UNIVERSITAS BINAWAN

HUBUNGAN *BODY MASS INDEX* DENGAN KECEMASAN PADA IBU HAMIL

(ANALISIS LANJUT)

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan

Program Sarjana Terapan Fisioterapi

Wahyu Nugroho

021822010

FAKULTAS FISIOTERAPI
PROGRAM STUDI FISIOTERAPI
UNIVERSITAS BINAWAN
JAKARTA, 2020

LEMBAR PENGESAHAN

Diajukan oleh :

Nama : Wahyu Nugroho

NIM : 021822010

Program Studi : Fisioterapi

Judul Skripsi : Hubungan *Body Mass Index* Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil

Telah berhasil dipertahankan untuk kelayakan oleh tim pembahas yang terdiri dari pembimbing dan pembahas sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan dalam menyelesaikan program Sarjana Terapan Fisioterapi pada Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan.

TIM PEMBAHAS

Pembimbing

1. Drs. Imam Waluyo., MBA (.....)
2. Drs. Slamet Soemarno, SMPh., MFis (.....)

Pembahas

1. DR. R. H. Djadjang A, S.H, M.Kes, MMR (.....)
2. Drs. Sarkosih, SST.FT, M.KK (.....)

Jakarta, Juli 2020

Mengetahui,

Dekan Fakultas Fisioterapi Universitas Binawan	Ketua Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan
(Drs. Imam Waluyo.,MBA)	(Drs.Slamet Soemarno.SMPh.,M.Fis)

UCAPAN TERIMA KASIH

Saya menyadari dalam penyusunan skripsi ini tidak terlepas dukungan dari berbagai pihak. Secara khusus saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu. Saya menerima banyak bimbingan, petunjuk dan bantuan serta dorongan dari berbagai pihak baik yang bersifat moral maupun material. Pada kesempatan ini saya menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Allah SWT atas Rahman dan Rahiim-Nya serta Nabi Muhammad SAW yang telah membawa umat manusia ke zaman yang penuh akan cahaya ilmu.
2. Orang tua tercinta, serta keluarga "*Xavier family*" yang selalu memberi *support* dan memberikan kasih sayang, dukungan, dan do'a tiada henti. Semoga ibu dan bapak selalu dalam lindungan Allah SWT.
3. Bapak Drs. Imam Waluyo, SMPh, MBA selaku Dekan Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan
4. Bapak Drs. Slamet Soemarno, SMPh., M. Fis selaku Ketua Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan beserta seluruh staf dosen pengajar dan pegawai yang telah memberikan layanan dan bimbingan terbaik selama penulis menempuh pendidikan sarjana.
5. Bapak Dosen pembimbing atas waktu, dukungan, saran dan doa selama proses penelitian dan penyusunan skripsi ini
6. Keluarga Besar yang selalu memberikan nasehat, motivasi, dan arahan selama perjalan hidup saya
7. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.

Dengan bantuan tersebut maka penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Terapan Fisioterapi di Universitas Binawan. Semoga kita selalu berada dan tawaqal di jalan Allah SWT.

Jakarta, Juli 2020

Wahyu Nugroho

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS
(Hasil Karya Perorangan)

Sebagai sivitas akademis Universitas Binawan, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Wahyu Nugroho**

NIM : **021822010**

Program Studi : **Fisioterapi**

Jenis Karya : **Skripsi**

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan Hak Bebas Royalti Non- Eksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan BMI Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil

Beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) ini Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan berhak menyimpan, mengalihkan media atau memformatkan, mengolahnya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan atau mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis atau tanpa perlu meminta ijin dari saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukun yang ditimbulkan yang ditimbulkan atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi.

Dibuat di : Jakarta
Pada Tanggal : Juli 2020

Yang Menyatakan



Wahyu Nugroho

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Nugroho

NIM : 021822010

Prodi : Fisioterapi

Dengan ini menyatakan bahwa tugas akhir yang saya susun dengan judul:

Hubungan BMI Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil

Adalah benar – benar hasil karya sendiri dan bukan merupakan plagiat dari skripsi orang lain. Apabila pada kemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang berlaku (dicabut predikat kelulusan dan gelar).

Demikian surat pernyataan yang saya buat dengan sebenar – benarnya untuk dipergunakan bilamana diperlukan.

Jakarta, Juli 2020

Pernyataan



Wahyu Nugroho

ABSTRAK

Nama	: Wahyu Nugroho
Nim	: 021822010
Program Studi	: Fisioterapi
Judul	: Hubungan BMI Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil

Tujuan Penelitian: untuk menganalisa hubungan BMI dengan kecemasan pada ibu hamil di kecamatan leuwiliang

Metode Penelitian: Penelitian ini analisis lanjut dari "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil, dan Tumbuh Kembang Anak usia 1 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019" pada 100 ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pada penelitian ini menggunakan *Beck Anxiety Inventory (BAI)* untuk menguji kecemasan.

Hasil: Dari hasil penelitian ini menunjukan bahwa terdapat hubungan yang sifatnya sangat lemah antara BMI dengan kecemasan dengan nilai p>0,05.

Kesimpulan: Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang sangat lemah antara BMI dengan kecemasan pada ibu hamil memiliki korelasi yang sangat lemah dengan nilai r (0,725).

Kata Kunci: Ibu Hamil, Kehamilan, BMI, Kecemasan, BAI

DAFTAR SINGKATAN

BAI : **Beck Anxiety Inventory**

BMI : **Body Massa Index**

IMT : **Indeks Massa Tubuh**

WHO : **World Health Organization**

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep..... 13

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 : Peta Kecamatan Leuwiliang 21

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN .....

UCAPAN TERIMA KASIH i

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI..... ii

PERNYATAAN ORISINALITAS..... iii

ABSTRAK iv

ABSTRACT..... v

DAFTAR ISI vi

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR SKEMA ix

DAFTAR GAMBAR x

DAFTAR SINGKATAN..... xi

DAFTAR LAMPIRAN..... xii

xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah..... 3

C. Tujuan..... 3

D. Manfaat penelitian 4

BAB II KAJIAN PUSTAKA

A. BMI 6

B. Kecemasan 7

C. BAI..... 11

D. Kehamilan..... 12

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep 13

B. Definisi Operasional 14

C. Hipotesis 15

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian 16

B. Sumber Data (Penelitian Induk)..... 16
C. Analisis Lanjut 17
D. Etika Penelitian..... 20

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Tempat Penelitian..... 21
B. Deskripsi Subjek Penelitian 22
C. Hubungan Antara BMI Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil..... 23

BAB VI PEMBAHASAN

A. Deskriptif Penelitian 25
B. Hubungan Antara BMI Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil..... 26
C. Keterbatasan Penelitian..... 27

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan..... 28
B. Saran..... 28

DAFTAR PUSTAKA 29

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional..... 14

Tabel 4.1. Rumus Perhitungan Sampel Intervensi..... 19

Tabel 5.1: Rata-rata, Standar Deviasi, Minimal, Maksimal Dan Confidence Interval Usia, BMI Dan Kecemasan..... 22

Tabel 5.2: Distribusi Frekuensi Paritas, BMI Dan Kecemasan..... 22

Tabel 5.3: Distribusi Normalitas BMI Dan Kecemasan 23

Tabel 5.4: Hubungan BMI Dan Kecemasan 23

Tabel 5.5: Tabulasi Silang BMI Dan Kecemasan 23

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep..... 13

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 : Peta Kecamatan Leuwiliang 21

DAFTAR SINGKATAN

BAI : Beck Anxiety Inventory

BMI : Body Massa Index

IMT : Indeks Massa Tubuh

WHO : World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan 32
Lampiran 2 : Lembar Persutujuan Setelah Penjelasan..... 34
Lampiran 3 : Kuisioner 36
Lampiran 6 : Hasil Pengolahan Data SPSS..... 37

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sekitar 90% wanita mengalami kehamilan setidaknya sekali (Huizink, Mulder, et al., 2004). Kehamilan adalah peristiwa yang menyenangkan (Simpson, 2013), yang sangat berharga bagi wanita (Burroughs, Leifer, 2001). Masa kehamilan dikaitkan dengan banyak ketegangan (Cahill, 2001). Misalnya, adaptasi mental dan fisik terjadi pada periode ini (Torshizi, Sharifzadeh, 2013), yang mengakibatkan perubahan fisik, mental, (Berek, 2012), sosial, dan emosional (Lara, Le, et al., 2009) pada wanita. Dengan kata lain, kehamilan adalah salah satu periode yang paling sensitif (Read, 2004) dan salah satu periode paling menegangkan dalam kehidupan wanita (Raymond, 2009).

Kehamilan dikaitkan dengan berbagai perubahan, mulai dari perubahan biologis hingga perubahan penampilan fisik dan gangguan psikologis. Selain itu, ketidakstabilan hubungan suami-istri mungkin berkontribusi pada timbulnya gangguan emosional dan afektif, sering diperburuk oleh reaksi keluarga terhadap kehamilan (Sabroza, Leal Mdo, et al., 2004).

Obesitas sebagai masalah kesehatan masyarakat telah meningkat di banyak negara maju, naik hingga persentase yang mengkhawatirkan. Tren ini juga terlihat pada kelompok wanita usia reproduksi, termasuk wanita hamil (Kerrigan, Kingdon, 2010; Shaikh, Robinson, Teoh, 2010; Institute of Medicine, 2009). Bergantung pada kohort yang diteliti dan cut-off yang digunakan untuk IMT, obesitas pada kehamilan bervariasi antara 8 dan 30% (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Heslehurst, Simpson, et al., 2008; Briese, Voigt, et al., 2010). Beberapa publikasi melaporkan peningkatan tingkat komplikasi ibu dan bayi baru lahir pada wanita hamil gemuk, baik dalam jangka pendek (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Heslehurst, Simpson, et al., 2008) dan jangka panjang (Nelson, Matthews, Poston, 2010).

