

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF BEHAVIOUR TERHADAP
KECEMASAN IBU BERSALIN DI UPTD RUMAH BERSALIN
PATEN KOTA MAGELANG TAHUN 2018**

SKRIPSI

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



SUPARTI
14.0603.0001

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF BEHAVIOUR TERHADAP
KECEMASAN IBU BERSALIN DI UPTD RUMAH BERSALIN PATEN
KOTA MAGELANG TAHUN 2018**

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Tim Penguji Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, Agustus 2018

Pembimbing I



Dr. Heni Setyowati E. R., S.Kp., M.Kes

NIDN: 0625127002

Pembimbing II



Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

NIDN: 0623037602

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Suparti
NPM : 14.0603.0001
Program Studi : Ilmu Keperawatan (S1)
Judul Proposal Skripsi : Pengaruh Terapi Kognitif Behaviour Terhadap Kecemasan Ibu Bersalin Di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang Tahun 2018

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.



Penguji I : Ns. Rohmayanti, M.Kep.

Penguji II : Dr. Heni Setyowati E. R., S.Kp., M.Kes

Penguji III : Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep

Ditetapkan : Di Magelang

Tanggal : Agustus 2018

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN HALAMAN
PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala risiko/sanksi yang berlaku.

Nama	: Suparti
NPM	: 14.0603.0001
Tanggal	: Agustus 2018

Suparti
14.0603.0001

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Suparti
NPM : 14.0603.0001
Program Studi : Ilmu Keperawatan (S1)
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-Exclusive- Royalty- Fee Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Pengaruh Terapi Kognitif Behaviour Terhadap Kecemasan Ibu Bersalin Di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang Tahun 2018.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih-media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Magelang

Pada tanggal : Agustus 2018

Yang Menyatakan

Suparti

14.0603.0001

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbil alamin...

Akhirnya aku sampai ke titik ini, sepercik keberhasilan yang Engkau

Hadihkan padaku ya Rabb tak henti-hentinya aku mengucapkan syukur pada- Mu ya Rabb

*Serta shalawat dan salam kepada idola ku Rasulullah SAW dan para sahabat yang mulia semoga
sebuah karya ini menjadi amal shaleh bagiku dan menjadi kebanggaan bagi keluargaku tercinta*

*Ku persembahkan karya ini... untuk belahan jiwa ku bidadari surgaku yang tanpamu aku bukan lah
siapa-siapa di dunia fana ini Ibuku tersayang (Ramini)*

*Serta orang yang menginjeksikan segala idealisme, prinsip, edukasi dan didik kasih sayang
berlimpah dengan wajah datar menyimpan kegelisahan ataupun perjuangan yang tidak pernah ku
ketahui, namun tenang temaram dengan penuh kesabaran dan pengertian luar biasa Ayahku tercinta
(Ribut Handoyo) yang telah memberikan segalanya untukku*

*Kepada temen- temen seperjuangan khususnya teman FIKES angkatan 2014 yang tak bisa
tersebutkan namanya satu persatu terima kasih yang tiada tara ku ucapkan banyak terimakasih atas
dukungannya selama ini.*

Terimakasih Juga Almamaterku

Kampusku UMM.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, pemelihara seluruh alam raya yang selalu melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini dengan judul : “Pengaruh Terapi Kognitif Behaviour Terhadap Kecemasan Ibu Bersalin Di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang Tahun 2018”. Skripsi ini disusun dan dibuat sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Penulis menyadari bahwa ini bukan tujuan akhir dari proses belajar karena pembelajaran merupakan sesuatu yang tidak terbatas.

Tersusunnya skripsi ini tentunya tidak lepas dari bantuan, arahan, motivasi dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep. selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Dr. Heni Setyowati E. R., S.Kp., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing I yang selalu memotivasi, membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ns. Rohmayanti, M.Kep., selaku Dosen Penguji skripsi yang telah menguji dan memberikan masukan serta arahan dalam skripsi ini.
6. Segenap dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
7. Kedua orang tua saya, Bapak Ribut Handoyo dan Ibu Ramini yang selalu memberikan motivasi, bimbingan, arahan dan segala bentuk bantuan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Keluarga besar saya yang telah memberikan motivasi dan do'a selama penyusunan skripsi ini.

9. Teman-teman angkatan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang selalu memberikan motivasi dan pembelajaran selama penyusunan skripsi ini.
10. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Semoga dengan segala bantuan dan dukungan yang telah diberikan kepada saya mendapatkan balasan dari Allah SWT. Amin

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan, untuk itu saran dan masukan yang bersifat membangun diharapkan dalam melengkapi skripsi ini.

