (33,3)	
2x	2 (66,7)	1 (33,3)	
Riwayat obstetri yang buruk			
Tidak pernah	29 (45,3)	35 (54,7)	0,112 <sup>b</sup>
KJDK/lahir mati	0 (0)	1 (100)	
Keguguran	7 (77,8)	2 (22,2)	
Perdarahan	4 (66,7)	2 (33,3)	
Plasenta previa/Caesar	1 (100)	0 (0)	
Riwayat penyakit			
Asma	1 (50)	1 (50)	0,672 <sup>b</sup>
Hipertensi	2 (66,7)	1 (33,3)	
Penyakit jantung	1 (100)	0 (0)	
Thalasemia	0 (0)	1 (100)	
Tidak ada	37 (49,3)	38 (50,7)	

<sup>a</sup>Uji Mann Whitney

<sup>b</sup>Uji Kruskal Wallis

<sup>c</sup>Chi-square

Tabel 1 memperlihatkan karakteristik responden. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok penelitian terkait aspek demografi dan kondisi kehamilan responden kecuali pada tingkat pendidikan. Rerata umur wanita hamil pada kelompok perlakuan adalah 31 tahun dan kelompok kontrol 26 tahun. Tingkat pendidikan kedua

kelompok penelitian secara statistik berbeda secara bermakna ( $p=0,010$ ), sebanyak 72,2% responden kelompok perlakuan lulus dari perguruan tinggi sedangkan pada kelompok kontrol paling banyak lulus dari SMA (67,4%). Untuk selanjutnya, variabel pendidikan dimasukkan ke dalam proses analisis secara deskripsi.

**Tabel 2. Perbandingan tingkat stres wanita hamil antara kedua kelompok sebelum intervensi**

Skor NuPDQ	Kelompok Perlakuan (n=41)	Kelompok Kontrol (n=41)	Nilai p
Median (rentang) (rentang skor 0-34)	6 (0-21)	6 (0-15)	0,996*

<sup>a</sup>Uji Mann Whitney

Pada Tabel 2, sebelum intervensi asuhan berpusat pada keluarga dalam kelas antenatal, tidak terdapat perbedaan secara signifikan antara

kedua kelompok penelitian terkait stres ibu hamil dengan median stres pada masing-masing kelompok adalah 6 ( $p=0,996$ ).

**Tabel 3. Perbandingan tingkat stres wanita hamil antara kedua kelompok sebelum dan setelah intervensi**

Variabel	Kelompok Perlakuan (n=41)	Kelompok Kontrol (n=41)	Nilai p
Skor stres dengan rentang skor: 0-34 (nilai median)			
Sebelum intervensi	6 (0-21)	6 (0-15)	
Setelah intervensi	4 (0-19)	4 (0-24)	
Nilai p	0,142 <sup>a</sup>	0,096 <sup>a</sup>	
Penurunan tingkat stres (nilai median)	2 (-17-15)	1 (-13-10)	0,542 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Uji Wilcoxon <sup>b</sup>Uji Mann Whitney

Pada Tabel 3, hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara kedua kelompok terkait penurunan stres ibu hamil setelah dilakukan intervensi kelas antenatal FCC dengan selisih median skor stres setelah intervensi adalah 2 pada kelompok perlakuan dan 1 pada kelompok kontrol (nilai  $p=0,542$ ).

## PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian yang dilakukan untuk mengetahui efek implementasi kelas antenatal asuhan berpusat pada keluarga atau *family centered care* (FCC) terhadap stres wanita hamil. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan skor stres wanita selama hamil sebelum dan setelah intervensi baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Begitu pula setelah dilakukan analisis penurunan skor stres setelah intervensi tidak terdapat perbedaan signifikan antara kedua kelompok penelitian.