Meskipun beberapa penelitian telah melihat kecemasan ibu selama kehamilan (Andersson, Sundstrom-Poromaa, et al., 2006; Faisal-Cury, Rossi, 2007; Breitkopf, Primeau, et al., 2006; Austin, Tully, Parker, 2007; Heron, O'Connor, et al., 2004), sedikit penelitian telah berfokus pada emosi ini pada wanita hamil yang mengalami obesitas. Secara umum diketahui bahwa wanita gemuk lebih cenderung menderita tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dengan berat badan normal (Zhao, Ford, et al., 2009; Zender, Olshansky, 2009; Gariepy, Nitka, Schmitz, 2010).

Dalam sebuah studi kohort Denmark baru-baru ini, hubungan positif diamati antara faktor-faktor psikososial, seperti perasaan depresi dan tingkat kecemasan selama kehamilan, dan retensi berat badan post-partum pada 6 dan 18 bulan (Pedersen, Baker, et al., 2011), menunjukkan bahwa wanita hamil dibebani oleh psikologis stresor sangat rentan terhadap retensi berat badan berlebihan terkait dengan melahirkan anak

Hubungan positif antara obesitas dan kecemasan secara umum (Gariepy, Nitka, et al., 2010) dapat menjadi lebih eksplisit selama kehamilan. Banyak penelitian menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk malformasi kongenital spesifik (Rasmussen, Chu, et al., 2008), hipertensi dan GDM (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Nohr, Vaeth, et al., 2008) pada wanita hamil gemuk; pengetahuan tentang risiko ini dapat menyebabkan kecemasan (Furber, McGowan, 2011).

Sebuah penelitian (Claesson, Josefsson, Sydsjo, 2010) menyelidiki kesejahteraan psikologis di antara wanita hamil gemuk yang menghadiri program pembatasan kenaikan berat badan dibandingkan dengan kelompok kontrol wanita gemuk yang menerima perawatan tradisional melaporkan risiko yang sama mengalami kecemasan / gejala depresi pada kedua kelompok wanita hamil gemuk.

Wanita hamil yang kegemukan menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita hamil dengan berat normal (Bogaerts, A.F.L. et al, 2013).

A. Rumusan Masalah Dan Pertanyaan Penelitian

1. Rumusan Masalah

Kehamilan dikaitkan dengan berbagai perubahan, mulai dari perubahan biologis hingga perubahan penampilan fisik dan gangguan psikologis . Obesitas sebagai masalah kesehatan masyarakat telah meningkat di banyak negara maju, naik hingga persentase yang mengkhawatirkan. Tren ini juga terlihat pada kelompok wanita usia reproduksi, termasuk wanita hamil. sedikit penelitian telah berfokus pada emosi ini pada wanita hamil yang mengalami obesitas. Secara umum diketahui bahwa wanita gemuk lebih cenderung menderita tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dengan berat badan normal Berdasarkan kajian literatur ini, dapat disimpulkan bahwa indeks massa tubuh pada ibu hamil memiliki pengaruh dalam kecemasan pada ibu hamil dengan berbagai riwayat kesehatan. maka dapat kita ketahui bahwa indeks massa tubuh pada ibu hamil berkaitan erat dengan kecemasan, dimana didalamnya dipengaruhi lagi oleh berbagai macam faktor perancu, yaitu, alkohol, status kesehatan, merokok, pendidikan, lingkungan, psikologis, biologis. Namun, masih kurangnya informasi mengenai hubungan antara indeks massa tubuh dengan kecemasan pada ibu hamil yang tinggal di desa.

2. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana hubungan antara indeks massa tubuh dengan kecemasan pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan di Kecamatan Leuwiliang ?

A. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengkaji hubungan indeks massa tubuh dengan kecemasan pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan di Kecamatan Leuwiliang.

2. Tujuan Khusus

   a. Untuk mendeskripsikan indeks massa tubuh pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan di Kecamatan Leuwiliang.

   b. Untuk mendeskripsikan mengenai kecemasan pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan di Kecamatan Leuwiliang.

B. Manfaat Penelitian

1. Bagi Akademik

   Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai indeks massa tubuh dan kecemasan pada ibu hamil dan menjadi rujukan dalam mengembangkan ilmu kesehatan pada umumnya dan khususnya ilmu fisioterapi di Indonesia.

2. Bagi Masyarakat

   Sebagai bahan tambahan informasi bagi masyarakat dalam program penyuluhan maupun peningkatan kesehatan ibu hamil khususnya mengenai indeks massa tubuh dan kecemasan pada ibu hamil.

3. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian diharapkan dapat dipergunakan sebagai tambahan informasi, bahan evaluasi dan masukan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Body Mass Index

Menurut WHO, *Body Mass Index* (BMI) digunakan untuk mengklasifikasi berat badan *underweight, overweight* maupun obesitas dan pengukuran status BMI pada lansia telah dilaporkan oleh WHO di lebih dari 10 negara. BMI merupakan alat ukur sederhana untuk memantau status gizi pada orang dewasa ataupun lansia, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan atau kelebihan berat badan. Untuk dapat mengetahui nilai BMI ini, dapat dihitung dengan rumus sebgaai berikut :

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Berolahraga dengan kelebihan berat badan dan obesitas orang tua memperbaiki antropometri ukuran seperti BMI dan lingkar pinggang. Prevalensi obesitas di kalangan pensiunan lansia di Ghana tinggi, Secara keseluruhan, 16,3% pensiunan mengalami obesitas sementara 30,0% *overweight*. Prevalensi obesitas di antara laki-laki dan perempuan masing-masing adalah 8,0% dan 34,5% (Nuertey et al., 2017).

a. Klasifikasi

Klasifikasi status berat badan menurut WHO pedoman untuk populasi Asia Pasifik :

Tabel 2.1 Kategori BMI

	Kategori	BMI
UnderWeight	Kekurangan berat badan	<18.5
Normal	Berat bada normal	18.5-24.9
Overweight	Kelebihan berat badan tingkat ringan	> 25.00 – 29,9
Obesitas	Kelebihan berat badan tingkat berat	>30.00 kg / m^2.

Keterangan :

1) BMI <18,5 : Keadaan orang tersebut kurus atau kekurangan berat badan.
2) BMI 18.5-24.9 : Keadaan orang tersebut termasuk kedalam kategori berat badan normal.
3) BMI > 25.00 : Keadaan orang tersebut disebut gemuk dengan kategori kelebihan berat badan tingkat ringan.
4) BMI >30.00 : Keadaan orang tersebut disebut gemuk dengan kategori kelebihan berat badan tingkat berat.

Berat badan yang kurang dapat meningkatkan resiko terhadap penyakit infeksi, sedangkan *overweight* akan meningkatkan resiko terhadap penyakit degenerative. Oleh sebab itu mempertahankan status berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup yang lebih panjang (Depkes 2011).

B. Kecemasan

Kecemasan adalah keadaan emosional yang terbengkalai oleh perasaan, ketegangan, kemarahan, kekhawatiran, ketakutan dan peningkatan aktivitas sistem saraf otonom. Dan menyebabkan respons fisiologis dan mental dan diiringi dengan peningkatan detak jantung, tekanan darah dan cardiac output. (Nekouei, Yousefy, Manshaee dan Nikneshan, 2011).

kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya (Disebutkan oleh Fauziah dan Widuri, 2007 yang dikutip dari Kaplan, Sadock, dan Grebb, 1994).

1. Tingkat Kecemasan

Kecemasan dapat dibagi menjadi 4 (Gore et al., 2005), yaitu :

a. Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sehingga menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang

persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas, meningkatnya kebutuhan informasi, kelelahan sedang serta berfokus pada kejadian.

b. Kecemasan sedang

Pada ansietas tingkat ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk meakukannnya. Manifestasi-nya adalah : perasaan lebih peka, gugup, menyatakan dalam kondisi bahaya, gemetar, bicara cepat, tekanan darah meningkat, sulit tidur dan darah meningkat.

c. Kecemasan berat

Sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Manifestasi-nya adalah : butuh informasi dari orang lain, fokus pada kejadian menurun, fokus pada stressor (penyebab *stress*).

d. Tingkat panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas otorik, menurunya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang den kehilangn pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian. Menifestasinya adalah : kehilnagan control sehingga membahayakan diri sendiri, lingkungan dan orang lain.

2. Dampak Kecemasan

Dampak kecemasan terhadap sistem saraf sebagai neurotransmitter dan berperanan sangat penting dalam gangguan perilaku dan gangguan psikiatrik. Neurotransmiter yang berpengaruh pada terjadinya gangguan perilaku dan pskiatrik diantaranya adalah *dopamin, norepinefrin, serotonin*, GABA, *glutamat*

dan asetilkolin. Selain itu, penelitian-penelitian juga menunjukksan adanya kelompok neurotransmiter lain yang berperan penting pada timbulnya mania, yaitu golongan neuropeptida, termasuk endorfin, somatostatin, vasopresin dan oksitosin. Diketahui bahwa neurotransmiter-neurotransmiter ini, dalam beberapa cara, tidak seimbang pada otak individu mania dibanding otak individu normal. Neurotransmiter adalah senyawa organik endogènus membawa sinyal di antara neuron. Neurotransmiter terbungkus oleh vesikel sinapsis, sebelum dilepaskan bertepatan dengan datangnya potensial aksi. Neurotransmitter dalam bentuk zat kimia bekerja sebagai penghubung antara otak ke seluruh jaringan saraf dan pengendalian fungsi tubuh. Secara sederhana, dapat dikatakan neurotransmiter merupakan bahasa yang digunakan neuron di otak dalam berkomunikasi. Neurotransmiter muncul ketika ada pesan yang harus di sampaikan ke bagian-bagian lain.