Magelang, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam	i
Halaman Persetujuan Pembimbing	ii
Halaman Pengesahan Penguji	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iv
Lembar Persetujuan Publikasi	v
Halaman Persembahan	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Skema	xii
Daftar Lampiran	xiii
Abstrak	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumuan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.6 Keaslian Penelitian	9
BAB II TINJAUAN TEORI	13
2.1 Persalinan	13
2.2 Kecemasan	39
2.3 Kecemasan Dalam Persalinan	50
2.4 Terapi Kognitif Behaviour	54
2.5 Kerangka Teori	62

2.6 Hipotesis	63
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	64
3.1 Desain Penelitian	64
3.2 Kerangka Konsep	65
3.3 Definisi Operasional	65
3.4 Populasi Dan Sampel	67
3.5 Waktu Dan Tempat	69
3.6 Alat Dan Metode Pengumpulan Data	70
3.7 Uji Validitas Dan Reliabilitas	73
3.8 Teknik Pengolahan Data Dan Analisa Data	74
3.9 Etika Penelitian	77
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	79
4.1 Hasil Penelitian	79
4.1.1 Analisa Univariat	79
4.1.2 Analisa Bivariat	81
4.2 Pembahasan	83
4.2.1 Karakteristik Usia Ibu Bersalin	83
4.2.2 Karakteristik Parietas Ibu Bersalin	85
4.2.3 Pengaruh Terapi Kognitif Behaviour Terhadap Kecemasan	86
4.3 Keterbatasan Penelitian	88
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	89
5.1 Kesimpulan	89
5.2 Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	91
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penelitian Yang Berhubungan Dengan Terapi Kognitif Behaviour Untuk Kecemasan Ibu Bersalin	9
Tabel 3.1 Definisi Operasional	66
Tabel 3.4 Dimensi Stress Selama Persalinan	73
Tabel 3.8 Analisa Variabel Dependen Dan Independen	77
Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Responden Kelompok Terapi Kognitif Behaviour Dan Kelompok Kontrol Terhadap Kecemasan Ibu Bersalin Di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang	80
Tabel 4.2 Perbedaan Tingkat Kecemasan Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Terapi Kognitif Behaviour Pada Kelompok Intervensi	81
Tabel 4.3 Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Kelompok Kontrol	82
Tabel 4.4 Perbedaan Kecemasan Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	83

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	62
Skema 3.1 Skema Desain Penelitian	64
Skema 3.2 Kerangka Konsep	65

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian Dari FIKES
- Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian Dari Kesbangpol
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Dari UPTD Rumah Bersalin Paten
- Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian Dari Dinkes Kota Magelang
- Lampiran 5 Keterangan Lolos Expert Validity
- Lampiran 6 Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Kuesioner Pregnancy Stress Rating Scale
- Lampiran 8 Surat Keterangan Bahasa Inggris
- Lampiran 9 Standar Operating Procedure Terapi Kognitif Behaviour
- Lampiran 10 Jadwal Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

Nama : Suparti
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Pengaruh Terapi Kognitif Behaviour Terhadap Kecemasan Ibu Bersalin Di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang Tahun 2018

ABSTRAK

Latar Belakang: Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mengalami peningkatan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Kecemasan pada ibu bersalin merupakan salah satu faktor resiko lamanya persalinan dan berakibat buruk bagi ibu maupun janin. Salah satu upaya mengatasi kecemasan pada ibu bersalin yaitu dengan Terapi Kognitif Behaviour. **Tujuan:** Untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan ibu bersalin di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang. **Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi eksperimen* dengan menggunakan *two group pretest dan posttest with control*. Terapi Kognitif Behaviour diberikan sekali dengan durasi 15 menit. Sampel yang digunakan yaitu sebanyak 52 responden yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu 26 kelompok intervensi dan 26 kelompok kontrol dengan mengambil sampel menggunakan teknik *proporsional random sampling*. Kecemasan ibu bersalin diukur dengan menggunakan kuesioner *Pregnancy Stress Rating Scale*. Uji statistik yang digunakan adalah Uji Wilcoxon dan *Uji Kolmogorov Smirnov* dengan tingkat signifikansi $p \leq 0.05$. **Hasil:** Terdapat perbedaan yang signifikan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan terapi kognitif behaviour dengan $p \text{ value} = 0.000$ dan terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p \text{ value} = 0.000$. **Kesimpulan:** Terapi kognitif behaviour efektif dalam menurunkan kecemasan ibu bersalin.

Kata kunci: Terapi kognitif behaviour, kecemasan, persalinan

Name : Suparti
Study Program : Bachelor of Nursing Science
Title : The Influence of Cognitive Behavior Therapy For Women of Birth Anxiety at UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang in the year of 2018

ABSTRACT

Background: Maternal Mortality Rate (MMR) in indonesia has increased to 359 per 100.000 live births. Women of birth anxiety is one of the risk factor of labour duration and can be bad for the mother and fetus. One of the efforts to overcome women of birth anxiety is by giving cognitive behavior therapy. **Objective:** To know the influence of cognitive behavior therapy for women of birth anxiety at UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang. **Methods:** The methods used in this research was quasi experiment with the used of two group pretest and posttest with control. The cognitive behavior therapy were give many as 1 time with duration of 15 minutes. The samples used were 52 respondents divided into 2 groups, 26 intervention groups and 26 control groups in a sample using proporsional random sampling technique. The women of birth anxiety was measured by using Pregnancy Stresss Rating Scale questionnaire. The statistical test used was Wilcoxon Test and the statistical Kolmogorov Smirnov Test with significant level of $p < 0.05$. **Results:** There was a significant difference of anxiety between before and after cognitive behavior therapy with a p value= $p < 0.05$ and there was a significant diferrences in the interventions and control group with a p value= 0.000. **Conclusion:** The cognitive behavior therapy was affective in lowering women of birth anxiety.