Apabila ditinjau dari tingkat stres wanita hamil yang ditunjukkan melalui skor NuPDQ dengan nilai terendah adalah 0 (tidak ada stres) sampai dengan nilai tertinggi adalah 34 (stres paling tinggi), maka rerata skor stres wanita hamil baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol sebelum dilaksanakan kelas antenatal FCC adalah berada pada skor 6 (Tabel 2). Hal ini menunjukkan bahwa wanita hamil pada kedua kelompok memiliki tingkat stres yang rendah terkait kehamilan, setelah dilaksanakan intervensi kelas antenatal, tingkat stres wanita hamil pada kedua kelompok sama-sama mengalami penurunan yakni sebanyak 2 poin pada kelompok perlakuan dan 1 poin pada kelompok kontrol dan penurunannya tidak berbeda bermakna secara statistik antara kedua kelompok (Tabel 3). Tingkat stres terkait kehamilan (*pregnancy specific stress*) pada wanita hamil dalam penelitian ini jauh lebih rendah dibandingkan dengan

penelitian Colli et al melaporkan rerata skor stres (NuPDQ) wanita hamil di Italia adalah 11,4 (SD 5,00),<sup>19</sup> namun skor stres wanita hamil pada penelitian ini lebih tinggi dibandingkan dengan hasil penelitian Schetter et al di Amerika yakni dengan rerata 1,41 (SD 0,33).<sup>20</sup>

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa penerapan kelas antenatal FCC belum begitu efektif dalam menurunkan tingkat stres wanita selama kehamilan. Beberapa faktor penyebab yang dapat memengaruhi efektifitas intervensi pada penelitian ini antara lain adalah kurangnya keterlibatan suami selama mengikuti intervensi kelas antenatal FCC. Hal ini ditunjukkan dari sedikitnya suami yang hadir atau ikut menyimak sesi I-IV kelas antenatal FCC. Pada sesi I sebanyak 4 orang, sesi II sebanyak 4 orang, sesi III sebanyak 3 orang, dan sesi IV sebanyak 4 orang dari total 41 orang suami. Mayoritas suami tidak dapat hadir dalam kelas antenatal dikarenakan sedang bekerja, kuliah, kegiatan lainnya atau bepergian.

Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya partisipasi suami selama masa kehamilan, termasuk menghadiri kelas antenatal bersama pasangannya. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah norma sosial dan budaya yang ada dalam masyarakat bahwa ibu memegang peran dan tanggung jawab yang lebih besar terkait kehamilannya, rasa malu untuk ikut hadir, dan perlakuan yang kurang dari tenaga kesehatan.<sup>21</sup> Penelitian lain melaporkan faktor penyebab rendahnya partisipasi suami selama kehamilan adalah tingkat dukungan informasi, sikap terhadap keterlibatan, kualitas hubungan perkawinan, hubungan dengan orang tua, dan faktor sosio demografi.<sup>22</sup> Terkait dengan faktor sosiodemografi, faktor sosial ekonomi dapat pula menjadi penyebab rendahnya partisipasi suami dalam kelas antenatal. Sebagian besar partisipan pada kelompok wanita hamil yang mendapatkan kelas antenatal FCC

memiliki pendapatan keluarga di bawah UMR (<4 juta).

Rendahnya dukungan sosial dalam hal ini partisipasi suami untuk mengikuti kelas antenatal FCC pada penelitian ini dapat menjadi faktor penyebab yang mengakibatkan tingkat stres wanita selama kehamilan cenderung tidak mengalami perubahan. Suami yang tidak hadir dalam kelas antenatal cenderung kurang memahami kondisi dan kebutuhan serta upaya yang harus dilakukan dalam rangka merawat kehamilan pasangannya. Dalam asuhan kehamilan yang berpusat pada keluarga, salah satu faktor penting tercapainya asuhan kebidanan yang berkualitas adalah adanya komunikasi yang terjalin secara intens antara petugas kesehatan, wanita, dan pasangan atau keluarganya. Hal ini akan dapat mencegah stres, kecemasan bahkan depresi pada periode perinatal. Wanita dan pasangannya perlu mendapatkan informasi terkait kehamilan dan perubahannya termasuk adanya perubahan dari aspek psikologis dan sosial.<sup>23</sup> Untuk meningkatkan hubungan antara wanita dan pasangannya, maka wanita dan suami/pasangannya harus saling memahami satu sama lain tentang kondisi dan perasaan masing-masing. Untuk itu, perubahan fisik dan psikologis pada wanita selama masa kehamilan menjadi salah satu aspek yang harus ada dalam edukasi antenatal. Selain itu, keterampilan *mindfulness* juga dianjurkan agar dapat meningkatkan pemahaman dan manajemen hubungan antara wanita dan pasangannya.<sup>23</sup>