Norepinefrin dilepaskan oleh neuron noradrenergik dan bertindak sebagai neurotransmitter dalam sistem saraf pusat dan simpatik. Hormon ini dilepaskan oleh medula adrenal dan juga dikenal sebagai noradrenalin. Dopamin memainkan peran penting dalam produksi norepinephrine, hormon yang diperlukan untuk sintesis epinefrin. Asam amino tirosin dan fenilalanin juga membantu menghasilkan epinefrin yang bertindak sebagai neurotransmitter dalam sistem saraf simpatik. norepinefrin mengontrol bagian-bagian otak yang bertanggung jawab untuk hubungan pikiran tubuh dan tindakan merespons. Peningkatan kadar norepinefrin berhubungan dengan kecemasan, stres, tekanan darah tinggi dan hiperaktif. Tingkat norepinefrin rendah dapat menyebabkan tssingkat energi yang rendah, kurang konsentrasi dan motivasi. Kedua hormon ini mengatur perhatian, fokus mental, gairah dan kognisi. Karena itu norepinefrin menyebabkan terjadinya gangguan:

a. Fisik (fisiologis), antara lain perubahan kardiovaskular: denyut jantung, tekanan darah menurun dan lain-lain. Pernafasan: napas cepat/pendek, terengah-engah dan lain-lain. Gastrointestinal: mual, diare, dan lain-lain. Neuromuskular: sakit kepala, insomnia dan lain-lain. Traktus urinaris:tidak bisa menahan pipis dan sering pipis. Kulit: suhu tubuh, wajah pucat dan lain-lain.

b. Gejala gangguan tingkah laku, antara lain aktivitas prikomotorik bertambah atau berkurang, sikap menolak, berbicara kasar, suka tidur, gerakan yang aneh-aneh.

c. Gejala gangguan mental, antara lain kurang konsentrasi, pikiran meloncat-loncat, kehilangan kemampuan persepsi, kehilangan ingatan, phobia, ilusi dan halusinasi (Hawari, 2001).

3. Faktor Yang Mempengaruhi

Menurut Maryam et al.,2012 , ada beberapa hal yang menjadi gejala kecemasan pada lansia yaitu terdiri dari perasaan khawatir/takut yang tidak rasional akan kejadian yang akan terjadi, sulit tidur, rasa tegang dan cepat marah, sering mengeluh akan gejala yang ringan atau takut dan khawatir terhadap penyakit yang berat dan sering membayangkan hal-hal yang menakutkan/rasa panik terhadap masalah yang besar.

4. Faktor resiko

Hal- hal yang dapat menjadi faktor resiko kecemasan pada lansia yaitu (Vink, Aartsen dan Schoevers, 2008):

a. Gangguan Kognitif
b. Tekanan darah tinggi
c. Jenis kelamin perempuan
d. Kerusakan fungsional dalam kehidupan sehari-hari
e. Rasa Kehilangan
f. Kejadian Traumatik (Peristiwa hidup yang penuh tekanan)
g. Beberapa penyakit medis kronis
h. Gangguan pendengaran dan penglihatan
i. Pendapatan rendah
j. Tidak memiliki anak
k. Psikopatologi

C. Beck Anxiety Inventory (BAI)

Beck Anxiety Inventory (BAI) adalah pilihan ganda 21-pertanyaan persediaan laporan diri yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan kecemasan pada anak-anak dan orang dewasa , ini yang dibuat oleh Aaron T. Beck dan rekan lainnya,. Pertanyaan yang digunakan dalam pengukuran ini menanyakan tentang gejala kecemasan yang umum bahwa subjek memiliki selama seminggu terakhir (termasuk hari Anda mengambilnya) (seperti mati rasa dan kesemutan, berkeringat bukan karena panas, dan takut terjadi terburuk). Ini dirancang untuk individu yang berusia 17 tahun atau lebih dan membutuhkan 5 hingga 10 menit untuk menyelesaikannya. Beberapa penelitian telah menemukan Beck Anxiety Inventory sebagai ukuran akurat dari gejala kecemasan pada anak-anak dan orang dewasa.

BAI berisi 21 pertanyaan, setiap jawaban diberi skor pada nilai skala 0 (tidak sama sekali) sampai 3 (sangat). Skor total yang lebih tinggi menunjukkan gejala kecemasan yang lebih parah. Cutoff standar [4] adalah:

- 0–9: kecemasan normal atau tidak
- 10-18: kecemasan ringan hingga sedang
- 19-29: kecemasan sedang hingga berat
- 30-63: kecemasan berat.

BAI telah dikritik karena fokus utamanya pada gejala fisik kecemasan (paling mirip dengan respons panik). Dengan demikian, sering dipasangkan dengan Penn State Worry Questionnaire, yang memberikan penilaian yang lebih akurat dari komponen kognitif kecemasan (yaitu, khawatir, bencana, dll.) Umumnya terlihat pada gangguan kecemasan umum.

Meskipun kecemasan dapat dianggap memiliki beberapa komponen, termasuk komponen kognitif, somatik, afektif, dan perilaku, Beck *et al.* hanya memasukkan dua komponen dalam proposal asli BAI: kognitif dan somatik . [2] Subskala kognitif memberikan ukuran pemikiran yang menakutkan dan gangguan fungsi kognitif, dan subskala somatik mengukur gejala-gejala rangsangan fisiologis. [5]

Sejak diperkenalkannya BAI, struktur faktor lain telah diimplementasikan, termasuk struktur empat faktor yang digunakan oleh Beck dan Steer dengan pasien rawat jalan yang gelisah yang meliputi neurofisiologis, gejala otonom, gejala subjektif, dan komponen panik dari kecemasan. [6] Pada tahun 1993, Beck, Steer, dan Beck menggunakan struktur tiga faktor termasuk skor subskala subyektif, somatik, dan panik untuk membedakan antara sampel pasien rawat jalan yang gelisah secara klinis [7]

Karena subskala somatik ditekankan pada BAI, dengan 15 dari 21 item yang mengukur gejala fisiologis, mungkin komponen kognitif, afektif, dan komponen perilaku dari kecemasan sedang ditekankan. Oleh karena itu, fungsi BAI lebih memadai dalam gangguan kecemasan dengan komponen somatik yang tinggi, seperti gangguan panik . Di sisi lain, BAI tidak akan berfungsi secara memadai

untuk gangguan seperti fobia sosial atau gangguan obsesif-kompulsif , yang memiliki komponen kognitif atau perilaku yang lebih kuat. [8]

Meskipun BAI dikembangkan untuk meminimalkan tumpang tindih dengan skala depresi yang diukur dengan Beck Depression Inventory , korelasi r = 0,66 (p <0,01) antara BAI dan BDI-II terlihat di antara pasien rawat jalan psikiatri, [24] menunjukkan bahwa BAI dan BDI-II sama-sama membedakan antara kecemasan dan depresi. [25]

Studi lain menunjukkan bahwa, pada pasien perawatan primer dengan gangguan kecemasan yang berbeda termasuk fobia sosial, gangguan panik, gangguan panik dengan atau tanpa agorafobia , agorafobia, atau gangguan kecemasan umum , BAI tampaknya mengukur tingkat keparahan depresi. Ini menunjukkan bahwa mungkin BAI tidak dapat membedakan secara memadai antara depresi dan kecemasan pada populasi perawatan primer. [26]

Dalam sebuah penelitian yang meneliti penggunaan BAI pada orang dewasa yang lebih tua dengan gangguan kecemasan umum, tidak ada validitas diskriminatif yang terlihat antara BAI dan ukuran depresi. Ini mungkin bisa disebabkan oleh meningkatnya kesulitan dalam membedakan antara kecemasan dan depresi pada orang dewasa yang lebih tua karena "de-diferensiasi" dari gejala kecemasan dengan proses penuaan, seperti yang dihipotesiskan oleh Krasucki et al. [27]

Banyak pertanyaan dari Beck Anxiety Inventory termasuk gejala fisiologis, seperti jantung berdebar , gangguan pencernaan , dan kesulitan bernafas. [28] Karena hal ini, telah terbukti meningkatkan langkah-langkah kecemasan pada orang-orang dengan penyakit fisik seperti sindrom takikardia ortostatik postural , ketika Anxiety Sensitivity Index tidak. [29]

Akhirnya, estimasi reliabilitas rata-rata dan median BAI cenderung lebih rendah ketika diberikan kepada populasi non psikiatri, seperti mahasiswa, daripada ketika diberikan kepada populasi psikiatri. [30] [31]

D. **Kehamilan**

Kehamilan, salah satu proses penting pada wanita, adalah peristiwa alami serta periode di mana banyak perubahan biologis dan psikososial dialami. Risiko banyak faktor yang dapat menyebabkan depresi adalah tinggi karena stres dan kecemasannya (Aktas S,Chalik K,2015). Sekitar 90% wanita mengalami kehamilan setidaknya sekali (Huizink, Mulder, et al., 2004). Kehamilan adalah peristiwa yang menyenangkan (Simpson, 2013), yang sangat berharga bagi wanita (Burroughs, Leifer, 2001). Masa kehamilan dikaitkan dengan banyak ketegangan (Cahill, 2001). Misalnya, adaptasi mental dan fisik terjadi pada periode ini (Torshizi, Sharifzadeh, 2013), yang mengakibatkan perubahan fisik, mental, (Berek, 2012), sosial, dan emosional (Lara, Le, et al., 2009) pada wanita. Dengan kata lain, kehamilan adalah salah satu periode

yang paling sensitif (Read, 2004) dan salah satu periode paling menegangkan dalam kehidupan wanita (Raymond, 2009).

Hal juga terkait dengan risiko potensial yang mengancam kehidupan baik ibu dan bayi, bahkan dalam teknologi di negara maju (Moshki M,Cheravi,2015).

Selain itu, perubahan neuroendokrinologis dan psikososial yang menyebabkan resiko kehamilan terlalu banyak dibandingkan dengan periode kehidupan lainnya (Hurley et al,2005). Kadar norepinefrin dan kortisol yang tinggi menurunkan aliran darah ke dalam rahim dan dengan demikian menyebabkan masalah obstetri dan neonatal yang parah bagi wanita hamil dan janin (Aktas S,Chalik K,2015).