Keyword: Cognitive behavior therapy, anxiety, labor

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Aprillia, 2010). Pada setiap tahap persalinan, ibu akan mengalami perubahan fisik dan psikologi yang spesifik sebagai respon dari apa yang dirasakan dari proses persalinannya. Permasalahan fisik yang ditemukan selama proses persalinan diantaranya: badan terasa sakit, pegal-pegal, lelah, nyeri, detakan jantung semakin cepat, dada terasa sesak dan sebagainya. Kemudian permasalahan yang terjadi selama proses persalinan secara psikologi antara lain perasaan tidak enak, takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi, gelisah, gugup, tidak nyaman karena kontraksi, khawatir, kecemasan dan sebagainya (Hidayat, 2015).

Salah satu permasalahan psikologi yang sering terjadi saat bersalin diantaranya yaitu kecemasan. Kecemasan adalah pengalaman individu yang bersifat subyektif yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsi yang diartikan sebagai perasaan “kesulitan” dan kesusahan terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti (Ramaiah, 2013). Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran samar disertai respon autoimun, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Nanda, 2012). Kecemasan adalah perasaan takut, ketidakpastian, gelisah atau ketakutan terhadap ancaman yang nyata atau dirasakan (Zahrani, 2009).

Pada dasarnya semua wanita akan mengalami kecemasan pada proses persalinan yang bisa dikarenakan rasa nyeri persalinan. Perasaan kecemasan dan sikap seorang wanita dalam melahirkan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh banyak

faktor, diantaranya perbedaan struktur sosial, budaya, agama, kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan, pengalaman masa lalu, pendampingan keluarga, dan lingkungan (Rohani, et al, 2011). Perasaan ketidaksiapan ibu menghadapi proses persalinan akan menimbulkan kecemasan dan ketakutan yang bisa meningkatkan intensitas nyeri dalam setiap kontraksi dan meningkatkan ketegangan otot dalam menghadapi persalinan (Manuaba, 2010).

Hasil Studi atau penelitian yang dilakukan (Kalimah, 2015) di Semarang pada tahun 2015 yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Ibu Dalam Menghadapi Persalinan Kala 1 Di Rumah Bersalin Mardi Rahayu Semarang” didapatkan hasil ibu yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 14 responden (25,5%), yang mengalami kecemasan sedang yaitu sebanyak 26 responden (47,3%), kemudian untuk yang mengalami kecemasan berat yaitu 15 responden (27,3%), dari jumlah responden sebanyak 55 orang. Penelitian yang dilakukan (Larasati dan Wibowo, 2012) yang berjudul “Pengaruh Keikutsertaan Senam Hamil Terhadap Kecemasan Primigravida Trimester Ketiga Dalam Menghadapi Persalinan” responden yang tidak mengalami kecemasan dalam menghadapi persalinan sebanyak 32 responden (57,14%), yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 18 responden (32,14%) dan yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 6 responden (10,72%). Kemudian setelah diberi tindakan hasilnya responden yang sering mengikuti senam hamil (>5 kali) seluruhnya tidak mengalami kecemasan (14,28%), jarang mengikuti senam hamil (1-5 kali) selama kehamilan trimester ketiga, 22 (39,29%) responden tidak mengalami kecemasan, 7 (12,5%) responden mengalami cemas ringan dalam menghadapi persalinan dan 19 responden (33,93%) yang tidak pernah mengikuti senam hamil mengalami cemas ringan dan cemas berat dalam menghadapi persalinan.

Penelitian yang dilakukan (Asmara, et al, 2017) di Magelang pada tahun 2017 yang berjudul “Efektifitas Hipnoterapi dan Terapi Musik Klasik terhadap Kecemasan Ibu Hamil Resiko Tinggi Di Puskesmas Magelang Selatan Tahun

2017” didapatkan hasil ibu pada hari pertama yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 9 responden (45%) dan 11 responden mengalami kecemasan sedang (55%). Kemudian pada hari ke delapan diukur kecemasannya kembali menghasilkan data sebanyak 17 responden mengalami kecemasan ringan (85%) dan 3 responden mengalami kecemasan sedang (15%).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 8 Februari 2018 dengan melakukan wawancara di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang dengan penanggung jawab persalinan, didapatkan data ibu bersalin pada tahun 2017 berjumlah 216 orang. Kemudian jumlah ibu bersalin primipara berjumlah 67 orang dan multipara berjumlah 149 orang, diikuti dengan keluhan kecemasan pasien berkaitan dengan persalinannya sejumlah 194 orang (90%). Data persalinan ibu bersalin primipara yang ada di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang meliputi usia ibu <20 tahun sejumlah 11 orang dan usia ibu >20 tahun sejumlah 56 orang.

Angka kematian ibu (AKI) akibat persalinan di Indonesia masih tinggi yaitu 359/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 26/1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2013). Angka kematian ibu untuk provinsi Jawa Tengah tahun 2012 sebesar 116/100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi sebesar 12/1.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesejahteraan perempuan dan target yang telah ditentukan. Penyebab tingginya angka kematian ibu salah satunya yaitu kecemasan yang ibu alami selama proses bersalin, yang tidak segera diatasi oleh tenaga kesehatan sehingga proses persalinan menjadi lama. Persalinan lama akan berbahaya bagi ibu dan janin apabila faktor kecemasan tersebut tidak segera ditangani (Prapto, et al, 2015).