Kurangnya dukungan sosial merupakan faktor yang berhubungan erat dengan peningkatan risiko kecemasan dan depresi pada masa kehamilan.<sup>11,12</sup> Banyak penelitian yang melaporkan bahwa kurangnya dukungan sosial termasuk dalam hal ini dukungan dari pasangan atau suami menjadi faktor risiko yang penting dan yang paling signifikan terhadap stres,

kecemasan dan depresi antenatal, termasuk adanya konflik sosial atau konflik dengan pasangan. Hubungan yang problematik dengan pasangan dapat membuat wanita sulit beradaptasi dalam kehamilan dan berperan sebagai ibu sehingga dapat menimbulkan stres.<sup>11,12</sup>

Selain faktor yang sudah diuraikan tersebut di atas, pelaksanaan kelas antenatal FCC yang dilaksanakan secara daring atau *online* dapat pula menjadi faktor penyebab kurang efektifnya intervensi ini dalam menurunkan tingkat stres wanita selama kehamilan. Kelas antenatal FCC dilaksanakan secara daring karena mayoritas responden menginginkan pelaksanaannya secara daring dan agar memungkinkan fleksibilitas partisipasi suami atau anggota keluarga yang lain untuk ikut serta dalam kelas antenatal sehingga tidak terbatas ruang dan waktu. Penelitian Ciochon, et al yang membandingkan tingkat kecemasan dan tingkat depresi wanita hamil yang menghadiri kelas antenatal secara langsung, menghadiri kelas antenatal secara *online*, dan yang tidak menghadiri salah satunya melaporkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik dalam tingkat kecemasan dan depresi. Wanita yang menghadiri kelas antenatal secara langsung memiliki tingkat kecemasan dan depresi terendah.<sup>24</sup>

Walaupun efektifitas implementasi kelas antenatal FCC pada penelitian ini belum terbukti efektif dalam menurunkan tingkat stres wanita selama kehamilan, dengan mempertimbangkan pentingnya kesejahteraan mental ibu terhadap perkembangan janin, dan hasil kelahiran, maka penerapan kelas antenatal FCC tetap perlu direkomendasikan dengan beberapa penyesuaian dalam pelaksanaannya di lapangan yang meliputi pelaksanaannya secara langsung atau tatap muka, dan pentingnya melibatkan kehadiran suami dalam kelas antenatal FCC agar dapat meningkatkan pengetahuan dan peran



serta suami dalam memberikan dukungan kepada pasangannya selama kehamilan.

Keterbatasan penelitian ini adalah penerapan kelas antenatal FCC secara daring memungkinkan bagi partisipan untuk kurang fokus atau tidak tuntas dalam mengikuti kelas antenatal. Selain itu, sampel wanita hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas dan PMB dalam penelitian ini sebagian besar adalah kondisi kehamilan dengan risiko rendah terjadinya komplikasi sehingga tingkat stresnya cenderung rendah.

### SIMPULAN

Penelitian ini mengungkapkan temuan bahwa tidak terdapat perbedaan penurunan tingkat stres baik pada kelompok wanita hamil yang mengikuti kelas antenatal asuhan berpusat pada keluarga (FCC) maupun kelompok kontrol. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui efektifitas penerapan kelas antenatal FCC pada kelompok rentan atau berisiko tinggi mengalami stres/cemas/depresi dalam kehamilan.

### UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Poltekkes Kemenkes Bandung atas dukungannya dalam penyelesaian penelitian ini. Penulis juga berterima kasih kepada semua wanita hamil yang sudah berpartisipasi dengan baik, begitu juga kepada pihak puskesmas dan PMB yang sudah memfasilitasi penelitian ini.

### Pendanaan

Penelitian ini dibiayai dari anggaran DIPA Poltekkes melalui Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI.