BAB III

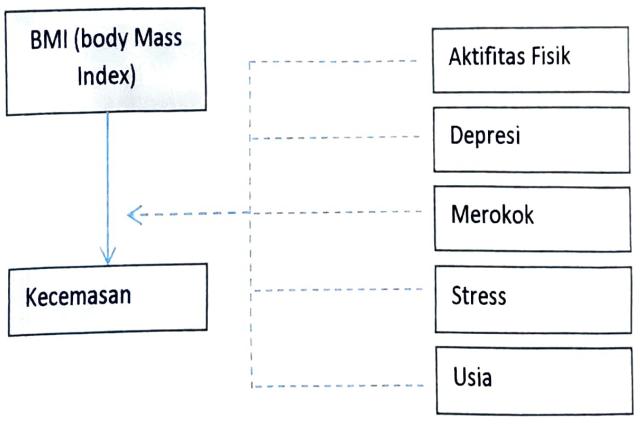
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESA

A. Kerangka Konsep

Obesitas sebagai masalah kesehatan masyarakat telah meningkat di banyak negara maju, naik hingga persentase yang mengkhawatirkan. Tren ini juga terlihat pada kelompok wanita usia reproduksi, termasuk wanita hamil (Kerrigan, Kingdon, 2010; Shaikh, Robinson, Teoh, 2010; Institute of Medicine, 2009).

Secara umum diketahui bahwa wanita gemuk lebih cenderung menderita tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dengan berat badan normal (Zhao, Ford, et al., 2009; Zender, Olshansky, 2009; Gariepy, Nitka, Schmitz, 2010).

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat di buat sebuah kerangka alur yang menjadi konsep dalam penelitian ini. Adapun secara skematis dapat digambarkan seperti bagan dibawah ini :



Bagan 3.1. : Kerangka Konsep

Keterangan :

Garis yang diblok yang dianalisis

Garis yang putus – putus yang tidak dianalisis

B. Definisi Operasional

Berdasarkan kerangka konsep seperti dalam bagan diatas, variabel yang akan diteliti meliputi skrinning Beck Anxiety Inventory (BAI) sebagai skrinning kecemasan dan Indeks Massa Tubuh pada ibu hamil. Hal tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

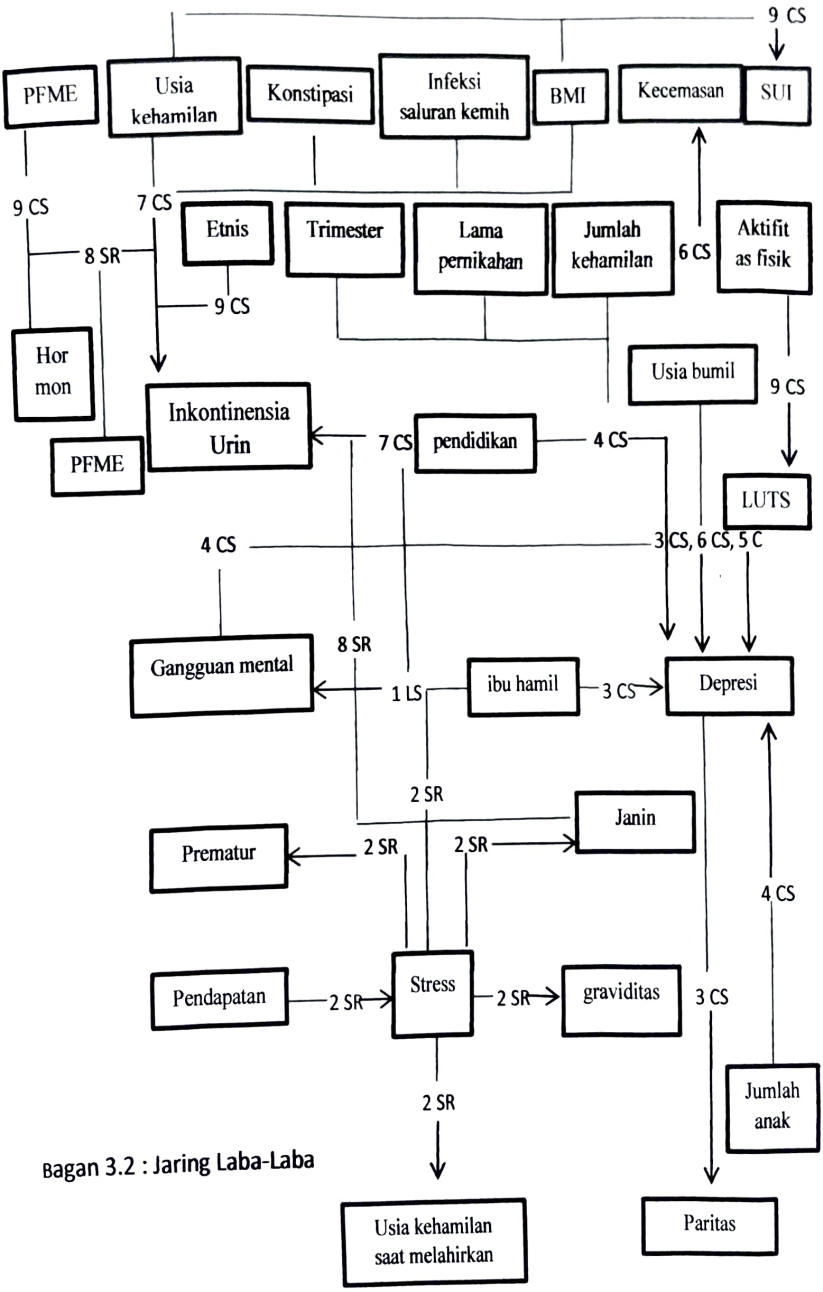
Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variable	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala	Hasil Ukur
1	Beck Anxiety Inventory (BAI)	pilihan ganda 21-pertanyaan persediaan laporan diri yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan kecemasan pada anak-anak dan orang dewasa	setiap jawaban diberi skor pada nilai skala 0 (tidak sama sekali) sampai 3 (sangat)	Interval	0–9: kecemasan normal atau tidak 10-18: kecemasan ringan hingga sedang 19-29: kecemasan sedang hingga berat 30-63: kecemasan berat
2	Indeks Massa Tubuh (IMT)	Indeks massa tubuh adalah pengukuran yang saat ini digunakan untuk mengkategorikan berat badan seseorang, termasuk orang dewasa dan ibu hamil.	Hasil tinggi badan dan berat badan dimasukkan ke dalam perhitungan untuk mengukur IMT dengan menggunakan rumus : IMT= $\frac{BB\ (kg)}{TB\ (m)^2}$ Klasifikasi IMT untuk populasi Asia termasuk ibu hamil, yang dapat dikategorikan sebagai berikut : 1. < 18,5 : Berat	Ordinal	1. Berat Badan Normal 2. Berat Badan Lebih

			Badan Kurang 2. 18,5 - 23,0 : Berat Badan Normal 3. > 23,0 : Berat Badan Lebih		

C. Hipotesa

1. Risiko kecemasan pada ibul hamil yang mengalami kegemukan.



Bagan 3.2 : Jaring Laba-Laba

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah Analisis Hubungan tentang "Hubungan Indeks Massa Tubuh Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang" dari penelitian besar "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil, dan Tumbuh Kembang Anak usia 1 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019"

Penelitian ini termasuk penelitian Cross Sectional yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran data dalam satu waktu.

B. Sumber Data (Data Induk)

1. Tempat dan Waktu Penelitian Dilakukan
   a. Tempat Penelitian
      Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor Jawa Barat.
   b. Waktu Penelitian
      Penelitian ini akan dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan pada tahun 2019.
2. Populasi dan Sampel
   a. Populasi :
      Populasi target penelitian adalah Ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Jawa Barat Tahun 2019.
   b. Sampel : **Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)**

$$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q}{d^2} \right] \times deff$$

$$n = \left[\underset{32}{Z^2} \times \frac{p \times q \times deff}{(margin\ of\ error)^2} \right]$$

Keterangan :

$95\%\ CI - Z = 1{,}96$ (2)

$Z^2 = 2^{2=}4$

$\propto = 0{,}05$

$p = proporsi$

$p\ (ibu) = 0{,}192$ (Depkes, 2016)

$p\ (anak) = 0{,}192$ (Riskesdas 2013)

(Diambil dari variabel ibu dan anak dengan prevalensi tertinggi yaitu Stress dan Stunting)

q= 1- $proporsi$

$d = margin\ error$

d (Ibu) = $0{,}15^2$ = 0,0225

d (anak) = $0{,}1^2$ = 0,01

Deff (design Effect Factor) = 3

Dari rumus diatas, maka nilai prevalensi yang didapatkan dapat dimasukkan kedalam rumus. dan didapatkan dua sampel terbesar adalah :

Tabel 4.1 : Perhitungan Rumus Sampel

No.	Variabel Ibu	$[Z^2]$	P	(1-P)	d^2	$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q}{d^2} \right] \times deff$
1.	Stress	4	0,192 (Depkes, 2016)	1-0,192	0.0225	n= 83

No.	Variabel anak	$[Z^2]$	P	(1-P)	d^2	$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q}{d^2} \right] \times deff$
1.	Stunting	4	0,192 (Riskesdas, 2013)	1 - 0,192	0.01	n= 186

Dari hasil diatas dapat dilihat bahwa jumlah sampel survei untuk penelitian ini pada variable ibu minimal berjumlah 83 orang. Dan pada variable anak 0 – 60 bulan minimal 186 orang. Untuk mengatasi respon rate yang rendah maka diperlukan subjek penelitian yang lebih banyak dari sampel minimal sehingga dibulatkan menjadi 100 orang untuk variable ibu dan 200 orang untuk variable anak usia 0 – 60 bulan. Dimana masing-masing subjek yang diambil telah dipilih melalui teknik *propotional sampling* sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Pengumpulan Data
    a. Instrumen dan Peralatan

        Sebelum dilakukan pengambilan data dengan instrumen penelitian dilakukan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) dan mengisi serta menandatangani formulir kesediaan (inform concent. Selanjutnya yang bersedia mengikuti penelitian menjadi sampel penelitian (subjek penelitian).