Kecemasan dalam proses persalinan yang tidak segera diatasi akan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, menyebabkan kelelahan atau bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kondisi tersebut mengakibatkan

otot-otot tubuh menegang, terutama otot-otot yang berada di jalan rahim ikut menjadi kaku dan keras sehingga sulit mengembang. Selain itu, emosi yang tidak stabil dapat membuat rasa sakit meningkat. Selama proses persalinan dibutuhkan ketenangan agar proses persalinan berjalan lancar (Hidayat, 2015).

Upaya untuk mengatasi kecemasan selama persalinan sangat bervariasi baik secara farmaka maupun non farmaka. Upaya yang dapat dilakukan secara farmaka antara lain pemberian obat benzodiazepine, obat ini di gunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Efek samping bagi ibu dari obat tersebut antara lain: pusing, sakit kepala, kepala terasa ringan, berkeringat, takikardi tetapi jarang, mengantuk dan eksitasi. Kemudian efek samping bagi janin seperti hiperbilirubinemia dan beresiko kecacatan (Santrock, 2008).

Upaya untuk mengatasi kecemasan secara non farmaka antara lain: distraksi (dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami), relaksasi, hipnosis (relaksasi mendalam dengan menggunakan pola pernafasan lambat, fokus, tenang dan dalam keadaan sadar sepenuhnya), Terapi Kognitif Behaviour (TKB) dan sebagainya (Pantiawati, 2013). Intervensi TKB adalah bentuk psikoterapi yang menekankan pentingnya peran pikiran dalam mengambil keputusan dan tindakan berdasarkan atas kognisi, asumsi, kepercayaan, dan perilaku dengan tujuan untuk mempengaruhi emosi yang terganggu (Devkota, 2012).

Manfaat intervensi TKB untuk mencegah kekambuhan pada gangguan depresi cemas, dengan menurunkan gejala penyakit melalui modifikasi pikiran dan perilaku negatif (Cho, et al, 2008). Selain itu, membantu pasien untuk dapat merubah sistem keyakinan yang negatif, irasional dan mengalami penyimpangan menjadi positif dan rasional sehingga secara bertahap mempunyai reaksi somatik dan perilaku yang lebih sehat dan normal (Semiun, 2006).

Cara kerja atau prosedur dari TKB dapat dilakukan dengan wawancara, diantaranya: pertanyaan tentang problem utama, formulasi target masalah, pemeriksaan dan identifikasi problem emosional sekunder, mengajari, meyakini dan mempersiapkan keyakinan rasional, mendorong belajar mempraktekan keyakinan baru, mengevaluasi perkembangan pikiran dan perilaku positif, memfasilitasi berlangsungnya proses terapi (Hamid, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Sukandar (2009) terdapat perbedaan yang bermakna ($Z = -4,587$, $p = 0,0000$; ($<0,05$) pada tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan TKB pada ibu hamil. TKB banyak diterapkan untuk orang yang mengalami gangguan kecemasan pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), skizofrenia dan sebagainya. Namun penelitian yang membahas TKB untuk mengatasi kecemasan selama persalinan pada ibu bersalin belum ada, sehingga peneliti tertarik untuk meneliti TKB untuk mengurangi kecemasan selama persalinan berlangsung.

1.2 Rumusan Masalah

Kecemasan selama bersalin akan mengakibatkan proses persalinan menjadi lama dan menimbulkan dampak yang merugikan bagi ibu dan janin seperti ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, kelelahan, otot-otot pada jalan rahim kaku, keras dan emosi yang tidak stabil. Oleh karena itu, kecemasan yang dialami ibu selama proses persalinan perlu ditangani. Salah satu dari tindakan non farmaka yang bisa dilakukan yaitu TKB untuk menurunkan rasa cemas yang dialami ibu selama bersalin.

Berdasarkan hal tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Pengaruh Terapi Kognitif Behaviour Terhadap Kecemasan Ibu Bersalin Di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang pada tahun 2018?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif behavior (TKB) terhadap kecemasan ibu bersalin di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik responden
- b. Mengidentifikasi kecemasan sebelum terapi kognitif behaviour pada kelompok intervensi
- c. Mengidentifikasi kecemasan setelah terapi kognitif behaviour pada kelompok intervensi
- d. Menganalisis perbedaan kecemasan antara sebelum dan sesudah terapi kognitif behaviour pada kelompok intervensi
- e. Mengidentifikasi kecemasan sebelum terapi kognitif behaviour pada kelompok kontrol
- f. Mengidentifikasi kecemasan setelah terapi kognitif behaviour pada kelompok kontrol
- g. Menganalisis perbedaan kecemasan antara sebelum dan sesudah terapi kognitif behaviour pada kelompok kontrol
- h. Menganalisis perbedaan kecemasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman untuk melakukan atau menerapkan Terapi Kognitif Behaviour, sehingga ketika terapi ini diaplikasikan dapat mengurangi kecemasan, tubuh terasa rileks dan selama bersalin ibu merasa nyaman.