### DAFTAR RUJUKAN

1. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):455. doi:10.1186/s12884-018-2087-4
2. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Heal Psychol Off J Div Heal Psychol Am Psychol Assoc*. 2008;27(5):604-615. doi:10.1037/a0013242
3. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth*. 2015;28(3):179-193. doi:10.1016/j.wombi.2015.02.003
4. Garcia-Flores V, Romero R, Furcron A-E, et al. Prenatal Maternal Stress Causes Preterm Birth and Affects Neonatal Adaptive Immunity in Mice. *Front Immunol*. 2020;11:254. doi:10.3389/fimmu.2020.00254
5. Pitri ZYAH. Pengaruh stres terhadap pertumbuhan janin dan kadar kortisol plasma serum tikur (*rattus norvegicus*) bunting yang terpapar stressor renjatan listrik. *J Kesehat Andalas*. 2019;8(3):537-542. <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/1039/953>
6. WHO. *Preterm Birth*.; 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
7. Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.; 2019.
8. Asfarina I, Wijaya M, Kadi FA. Prevalensi anemia pada bayi baru lahir berdasarkan berat lahir dan usia kehamilan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2018. *Sari Pediatr*. 2020;22(4):213-217.
9. Ibrahim SM, Lobel M. Conceptualization, measurement, and effects of pregnancy-specific stress: review of research using the original and revised Prenatal Distress Questionnaire. *J Behav Med*. 2020;43(1):16-33. doi:10.1007/s10865-019-00068-7

1. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, et

10. Coussons-Read ME. Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstet Med.* 2013;6(2):52-57. doi:10.1177/1753495X12473751
11. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016;191:62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
12. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2021;18(1):162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5
13. Ramos S, Romero M, Ortiz Z, Brizuela V. Safe and family-centered maternity hospitals: Organizational Culture of maternity hospitals in the province of Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr.* 2015;113(6):510-518.
14. Cheng H, Yu L, Wang P, Jia X, Kong W. Influences of family-centered maternity care nursing on puerperal depression of delivery women during puerperal period. *Biomed Res.* 2018;29(4):654-657.
15. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2753-e2753. doi:10.1590/1518-8345.0710.2753
16. M. Sopiudin D. *Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan.* 3rd ed. Salemba Medika; 2013.
17. Rajabzadeh, Zahra; Moudi, Zahra; Abbasi, Abdolhosein; Miri-Aliabad G. The Effect of Family-Centered Educational Supportive Intervention on Parental Stress of Premature Infants Hospitalized in the NICU. *Med Surg Nurs* J.  
<https://sites.kowsarpub.com/msnj/articles/111847.html>
18. Santoso JB. Pengembangan skala revised prenatal distress questionnaire (NuPDQ) versi bahasa Indonesia. *J Ilm Psikol MANASA.* 2018;7(1):62-71.
19. Colli C, Penengo C, Garzitto M, et al. Prenatal Stress and Psychiatric Symptoms During Early Phases of the COVID-19 Pandemic in Italy. *Int J Womens Health.* 2021;13:653-662. doi:10.2147/IJWH.S315467
20. Dunkel Schetter C, Rahal D, Ponting C, et al. Anxiety in pregnancy and length of gestation: Findings from the healthy babies before birth study. *Heal Psychol Off J Div Heal Psychol Am Psychol Assoc.* 2022;41(12):894-903. doi:10.1037/hea0001210
21. Davis J, Vaughan C, Nankinga J, et al. Expectant fathers' participation in antenatal care services in Papua New Guinea: a qualitative inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):138. doi:10.1186/s12884-018-1759-4
22. Xue WL, Shorey S, Wang W, He H-G. Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery.* 2018;62:135-145. doi:10.1016/j.midw.2018.04.013
23. Alipour Z, Kazemi A, Kheirabadi G, Eslami A-A. Marital communication skills training to promote marital satisfaction and psychological health during pregnancy: a couple focused approach. *Reprod Health.* 2020;17(1):23. doi:10.1186/s12978-020-0877-4
24. Ciochoń A, Apanasewicz A, Danel DP, et al. Antenatal Classes in the Context of Prenatal Anxiety and Depression during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9). doi:10.3390/ijerph19095073