        Sampel akan diberikan formulir kueesioner yang terdiri dari: nama, usia, pekerjaan, kesehatan lingkungan, riwayat penyakit, kesehatan mental, dan pengetahuan sikap dan perilaku lalu dilakukan pemeriksaan dan pengukuran stetoskop, timbangan, midline, *Questionnaire, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), State Trait Anxiety Inventory, Perceived Stress Scale, The Epworth Sleepness Scale (ESS), Question, ODI, VAS, Z-Score, Denver Development Screening Test*

    b. Variabel Data

        Data set variabel yang diteliti dalam penelitian induk adalah sebagai berikut:

        1) Identitas individu
        2) Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir
        3) Kondisi fisik ibu hamil

4) Kesehatan mental
5) Riwayat penyakit
6) Faktor lingkungan
7) Pola hidup
8) Identitas ibu dengan balita
9) Riwayat kelahiran
10) Imunisasi
11) Nutrisi
12) Perkembangan
13) Kondisi fisik anak
14) Riwayat penyakit anak

2. Prosedur Pengambilan Data

Dalam penelitian ini, para responden yang terdiri dari ibu hamil, ibu dengan balita, dan anakakan diwawancara dengan diminta menjawab beberapa pertanyaan yang terdapat pada kuesioner, sedangkan anak akan dilakukan beberapa test dan pengukuran. Untuk ibu hamil akan diminta menjawab kuesioner dengan kode A, ibu dengan balita menggunakan kuesioner dengan kode B, dan anak diminta pada kuesioner dengan kode C.

C. Analisis Penelitian

1. Tujuan Khusus
   a. Untuk mendeskripsikan indeks massa tubuh pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan di Kecamatan Leuwiliang
   b. Untuk mendeskripsikan mengenai kecemasan pada ibu hamil yang tinggal di pedesaan di Kecamatan Leuwiliang.

   Leuwiliang.
2. Pemilihan dan Jumlah Sampel

Variabel yang diambil adalah indeks massa tubuh dan kecemasan dengan pendekatan survey.

$$n = \left[\frac{z\alpha + z\beta}{0{,}5 \text{ x } ln \text{ x } \left[\frac{1+r}{1-r}\right]} \right]^2 + 3$$

Keterangan:

N = Jumlah Sampel

Zα = Standar deviasi normal dengan tingkat keamanan

Zβ = Standar deviasi normal dengan derajat kekuatan

r = Koefisien korelasi pearson

Koefisien korelasi pearson (**r**) antara indeks massa tubuh dengan kecemasan pada ibu hamil tidak ada literatur yang sesuai dengan jumlah sampel maka (r) diasumsikan dengan nilai **r** = 0,4

$$n = \left[\frac{z\alpha + z\beta}{0{,}5 \text{ x } ln \text{ x } \left[\frac{1+r}{1-r}\right]} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{2{,}58 + 1{,}28}{0{,}5 \text{ x } ln \text{ x } \left[\frac{1{,}4}{0{,}6}\right]} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{3{,}86}{0{,}423} \right]^2 + 3$$

$$n = [9{,}125]^2 + 3$$

$$n = 87$$

Berdasarkan perhitungan sampel, sampel minimum yang didapatkan 87 Sampel, sampel yang tersedia 100 data sehingga sampel yang dapat dianalisis sebanyak 100 Sampel.

3. Variabel Data

   Data set variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

   a. Indeks Massa Tubuh (Blok C3)

   b. Kecemasan (Blok D5)

4. Pengukuran

   a. Prosedur pengukuran IMT

Alat-alat yang di perlukan

1. Midline

Siap

1. Dalam posisi berdiri
2. Memakai pakaian seminim mungkin sewaktu menimbang badan agar lebih akurat

Pengkukuran

1. Tubuh berdiri tegak kemudian diukur dari dasar sampai kepala untuk mengetahui tinggi badan kemudian ukuran cm di ubah dalam meter dengan alat *microtoise*.
2. Pasien naik keatas timbangan berat badan kemudian diukur dalam satuan kilogram
3. Setelah mengetahui tinggi badan dan berat badan kemudian hasikl dari tinggi badan dan berat badan tersebut dimasukan ke dala rumus (IMT= berat badan Kg)/tinggi badan^{2}m
4. Penilaian kategori ambang batas IMT :

IMT	Kategori
<18,5	Berat badan kurang
18,5-22,9	Berat badan normal
≥23,0	Kelebihan berat badan
23,0-24,9	Beresiko menjadi obes
25,0-29,9	Obes I
≥30,0	Obes II

b. Prosedur pngukuran BAI

Daftar ini tidak di maksudkan untuk digunakan untuk mendiagnosa kecemasan selama kehamilan atau beberapa bulan setelah kelahiran.sebaliknya, diharapkan bahwa hal itu akan membantu anda mengekspresikan cara anda telah merasa selama dan dua minggu terakhir. Beberapa gejala dan perasaan akan sulit untuk mengakui,tetapi anda didesak untuk jujur,karena ini akan menghasilkan penilaian yang lebih akurat tentang suasana hati. ingat bahwa semua ibu baru mungkin akan mengalami gejala-gejala di bawah ini bebebrapa waktu.

Untuk melengkapi daftar periksa, silahkan isi kolom yang sesuai dengan slah satu nomor yang

b) Metode : pasien diminta mengiisi setiap pernyataan yang dirasahkan melalui kuesioner yang disediakan oleh peneliti sesuai dengan keadaan pasien secara jujur.

0 = Tidak sama sekali
1 = sedikit,tapi tidak menggangu
2 = sedikit, agak menggangu
3 = berat badan sangat mengganggu ketika terjadi

Pedoman untuk menafsirkan skor total :

21 atau kurang = kecemasan ringan

22-35 = kecemasan sedang

36 atau lebih = kecemasan berat..

5. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisa ini bertujuan untuk melihat distribusi masing-masing variabel yaitu indeks massa tubuh dan kecemasan pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang tahun 2019, maka dilakukan uji univariate yaitu berupa analisis deskriptif untuk melihat frekuensi data pada pemeriksaan indeks massa tubuh dan hubungannya dengan kecemasan pada ibu hamil.

b. Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan indeks massa tubuh terhadap kecemasan yang dimiliki. Uji analisis yang akan digunakan pada penelitian ini adalah uji korelasi *Spearman dan* tabulasi silang. Selanjutnya, penarikan kesimpulan uji statistik dengan melihat tingkat kemaknaan (p). Jika nilai P-value $\leq$ 0,05 dengan Taraf Kepercayaan (*Confidence Interval*) 95%, maka dinyatakan signifikan bermakna.

c. Null Hipotesis dan Uji Statistik

Ho : P-Value > 0,05

Ho : Tidak ada hubungan indeks massa tubuh terhadap kecemasan di Leuwiliang, Kabupaten Bogor.

Ha : P-value $\leq$ 0,05

Ha : Terdapat hubungan antara indeks massa tubuh terhadap kecemasan di Leuwiliang, Kabupaten Bogor

D. Etika Penelitian

Peneilitian "Hubungan Indeks Massa Tubuh dengan Kecemasan di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor" sebagai hasil penelitian induk "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0-60 Bulan (balita) pada Desa dengan Populasi Subjek Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019" yang telah mendapat persetujuan etik penelitian yang diperoleh dari komite etik dengan SK No. 05/EP/K/UniBinawan/III/2019.

BAB V

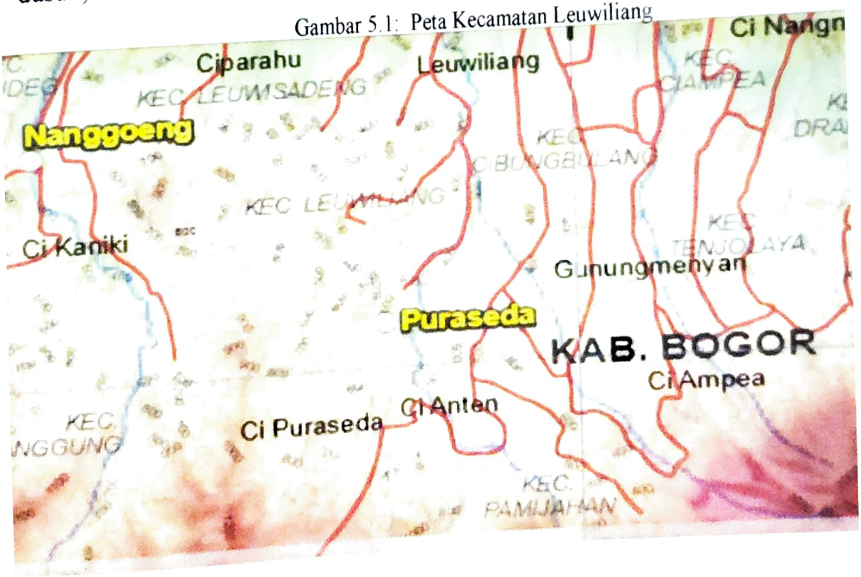
HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Wilayah Kecamatan Leuwiliang terletak di wilayah Bogor Barat dengan luas wilayah ±6 159.70 Ha pada ketinggian 101-700 mdpl. Curah hujan rata-rata pertahun di Kecamatan Leuwiliang yaitu sebesar 519.29 mm dan jumlah hari hujan terbanyak 91 hari dengan kelembaban20-25°C. Kecamatan Leuwiliang merupakan daerah perbukitan dengan kemiringan 5-20°. Bagian Utara Kecamatan Leuwiliang berbatasan dengan Kecamatan Rumpin, bagian selatan berbatasan dengan Kabupaten Sukabumi, bagian barat berbatasan dengan Kecamatan Leuwisadeng dan bagian timur berbatasan dengan Kecamatan Cibungbulang.

Leuwiliang terdiri dari 10 desa, yaitu: Desa Leuwiliang, Cibeber I, Cibeber II, Karehkel, Barengkok, Karacak, Karyasari, Pabangbon, Puraseda dan Purasari. Secara administratif Kecamatan Leuwiliang terdiri dari 48 dusun, 126 RW, 418 RT yang tercakup dalam 11 desa.