1.4.2 Bagi Peneliti

Peneliti dapat menambah ilmu pengetahuan dan informasi kesehatan dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat termotivasi untuk melakukan selanjutnya.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Dapat memberikan informasi kepada masyarakat tentang pengaruh terapi kognitif behaviour untuk mengurangi kecemasan pada ibu bersalin sehingga masyarakat dapat ikut serta berperan aktif dalam upaya pengendalian dan penurunan kecemasan pada ibu bersalin.

1.4.4 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan atau referensi dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam upaya menurunkan kecemasan pada ibu bersalin menggunakan terapi non farmaka, salah satunya adalah terapi kognitif behaviour (TKB).

1.4.5 Bagi Penelitian Selanjutnya

Peneliti dapat menambah ilmu pengetahuan dari hasil penelitian yang telah dilakukan dan dapat memotivasi untuk melakukan penelitian-penelitian lainnya. Selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi penelitian lain dengan masalah kecemasan yang lain.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Untuk menghindari terjadinya perbedaan pemahaman terhadap hasil penelitian yang disebabkan oleh perbedaan sudut pandang, maka perlu ditetapkan lingkup penelitian sebagai berikut:

1.1.1 Lingkup Masalah

Permasalahan pada penelitian ini adalah pengaruh terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan ibu bersalin.

1.1.2 Lingkup Subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah ibu yang mengalami kecemasan saat bersalin.

1.1.3 Lingkup Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang pada bulan April sampai bulan Juni 2018.

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Penelitian yang Berhubungan dengan terapi kognitif behaviour untuk kecemasan Ibu Bersalin

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Penelitian Yang Akan Dilakukan
1.	Sukandar (2009)	Kefektifan Cognitive Behavior Therapy (CBT) Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Ibu hamil Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta	Penelitian ini menggunakan penggabungan penelitian kualitatif dan quasi eksperimental dengan rancangan <i>Randomized Controlled Trial Group, Pre And Post Test Design</i> . sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimental dengan rancangan penelitian menggunakan <i>two group pre test and post tes with control</i>	Berdasarkan hasil penelitian terdapat penurunan yang bermakna tingkat kecemasan subjek penelitian yang mendapatkan perlakuan (skor TMAS awal kelompok perlakuan 20,900 kurang lebih 3,796; skor TMAS akhir 15,450 kurang lebih 1,849; $t=9,581$; $p=0,000$), yang mana kelompok perlakuan menunjukkan skor TMAS lebih besar secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol.	Alat ukur dalam penelitian tersebut menggunakan lembar kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) sedangkan dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner <i>Pregnancy Stress Rating Scale</i> (PSRS) Desain penelitian tersebut menggunakan <i>penggabungan penelitian kualitatif dan quasi eksperimen dengan rancangan randomizeddd controlled trial group, pre and post test design</i> sedangkan dalam penelitian ini menggunakan <i>two group pre test and post test with control</i> . Subjek dalam penelitian ini yaitu pada ibu hamil sedangkan dalam penelitian ini pada ibu bersalin.
2.	Asrori (2015)	Terapi Kognitif Behaviour Untuk Mengatasi Gangguan Kecemasan Sosial	Jenis penelitian menggunakan studi kasus	Hasil penelitian ini adalah: Terapi Kognitif Behaviour berhasil menurunkan tingkat kecemasan kedua subjek dengan mengubah pemikiran negatif menjadi alternatif pemikiran yang lebih positif dan rasional, sehingga membuat subjek merasa lebih nyaman dan tidak cemas, akibatnya tidak lagi melakukan perilaku negatif. Subjek menjadi lebih berani dan percaya diri ketika menghadapi berbagai situasi sosial yang selama ini mereka cemas	Variabel terikat dalam penelitian sebelumnya adalah gangguan kecemasan sosial sedangkan dalam penelitian ini adalah kecemasan. Subjek dalam penelitian sebelumnya adalah mahasiswa yang mengalami kecemasan sosial sedangkan dalam penelitian ini adalah ibu bersalin.

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Penelitian Yang Akan Dilakukan
3.	Purnama (2015)	Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Hamil	Jenis penelitian ini adalah <i>one shot case study pre-test post-test pre-experimental design</i> . populasi dalam penelitian ini adalah 3 orang ibu yakni untuk melihat bahwa treatment guided imagery dapat menurunkan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil. Sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimental dengan rancangan penelitian menggunakan <i>one group pre test and post test with control</i>	Hasil penelitian ini adalah: guided imagery dapat menurunkan tingkat kecemasan menjelang persalinan pada ibu hamil. Guided imagery dapat menurunkan tingkat kecemasan partisipan RA sebanyak 61.90%, yakni dari kategori sedang menjadi kategori rendah. Pada partisipan NB kecemasaannya turun sebanyak 46,87%, yakni kategori sedang menjadi kategori rendah juga. Sedangkan pada partisipan NA guided imagery dapat menurunkan tingkat kecemasaannya hingga 40.74% dan berada pada kategori sedang, meskipun demikian NA mengalami penurunan skor kecemasan yang cukup banyak.	Variabel bebas dalam penelitian sebelumnya adalah penggunaan terapi guided Imagery sedangkan dalam penelitian ini menggunakan terapi kognitif behaviour. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian sebelumnya adalah metode purposive sampling, sedangkan dalam penelitian ini menggunakan teknik proporsional random sampling Alat ukur dalam penelitian tersebut menggunakan lembar kuesioner <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i> sedangkan dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner <i>Pregnancy Stress Rating Scale (PSRS)</i> Desain penelitian tersebut adalah one shot case study pretest and posttest eksperimentnal design dengan rancangan <i>one group pretest and posttest with control</i> sedangkan dalam penelitian ini dengan quasi eksperimental dengan rancangan <i>two group pretest and posttest with control</i>