Gambar 5.1: Peta Kecamatan Leuwiliang



B. Data Deskriptif Subjek Penelitian

Tabel 5.1 Rata-rata, Standar Deviasi, Minimal, Maksimal Dan Confidence Interval Data Indeks Massa Tubuh Dan Kecemasan

Karakteristik Subjek	Mean±SD	Min	Max	CI 95%
Usia	26,73±5,96	17	42	25,55-27,91
Indeks Massa Tubuh	23,94±4,83	10,8	38,6	22,98-24,90
Kecemasan	26,50±12,55	6	52	24,01-28,99

Dari tabel diatas, dapat dilihat nilai rata-rata untuk usia, indeks massa tubuh dan kecemasan. Rata-rata usia sampel adalah 26,73±5,96 dengan taraf kepercayaan 95%(CI 95%) antara 25,55-27,91. Rata-rata indeks massa tubuh adalah 23,94±4,83dengan taraf kepercayaan 95%(CI 95%) antara 22,98-24,90. Rata-rata kecemasan adalah 26,50±12,55 dengan taraf kepercayaan 95%(CI 95%) antara 24,01-28,99.

Subjek dikatakan memiliki berat badan kurang jika nilai IMT ≤18.5. Subjek dikatakan memiliki berat badan normal jika nilai IMT 18.6-23.9. Subjek dikatakan memiliki berat badan lebih jika nilai IMT≥24.0. Subjek dikatakan kecemasan ringanl jika nilai BAI ≤21. Subjek dikatakan kecemasan sedangl jika nilai BAI 22-35. Subjek dikatakan kecemasan berat jika nilai BAI ≥36.

Tabel 5.2: Distribusi Frekuensi Paritas, Indeks Massa Tubuh Dan Kecemasan

Variabel		n (Frekuensi)	%
Paritas			
	Nullipara	20	20
	Paritas	80	80
Indeks Massa Tubuh			
	Kurang	10	10
	Normal	31	31
	Lebih	59	59
Kecemasan			
	Ringan	41	41
	Sedang	36	36
	Berat	23	23

Berdasarkan Tabel 5.2 diatas terdapat 100 sampel. Dari 100 sampel jumlah paritas lebih banyak dibanding nullipara, sebanyak 80 (80%). Berdasarkan subjek penelitian, subjek yang termasuk dalam kategori indeks

massa tubuh berlebih lebih banyak dibanding indeks massa tubuh kurang dan normal , sebesar 59 orang (59%), lalu subjek yang termasuk dalam kategori kecemasan ringan lebih banyak dibanding kecemasan sedang dan berat, sebesar 41 orang (41%)

C. Hubungan Antara Indeks Massa Tubuh Dengan Kecemasan Pada Ibu Hamil

Sebelum melakukan analisis pada indeks massa tubuh dengan kecemasan dilakukan terlebih dahulu uji normalitas skor indeks massa tubuh dengan kecemasan.

Tabel 5.3: Distribusi Normalitas Indeks Massa Tubuh Dengan Kecemasan.

	Hasil uji normalitas	Keterangan
Indeks Massa Tubuh	.200	Distribusi normal
Kecemasan	.027	Distribusi tidak normal

Pada uji *test of normality*, variable indeks massa tubuh, mempunyai disribusi normal karena nilai p>0,05, sedangkan variable kecemasan, mempunyai tidak disribusi normal karena nilai p<0,05. Karena itu dilakukan uji korelasi *Spearman.*

Tabel 5.4: Hubungan Indeks Massa Tubuh Dengan Kecemasan.

	Kecemasan		
	r	p	n
Indeks Massa Tubuh	-0,036	0,725	100

Dari hasil diatas, nilai korelasi *Spearman* sebesar -0,036 yang menunjukkan bahwa korelasi antara indeks massa tubuh dan kecemasan sangat lemah hubungannya dan menunjukkan secara statistic nilainya tidak bermakna (p=0,725).

Setelah analisa korelasi kuantitatif dilanjutkan dengan tabulasi silang untuk analisa hubungan indeks massa tubuh dengan kecemasan.

Tabel 5.5: Tabulasi Silang Indeks Massa Tubuh Dengan Kecemasan

Variabel	Kecemasan						Nilai p
	Ringan		Sedang		Berat		
	n	%	n	%	n	%	0,890
Indeks Massa Tubuh							

Kurang	4	40	4	40	2	20	
Normal	11	35.5	11	35,5	9	29	
Lebih	26	44.1	21	35.6	12	20.3	

Dari tabel diatas terlihat bahwa pada responden yang memilikki indeks massa tubuh kurang lebih banyak yang memiliki kecemasan ringan dan sedang, sebanyak 4 orang (40%) dan pada responden yang memilikki indeks massa tubuh normal lebih banyak yang memiliki kecemasan ringan dan sedang, sebanyak 11 orang (35.5%). pada responden yang memilikki indeks massa tubuh lebih, lebih banyak yang memiliki kecemasan ringan, sebanyak 26 orang (44.1%). Dari hasil didapatkan nilai p=0,890, secara statistik terdapat hubungan yang tidak bermakna antara indeks massa tubuh dengan kecemasan.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Deskripsi Data Subjek Penelitian

Hasil data penelitian hubungan Indeks Masa Tubuh dengan Kecemasan pada ibu hamil didapat rata-rata usia ibu hamil adalah 26,73±5,96 . Dari 100 sampel jumlah paritas lebih banyak dibanding nullipara, sebanyak 80 (80%). Berdasarkan subjek penelitian, subjek yang termasuk dalam kategori indeks massa tubuh berlebih lebih banyak dibanding indeks massa tubuh kurang dan normal , sebesar 59 orang (59%). Berdasarkan subjek penelitian, subjek yang termasuk dalam kategori mengantuk lebih banyak dibanding kategori tidur yang cukup, sebesar 60 orang (60%).

Penelitian lain dengan hasil yang serupa menyatakan Obesitas sebagai masalah kesehatan masyarakat telah meningkat di banyak negara maju, naik hingga persentase yang mengkhawatirkan. Tren ini juga terlihat pada kelompok wanita usia reproduksi, termasuk wanita hamil (Kerrigan, Kingdon, 2010; Shaikh, Robinson, Teoh, 2010; Institute of Medicine, 2009). Bergantung pada kohort yang diteliti dan cut-off yang digunakan untuk IMT, obesitas pada kehamilan bervariasi antara 8 dan 30% (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Heslehurst, Simpson, et al., 2008; Briese, Voigt, et al., 2010). Beberapa publikasi melaporkan peningkatan tingkat komplikasi ibu dan bayi baru lahir pada wanita hamil gemuk, baik dalam jangka pendek (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Heslehurst, Simpson, et al., 2008) dan jangka panjang (Nelson, Matthews, Poston, 2010).

Selain itu dituliskan pula pada penelitian yang menyatakan Hubungan positif antara obesitas dan kecemasan secara umum (Gariepy, Nitka, et al., 2010) dapat menjadi lebih eksplisit selama kehamilan. Banyak penelitian menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk malformasi kongenital spesifik (Rasmussen, Chu, et al., 2008), hipertensi dan GDM (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Nohr, Vaeth, et al., 2008) pada wanita hamil gemuk;

pengetahuan tentang risiko ini dapat menyebabkan kecemasan (Furber, McGowan, 2011).

B. Hubungan Antara Indeks Masa Tubuh dengan Kecemsan Pada Ibu Hamil

Dari tabel diatas terlihat bahwa pada responden yang memilikki indeks massa tubuh kurang lebih banyak yang memiliki mengantuk berat, sebanyak 7 orang (70%) dan pada responden yang memilikki indeks massa tubuh normal lebih banyak yang memiliki mengantuk berat, sebanyak 22 orang (71%). Pada responden yang memilikki indeks massa tubuh lebih, lebih banyak yang memiliki mengantuk berat, sebanyak 31 orang (52.5%). Dari hasil didapatkan nilai p=0,188, secara statistik terdapat hubungan yang tidak bermakna antara indeks massa tubuh dengan kualitas tidur.

Wanita hamil yang kegemukan menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita hamil dengan berat normal. Sebuah penelitian (Claesson, Josefsson, Sydsjo, 2010) menyelidiki kesejahteraan psikologis di antara wanita hamil gemuk yang menghadiri program pembatasan kenaikan berat badan dibandingkan dengan kelompok kontrol wanita gemuk yang menerima perawatan tradisional melaporkan risiko yang sama mengalami kecemasan / gejala depresi pada kedua kelompok wanita hamil gemuk.

Hubungan positif antara obesitas dan kecemasan secara umum (Gariepy, Nitka, et al., 2010) dapat menjadi lebih eksplisit selama kehamilan. Banyak penelitian menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk malformasi kongenital spesifik (Rasmussen, Chu, et al., 2008), hipertensi dan GDM (Guelinckx, Devlieger, et al., 2008; Nohr, Vaeth, et al., 2008) pada wanita hamil gemuk; pengetahuan tentang risiko ini dapat menyebabkan kecemasan (Furber, McGowan, 2011).

Meskipun beberapa penelitian telah melihat kecemasan ibu selama kehamilan (Andersson, Sundstrom-Poromaa, et al., 2006; Faisal-Cury, Rossi, 2007; Breitkopf, Primeau, et al., 2006; Austin, Tully, Parker, 2007; Heron, O'Connor, et al., 2004), sedikit penelitian telah berfokus pada emosi ini pada wanita hamil yang mengalami obesitas. Secara umum diketahui bahwa wanita

gemuk lebih cenderung menderita tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dengan berat badan normal (Zhao, Ford, et al., 2009; Zender, Olshansky, 2009; Gariepy, Nitka, Schmitz, 2010).

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yaitu penelitian ini terdapat faktor-faktor yang berpengaruh yang tidak diteliti seperti faktor resiko lain yang mempengaruhi stress ditinjau dari aspek biologi, dan aspek lainnya.

BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Indeks massa tubuh pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang nilai rata-ratanya sebesar 23,94±4,83, menunjukkan bahwa sebagian besar indeks massa tubuh yang dimiliki oleh ibu hamil adalah indeks massa tubuh berlebih.

Kecemasan pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang nilai rata-ratanya sebesar 26,50±12,55, menunjukkan bahwa sebagian besar kecemasan yang dimiliki oleh ibu hamil adalah kecemasan ringan.

Dapat disimpulkan bahwa hubungan antara indeks massa tubuh dengan kecemasan pada ibu hamil adalah sangat lemah hubungannya dan menunjukkan secara statistic nilainya tidak bermakna (p=0,725).

B. Saran

Diharapkan agar penelitian selanjutnya dapat lebih mendalami mengenai faktor apa saja yang mempengaruhi indeks massa tubuh dan kecemasan pada ibu hamil dengan melihat faktor-faktor yang tidak dianalisis. Diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat serta upaya rehabilitasi pada ibu hamil dengan keluhan kecemasan diharapkan penelitian selanjutnya dapat melihat cara penanganan keluhan kecemasan pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M: *Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:937–944.

Austin MP, Tully L, Parker G: *Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression.* J Affect Disord 2007;101:169–174.

Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2012.

Bogaerts, A.F.L. et al,. (2013). *Anxiety and Depressed Mood in Obese Pregnant Women: A Prospective Controlled Cohort Study.* Obes Facts.6:152–164.

Breitkopf CR, Primeau LA, Levine RE, Olson GL, Wu ZH, Berenson AB: *Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum.* J Psychosom Obstet Gynaecol 2006;27:157–162.

Briese V, Voigt M, Wisser J, Borchardt U, Straube S*: Risks of pregnancy and birth in obese primiparous women: an analysis of German perinatal statistics*. Arch Gynecol Obstet 2010;283:249–253

Burroughs A, Leifer G. *Maternity nursing: an introductory text.* Saunders; 2001

Cahill HA. *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis*. J Adv Nurs. 2001;33(3):334-342. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x

Campayo, J. G., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Páramo, M. P., López-Gómez, V., … Rejas, J. (2010). *Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health and Quality of Life Outcomes,* 8, 8.

Claesson IM, Josefsson A, Sydsjo G: *Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. BMC Public Health* 2010;10:766

Faisal-Cury A, Rossi MP: *Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health* 2007;10:25–32.

Furber CM, McGowan L: *A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK.* Midwifery 2011;27:437–444

Gariepy G, Nitka D, Schmitz N: *The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis.* Int J Obes (Lond) 2010;34:407–419

Gore, M., Brandenburg, N. A., Dukes, E., Hoffman, D. L., Tai, K. S., & Stacey, B. (2005). *Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. Journal of Pain and Symptom Management*; 30(4), 374–385

Greenberg, P.E., Sisitsky, T., Kessler, R.C., Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., Davidson, J.R.T.,. Ballenger, J.C., Fyer, A.J. (1999). *The Economic Burden of Anxiety Disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry.* 60:427–435

Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G: *Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition.* Obes Rev 2008;9:140–150.

Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V: *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample.* J Affect Disord 2004; 80:65–73

Heslehurst N, Simpson H, Ells LJ, Rankin J, Wilkinson J, Lang R, Brown TJ, Summerbell CD: *The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis.* Obes Rev 2008;9:635–683.

Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. *Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev.* 2004;79(2):81-91. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Institute of Medicine: *Weight Gain during Pregnancy: Re-Examining the Guidelines.* Washington DC, National Academy Press, 2009

Isaacs, Ann. 2005. Buku panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan pskiatrik edisi 3. Alih bahasa 2, Rahayuningsih, D.P. Kurnianingsih, S. Jakarta: Penerbit Buku KedokteranEGC.

Kerrigan AM, Kingdon C*: Maternal obesity and pregnancy: a retrospective study.* Midwifery 2010;26:138–146.

Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. *Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. Matern Child Health* J. 2009;13(4):567-576. doi:10.1007/s10995-008-0379-4

Maryam ,R Siti., Mia, Fatma Ekasari., Rosdiawati, Ahmad, Jubaedi dan Batu ,Bara Irwan. (2012). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya.* Jakarta : Salemba Medika.

Nekouei ZK, Yousefy A, Manshaee G, Nikneshan S. (2011)*Comparing anxiety in cardiac patients candidate for angiography with normal population. ARYA Atherosclerosis*;;7(3):93.

Nelson SM, Matthews P, Poston L: *Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome.* Hum Reprod Update 2010;16:255–275

Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sorensen TI, Olsen J, Rasmussen KM: *Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy.* Am J Clin Nutr 2008;87:1750–1759

Pedersen P, Baker JL, Henriksen TB, Lissner L, Heitmann BL, Sorensen TIA, Nohr EA: *Influence of psychosocial factors on postpartum weight retention.* Obesity 2011;19:639–646.

Rasmussen SA, Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Lau J: *Maternal obesity and risk of neural tube defects: a meta-analysis.* Am J Obstet Gynecol 2008;198:611–619

Raymond JE. *'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy.* Midwifery. 2009;25(1):39-49. doi:10.1016/j.midw.2007.01.005

Sabroza AR, Leal Mdo C, Souza PR Jr, Gama SG. *[Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil* (1999-2001)]. Cad Saude Publica. 2004;20:S130-7.

Shaikh H, Robinson S, Teoh TG: *Management of maternal obesity prior to and during pregnancy.* Semin Fetal Neonatal Med 2010;15:77–82.

Simpson KR. *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing.* Lippincott Williams & Wilkins; 2013

Smoller, J.W., Pollack, H.M., Wassertheil-Smoller, S., Jackson, R.D. (2007). *Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Observational Study. ARCH GEN PSYCHIATRY.* VOL 64 (NO. 10). 1153-1160.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lo, B. (2006). *A Brief Measure Assessing Generalized Anxiety Disorder. JAMA Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte. 166.10.1092.

Torshizi M, Sharifzadeh G. *Maternal -fetal attachment and associated factors in pregnant women referred to Birjand health centers (2012).* Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013;20(3):279-287. [Persian].

Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). *Risk factors for anxiety and depression in the elderly. Journal of Affective Disorders*; 106, 29–44.

Zender R, Olshansky E: *Women's mental health: depression and anxiety.* Nurs Clin North Am 2009;44:355–364.

Zhao G, Ford ES, Dhingra S, Li C, Strine TW, Mokdad AH: *Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index.* Int J Obes (Lond) 2009;33:257–266

LAMPIRAN 1

Lembar Penjelasan Sebelum Persetujuan

UNIVERSITAS

Lembaran Penjelasan Sebelum Persetujuan
Program Studi Fisioterapi
Fakultas Fisioterapi Universitas Binawan

Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak usia 0 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang 2019

LEMBAR PENJELASAN

Selamat pagi ibu, sehubung dengan di adakan penelitian yang berjudul "**Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil Dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0 – 60 Bulan (Balita) Pada Desa Dengan Populasi Subjek Terbesar Dan Terkecil Di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019**" oleh sebab itu kami mengharapkan keikutsertaan ibu dalam penelitian yang bertujuan untuk melihat identitas individu ibu, riwayat kehamilan dan persalinan terakhir, kondisi fisik, kesehatan mental, riwayat penyakit, faktor lingkungan, karakteristik ibu, identitas individu anak, kognitif anak, perkembangan anak, riwayat kelahiran dan imunisasi, kondisi fisik neonatus dan nutrisi.

Dalam penelitian ini ibu yang berpartisipasi sejumlah 100 orang. Ibu akan diwawancara dengan diminta menjawab pertanyaan tentang :

- Identitas individu;
- Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir melitupi jumlah anak, jenis persalinan terakhir, jenis persalinan sebelum nya;

- Kesehtan mental meliputi, depresi, kecemasan, emosi , setres dan riwayat pengalaman buruk masa kecil;
- Riwayat penyakit yang mencakup sakit pinggang, infeksi saluran pernafasan akut , diare, campak, asma dan batuk parah yang menular (TBC);
- Faktor lingkungan meliputi perokok pasif, paparan pertisida dan paparan insektisida;.

Dan pemeriksaan seperi tinggi badan, berat badan, tekanan darah, denyut nadi, rasio pernafasan, suhu tubuh.

Sedangkan anak yang berpartisipasi sejumlah 200 orang. Ibu yang memiliki anak akan diwawancara dengan diminta menjawab pertanyaan tentang :

- Identitas individu anak;
- Karakteristik ibu meliputi pendidikan ibu , pekerjaan ibu, penghasilan, parietas, dan usia ibu;
- Perkembangan kognitif ;
- Perkembanga motorik;
- Riwayat kelahiran dan imunisasi meliputi prematur dan imunisasi;
- Kondisi neonatus meliputi berat badan lahir ringan ;
- Nutrisi meliputi air susu ibu , Makanan Pendamping air susu ibu, anak kurus dan anak pendek;.

Dan pemeriksaan seperti tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lingakar lengan atas, dan tes seperti merespon kata ,merespon pertanyaan ,mengingat peristiwa, mencari gambar, mengenali warna dan binatang, melipat kertas, bangun dari duduk ke berdiri, berjalan, dan menyusun kubus.