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Penelitian Yang Akan Dilakukan
4.	Niken (2018)	Pengaruh Pemberian Acceptance Commitment Therapy (ACT) Dan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Terhadap Penurunan Depresi Pada Ibu Postpartum	Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen <i>pre and posttest one group design</i> dengan intervensi Acceptance Commitment Therapy (ACT) Dan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) sedangkan dalam penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen dengan rancangan penelitian menggunakan <i>one group pre test and posttest with control</i>	Hasil penelitian ini adalah: ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah pemberian ACT dan CBT. Kemudian setelah dilakukan uji normalitas bernilai 0,424 .	Varibel bebas dalam penelitian sebelumnya adalah Acceptance Commitment Theraphy (ACT) Dan Cognitive Behaviour Theraphy (CBT) sedangkan dalam penelitian ini menggunakan Terapi Kognitif Behavior Variabel terikat dalam penelitian sebelumnya ibu postpartum sedangkan dalam penelitian ini ibu bersalin Metode penelitian sebelumnya menggunakan quasi eksperimen <i>pre and posttest one group design</i> sedangkan dalam penelitian ini menggunakan quasi eksperimen <i>one group pretest and posttest with control</i> Instrumen yang digunakan dalam penelitian sebelumnya adalah dengan kuesioner EPDS sedangkan dalam penelitian ini menggunakna kuesioner PSRS (pregnancy stress rating scale)

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan Penelitian Yang Akan Dilakukan
5.	Girsang (2013)	Pengobatan Perilaku Kognitif untuk Depresi Postpartum	Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan <i>non equivalent control group</i> sedangkan dalam penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen dengan rancangan penelitian menggunakan <i>one group pre test and posttest with control</i>	Hasil penelitian ini adalah: ada perbedaan pada ibu postpartum yang dilakukan intervensi dan yang tidak. Dalam hal ini memerlukan penerapan penyuluhan kesehatan khususnya melalui terapi kognitif behaviour dengan memberikan informasi tentang pencegahan dengan prsi postpartum pada saat pemeriksaan kehamilan trimester I, II, III dan setelah 3 hari melahirkan untuk mencegah dan mengatasi depresi postpartum	Variabel terikat dalam penelitian sebelumnya ibu postpartum sedangkan dalam penelitian ini ibu bersalin Metode penelitian sebelumnya menggunakan quasi eksperimen dengan <i>non equivalent control group</i> sedangkan dalam penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen dengan rancangan penelitian menggunakan <i>one group pre test and posttest with control</i> . Pengambilan sampel dalam penelitian sebelumnya dengan purposive sampling sedangkan dalam penelitian ini dengan proporsional random sampling

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Aprillia, 2010).

Persalinan adalah suatu proses pergerakan keluar jalan lahir, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Bobak, 2004). Berbagai perubahan terjadi pada sistem reproduksi wanita dalam hitungan hari dan minggu sebelum persalinan dimulai. Persalinan dapat dibahas dalam bentuk mekanisme yang terjadi selama proses dan tahapan yang dilalui wanita.

2.1.2 Jenis Persalinan

Jenis-jenis persalinan menurut Oktarina (2016) antara lain sebagai berikut:

a. Persalinan spontan

Persalinan ini berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Persalinan ini berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcepsi dilakukan operasi sectio caesarea.

c. Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin.

2.1.3 Teori-Teori Penyebab Persalinan

Sebab terjadinya persalinan belum diketahui dengan jelas karena masih merupakan teori yang kompleks. Ada beberapa faktor yang bekerjasama sehingga terjadi persalinan, faktor tersebut adalah humoral, pengaruh prostaglandin, struktur dan sirkulasi uterus, pengaruh syaraf, nutrisi.

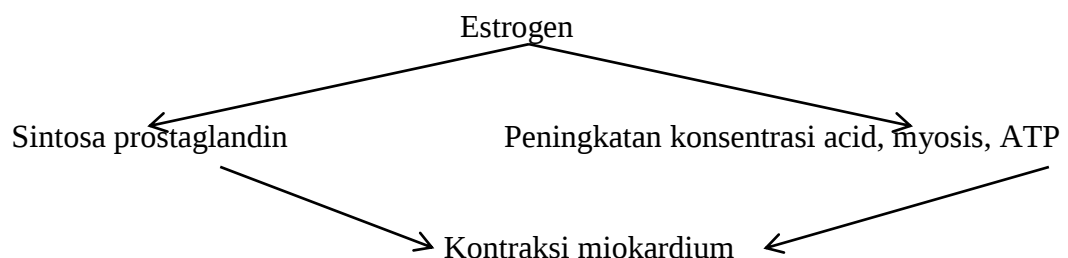
Menurut Oktarina (2016) Beberapa teori yang memungkinkan terjadinya persalinan adalah sebagai berikut:

a. Teori penurunan kadar hormon progesteron

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori rangsangan estrogen

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).