Hasil penelitian di atas akan menjadi informasi untuk keperluan ilmiah dan tidak di sebar luas kan serta akan di jaga kerahasiaannya. Kegiatan ini bersifat sukarela dan tampa ada paksaan, ibu berhak menolak untuk ikut dalam penelitian ini. Bila ibu telah memutuskan untuk ikut, ibu berhak untuk mundur setiap saat. Apabila ada hal - hal

yang kurang jelas atau ada keluhan, ibu dapat menghubungi tim peneliti. dan apabila memerlukan penjelasan dan hal yang diperlukan, ibu dapat menghubungi :

1. Dr. Dwi Ratna, SH. M.KK, M.Si (08111693800)
2. Mona Septarini (082175781591

LAMPIRAN 2

Lembar Persetujuan

Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan

Jl. Kalibata Raya No. 25-30 Jakarta 13630

Phone : (62-21) 80880882

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah mendengar informasi yang telah di sampaikan berkaitan penelitian , serta menyadari manfaat dari penelitian ini, saya :

Nama :

Usia : tahun

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh program studi fisioterapi universitas binawan tentang **"Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil, dan Tumbuh Kembang Anak usia 0 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang tahun 2019"** tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Bogor, 2019

Penanggung Jawab **Responden**

( ) ( )

Saksi

( )

Program Studi Fisioterpi Universitas Binawan

Jl. Kalibata Raya No. 25-30 Jakarta 13630

Phone : (62-21) 80880882

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah mendengar informasi yang telah di sampaikan berkaitan penelitian , serta menyadari manfaat dari penelitian ini, saya :

Nama : Desi

Usia : 25 tahun

Alamat : Kp Lebak Muncang Rt 02/04

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh program studi fisioterapi universitas binawan tentang "**Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil, dan Tumbuh Kembang Anak usia 0 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang tahun 2019"** tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Bogor, 13 – April 2019

Penanggung jawab

(AISY H)

Responden

(Desi)

Saksi

(Siti Nurhasanah S.Ked)

Lampiran 3: Kuisioner

No	Indeks Massa Tubuh	Pengukuran
1.	Tinggi Badan	
2.	Berat Badan	Kg
3.	Indeks Massa Tubuh	

Kode A

Beck Anxiety Inventory

Gejala atau merasa :

0. Tidak sama sekali 1.Sedikit tapi tidak menggangu 2. Sedikit, agak menggangu 3. Berat dan sangat menganggu

1	Kesemutan atau Mati Rasa
2	Mudah Marah
3	Gemetaran pada Kaki
4	Tidak bisa Bersantai
5	Takut Terjadi Kejadian Buruk
6	Pusing
7	Jantung Berdebar
8	Perasaan Labil atau Tidak Stabil
9	Khawatir
10	Gugup
11	Merasa Tersedak
12	Tangan Gemetaran
13	Perasaan Labil atau Tidak Stabil Sampai Gemetaran
14	Takut Kehilangan Kendali
15	Kesulitan Dalam Bernafas
16	Takut akan Kematian
17	Ketakutan
18	Gangguan Pencernaan
19	Merasa Ingin Pingsan
20	Wajah Memerah
21	Keringat Dingin atau Panas
Total Score:	

Lampiran 4:

Hasil Pengolahan SPSS

Explore

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Usia	Mean		26.73	.596
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25.55	
		Upper Bound	27.91	
	5% Trimmed Mean		26.49	
	Median		27.00	
	Variance		35.512	
	Std. Deviation		5.959	
	Minimum		17	
	Maximum		42	
	Range		25	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		.547	.241
	Kurtosis		-.272	.478

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Indeks Massa Tubuh	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Indeks Massa Tubuh	Mean		23.940	.4828
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.982	
		Upper Bound	24.898	
	5% Trimmed Mean		23.898	
	Median		23.450	
	Variance		23.307	
	Std. Deviation		4.8278	
	Minimum		10.8	
	Maximum		38.6	
	Range		27.8	

	Interquartile Range	6.2	
	Skewness	.213	.241
	Kurtosis	.562	.478

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Indeks Massa Tubuh	.062	100	.200*	.988	100	.520

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Explore

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total skor Revisi	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Total skor Revisi	Mean		26.50	1.255
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24.01	
		Upper Bound	28.99	
	5% Trimmed Mean		26.23	
	Median		26.00	
	Variance		157.465	
	Std. Deviation		12.548	
	Minimum		6	
	Maximum		52	
	Range		46	
	Interquartile Range		19	
	Skewness		.352	.241
	Kurtosis		-.852	.478

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total skor Revisi	.095	100	.027	.956	100	.002

a. Lilliefors Significance Correction

Frequencies

Statistics

		PARITAS	Indeks Masa Tubuh	K_BAI
N	Valid	100	85	100
	Missing	0	15	0

Frequency Table

PARITAS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NULLIPARA	20	20.0	20.0	20.0
	PARITAS	80	80.0	80.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

K_BAI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RINGAN	41	41.0	41.0	41.0
	SEDANG	36	36.0	36.0	77.0
	BERAT	23	23.0	23.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

KATEGORI IMT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	UNDERWEIGHT	10	10.0	10.0	10.0
	NORMAL	31	31.0	31.0	41.0

OVERWEIGHT	59	59.0	59.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Nonparametric Correlations

Correlations

			Indeks Massa Tubuh	Total skor Revisi
Spearman's rho	Indeks Massa Tubuh	Correlation Coefficient	1.000	-.036
		Sig. (2-tailed)	.	.725
		N	100	100
	Total skor Revisi	Correlation Coefficient	-.036	1.000
		Sig. (2-tailed)	.725	.
		N	100	100

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KATEGORI IMT * K_BAI	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

KATEGORI IMT * K_BAI Crosstabulation

			K_BAI		
			RINGAN	SEDANG	BERAT
KATEGORI IMT	UNDERWEIGHT	Count	4	4	2
		% within KATEGORI IMT	40.0%	40.0%	20.0%
	NORMAL	Count	11	11	9
		% within KATEGORI IMT	35.5%	35.5%	29.0%
	OVERWEIGHT	Count	26	21	12
		% within KATEGORI IMT	44.1%	35.6%	20.3%
Total		Count	41	36	23

	% within KATEGORI IMT	41.0%	36.0%	23.0%

KATEGORI IMT * K_BAI Crosstabulation

			Total
KATEGORI IMT	UNDERWEIGHT	Count	10
		% within KATEGORI IMT	100.0%
	NORMAL	Count	31
		% within KATEGORI IMT	100.0%
	OVERWEIGHT	Count	59
		% within KATEGORI IMT	100.0%
Total		Count	100
		% within KATEGORI IMT	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.129[a]	4	.890
Likelihood Ratio	1.106	4	.893
Linear-by-Linear Association	.366	1	.545
N of Valid Cases	100		

a. 3 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.30.

Lampiran End Note

1. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. *Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?* Early Hum Dev. 2004;79(2):81-91. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014
2. Simpson KR. *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing.* Lippincott Williams & Wilkins; 2013
3. Burroughs A, Leifer G. *Maternity nursing: an introductory text.* Saunders; 2001
4. Cahill HA. *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis.* J Adv Nurs. 2001;33(3):334-342. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x
5. Torshizi M, Sharifzadeh G. *Maternal -fetal attachment and associated factors in pregnant women referred to Birjand health centers* (2012). Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013;20(3):279-287. [Persian].
6. Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2012.
7. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. *Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. Matern Child Health* J. 2009;13(4):567-576. doi:10.1007/s10995-008-0379-4
8. Raymond JE. *'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy.* Midwifery. 2009;25(1):39-49. doi:10.1016/j.midw.2007.01.005
9. Sabroza AR, Leal Mdo C, Souza PR Jr, Gama SG. *[Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil (1999-2001)].* Cad Saude Publica. 2004;20:S130-7
10. Kerrigan AM, Kingdon C: *Maternal obesity and pregnancy: a retrospective study.* Midwifery 2010;26:138–146.
11. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G: *Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition.* Obes Rev 2008;9:140–150.
12. Nelson SM, Matthews P, Poston L: *Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome.* Hum Reprod Update 2010;16:255–275

13. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M: *Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study.* Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:937–944.

14. Faisal-Cury A, Rossi MP: *Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample*. Arch Womens Ment Health 2007;10:25–32.

15. Zhao G, Ford ES, Dhingra S, Li C, Strine TW, Mokdad AH: *Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index.* Int J Obes (Lond) 2009;33:257–266

16. Pedersen P, Baker JL, Henriksen TB, Lissner L, Heitmann BL, Sorensen TIA, Nohr EA: *Influence of psychosocial factors on postpartum weight retention. Obesity* 2011;19:639–646.

17. Gariepy G, Nitka D, Schmitz N: *The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis*. Int J Obes (Lond) 2010;34:407–419

18. Rasmussen SA, Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Lau J*: Maternal obesity and risk of neural tube defects: a meta-analysis*. Am J Obstet Gynecol 2008;198:611–619

19. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G: *Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition.* Obes Rev 2008;9:140–150.

20. Furber CM, McGowan L: *A qualitative study of the experiences of women who are obese and pregnant in the UK.* Midwifery 2011;27:437–444

21. Claesson IM, Josefsson A, Sydsjo G: *Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study*. BMC Public Health 2010;10:766

22. Bogaerts, A.F.L. et al,. (2013*). Anxiety and Depressed Mood in Obese Pregnant Women: A Prospective Controlled Cohort Study.* Obes Facts.6:152–164.

23. Raymond JE. 'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. Midwifery. 2009;25(1):39-49. doi:10.1016/j.midw.2007.01.005

24. Austin MP, Tully L, Parker G*: Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression.* J Affect Disord 2007;101:169–174.

25. Nekouei ZK, Yousefy A, Manshaee G, Nikneshan S. (2011)*Comparing anxiety in cardiac patients candidate for angiography with normal population.* ARYA Atherosclerosis;;7(3):93.

26. Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). *Risk factors for anxiety and depression in the elderly. Journal of Affective Disorders;* 106, 29–44.

27. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. *Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev.* 2004;79(2):81-91. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

28. Burroughs A, Leifer G. *Maternity nursing: an introductory text*. Saunders; 2001

29. Cahill HA. *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. J Adv Nurs.* 2001;33(3):334-342. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x

30. Torshizi M, Sharifzadeh G. *Maternal -fetal attachment and associated factors in pregnant women referred to Birjand health centers* (2012). Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013;20(3):279-287. [Persian].

31. Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2012.

32. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L*s* J. 2009;13(4):567-576. doi:10.1007/s10995-008-0379-4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama	: Wahyu Nugroho
NIM	: 021822010
Tempat,Tanggal Lahir	: Wonogiri 1 Maret 1976
Alamat	: Pesona Laguna Blok J3/08 Cilangkap Depok
Agama	: ISLAM
No. HP	: 08129967814
Email	: fiaraissa76@gmail.com
Pendidikan	: Akademi Fisioterapi Depkes Surakarta lulus 1998
- SMA	: SMAN 1 Wonogiri
- SMP	: SMPN 1 Wonogiri
- SD	: SDN Wuryantoro 2

Jakarta, Juli 2020



Wahyu Nugroho