**Gambar 2.1.3 Teori rangsangan estrogen
(Oktariana, 2016)**

c. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi bravtron hiks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis part posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, semakin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri.

d. Teori peregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia, otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uterus plasenter.

e. Teori fetal membran

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterifikasi yang menghasilkan arachoid acid, arachoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi miometrium.

f. Teori plasenta sudah tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormon.

g. Teori tekanan cerviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internus yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Tando (2013) adalah sebagai berikut:

1. Passage (Jalan lahir) dibagi atas

1) Ukuran panggul

Bagian keras dibentuk oleh 4 buah tulang, yaitu:

- a. Dua buah tulang Os coxae (tulang pangkal paha) terdiri dari:
 - a) Os - ilium
 - b) Os - ischium
 - c) Os pubis
- b. Satu buah tulang Os sacrum (tulang kelangkang)
- c. Satu buah tulang Os coccygis (tulang ekor)

Tulang panggul dipisahkan oleh PAP menjadi 2, yaitu:

- a. Pelvis mayor (panggul palsu)

Panggul palsu adalah bagian di atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.

b. Pelvis minor (panggul sejati)

Bentuk pelvis ini menyerupai suatu saluran sumbu melengkung ke depan. Bagian ini mempunyai peranan penting karena tergantung dapat atau tidaknya bayi melewatinya. Pelvis minor terdiri dari: PAP (pintu atas panggul), ruang tengah panggul dan pintu bawah panggul.

Bidang-bidang hodge:

a. Bidang hodge I

Bidang yang setinggi PAP yang dibentuk oleh promotorium, artikulasiosacro-iliaca, sayap sacrum, linea inominate, ramus superior os pubis, dan tepi atas simfisis pubis.

b. Bidang hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis berhimpit dengan PAP (hodge I)

c. Bidang hodge III

Bidang setinggi spina ischidikan berhimpit dengan PAP (hodge I)

d. Bidang hodge IV

Bidang setinggi ujung os coccygis berhimpit dengan PAP (hodge I).

Ukuran-ukuran panggul:

a. Panggul luar

- a) Distansia spinarium yaitu diameter antara dua spina iliaka interior superior kanan dan kiri, normalnya 24-26 cm
- b) Distansia kristarium yaitu diameter antara kedua krista iliaka kanan dan kiri, normalnya 28-30 cm
- c) Distansia boudeloque/konjugata eksterna yaitu antara lumbal ke 5 dengan tepi atas simfisis pubis, normalnya 18-20 cm. Ketiga ukuran panggul ini diukur menggunakan jangka panggul
- d) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas simfisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaka anterior superior

kemudian ke lumbal ke 5 kemabli ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simfisis pubis, diukur dengan metlin, normalnya 80-90 cm

b. Panggul dalam

PAP (konjugata vera, konjugata trasvera, konjugata obliqa, dan konjugata obstetrika) ruang tengah panggul (bidang terluas, bidang tersempit dan jarak antara spina ischiadika), pintu bawah panggul (ukuran antero posterior, diameter transversa, dan diameter sagitalis posterior).

2) Bagian lunak panggul otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligamen-ligamen

Bagian lunak yang berperan dalam persalinan adalah segmen bawah rahim, serviks uteri dan vagina. Disamping itu, otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital yang akan berperan pada saat persalinan.

2. Power (Kekuatan)

Power atau kekuatan merupakan tenaga ibu yang digunakan untuk dapat membuka serviks dan mendorong janin ke bawah. Dalam proses persalinan yang terdiri dari his dan kontraksi uterus dan untuk meneran. Power merupakan kekuatan utama ibu yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim (Astuti Eka Rati, 2010).

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan saat his adalah sebagai beriku:

1) Frekuensi his

Jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau persepuluh menit

2) Intensitas his

Kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktivitas uterus terus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masa dini.

3) Durasi atau lama his

Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 menit.

4) Datangnya his

Apakah datangnya sering, teratur atau tidak.

5) Interval his

Jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 5-7 menit.

Perubahan-perubahan akibat his sebagai berikut:

1) Pada uterus dan serviks

Uterus terasa keras atau padat karena kontraksi. Intrauterus naik serta menyebabkan serviks menjadi datar dan terbuka.

2) Pada ibu

Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

3) Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin, denyut nadi janin melambat dan kurang jelas di dengar karena adanya iskemia fisiologis.

Karakteristik dan sifat his sebagai berikut:

1) His pendahuluan

Tidak teratur dan tidak kuat menyebabkan timbulnya “show” atau lendir darah.

2) His kala I

Pembukaan menjadi lengkap, his mulai teratur dan lebih kuat dan ibu merasa sakit.

3) His kala II

His sangat kuat, lebih teratur dan lebih lama sehingga sangat berguna untuk mempercepat keluarnya janin.

4) His kala III

Kontraksi menurun, tidak seberapa ibu merasa sakit karena berguna untuk mengeluarkan plasenta.

5) His kala IV

Kontraksi berangsur-angsur melemah.

Kelainan kontraksi otot rahim

1) Inertia uteri

Adalah his yang sifatnya lemah, pendek dan jarang dari his yang normal.

2) Tetania uteri

His yang terlalu kuat dan terlalu sering, sehingga tidak terdapat kesempatan reaksi otot rahim.

3) Inkoordinasi otot rahim

Keadaan koordinasi otot rahim dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan atau pengeluaran janin dari dalam rahim.

3. Passanger (Janin)

4. Penolong dan psikologi ibu

1) Penolong

Peran dan penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

2) Psikologis

Banyaknya wanita normal bisa merasakan keghairahan dan kegembiraan disaat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itu benar-bener terjadi realitas “kewanitaan sejati”.

Psikologis meliputi:

- a. Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- b. Pengalaman bayi sebelumnya
- c. Kebiasaan dari adat-istiadat dari masyarakat tertentu
- d. Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu. Psikologis sangat menentukan apakah suatu persalinan secara fisik dapat diprediksi akan berjalan lancar atau tidak, meskipun yang paling berperan utama adalah

power, passage, dan passanger. Tetapi bukan berarti bahwa psikologis ibu hamil dan faktor penolong tidak ikut menentukan.

2.1.5 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Oktarina (2016) tanda-tanda persalinan sebagai berikut:

1. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya serta janin dimana kepala kearah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan: ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang, sesak dibagian bawah, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing.

2. Terjadi his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain: rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, durasinya pendek. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu):

- a. Terjadinya his persalinan
- b. Keluarnya gender bercampur darah pervaginam (show)
- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semua panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

Tanda-tanda persalinan setiap tahapan kala:

a. Kala I

Pada kala pembukaan, his belum terlalu kuat, hanya datang setiap 10-15 menit, dan tidak seberapa kuat atau menimbulkan kesakitan sehingga tidak begitu mengganggu ibu, di mana ibu masih bisa berjalan. Tetapi dalam

beberapa waktu his semakin bertambah kuat, yaitu intervalnya menjadi semakin pendek dimana kontraksi semakin lebih kuat dan lebih lama. Lama kala I pada primipara 12 jam, sedangkan untuk pultipara 8 jam.

b. Kala II

Proses dimulainya persalinan kala II meliputi:

- a) His menjadi semakin kuat dengan kontraksi berlangsung selama 50-100 detik dengan interval 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah ditandai dengan keluarnya cairan berwarna kekuningan secara tiba-tiba dan banyak.
- c) Terdapat tanda kepala janin sudah sampai didasar panggul yaitu dengan terlihatnya perineum menonjol, vulva membuka dan anus terbuka.

c. Kala III

Proses dimulainya persalinan kala III meliputi:

- a) Uterus menjadi besar
- b) Tiba-tiba darah keluar
- c) Tali pusat memanjang

kala III diakhiri dengan kala IV persalinan yaitu sampai 2 jam setelah bayi lahir.

2.1.6 Tahapan Persalinan

Menurut Oktarina (2016) persalinan dibagi menjadi empat tahap. Pada kala 1 disebut kala pembukaan, kala 2 disebut tahap pengeluaran, tahap 3 disebut kala uri, kala 4 adalah 2 jam setelah plasenta keluar.

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I disebut kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat aktivitas. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase yaitu:

a. Fase laten

- a) Dimulai sejak awal kontraksi menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- b) Berlangsung hingga serviks membuka sampai 3 cm atau kurang dari 4 cm
- c) Fase ini berlangsung lebih kurang 8 jam
- d) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya diantara 20-30 detik.

b. Fase aktif

Fase aktif dibagi dalam 3 fase antara lain sebagai berikut:

a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

c) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida terjadi demikian juga tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih banyak. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis baru primigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendafrana serviks terjadi dalam saat yang sama. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.

1) Perubahan fisiologis pada ibu bersalin kala 1

a. Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata

sebesar 5-10 mmHg. Posisi tidur terlentang selama proses persalinan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar atau aorta yang menyebabkan sirkulasi darah naik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipertensi dan pada bayi akan terjadi asfiksia. Oleh karena itu, posisi tidur ibu selama persalinan yang terbaik adalah posisi tidur miring kiri.

b. Perubahan metabolisme

Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, curah jantung dan kehilangan cairan.

a) Suhu badan

Apabila peningkatan suhu lebih dari 0,5 sampai 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Dengan gejala peningkatan suhu pada persalinan lama dan ketuban pecah dini dapat mengidentifikasi terjadinya dehidrasi dan infeksi.

b) Denyut nadi

Denyut nadi ibu bersalin mengalami perubahan yang sangat mencolok pada saat mengalami kontraksi. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan.

c) Pernafasan

Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menimbulkan alkalosis. Gunakan teknik pernafasan untuk menghindari hiperventilasi panjang dengan ditandai dengan rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing.

d) Curah jantung

Selama persalinan sering terjadi poliuri, hal ini disebabkan adanya peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ke ginjal. Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal wajar, namun proteinuria (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering terjadi pada ibu primipara dengan anemia, persalinan lama, kasus preeklamsia.

Oleh karena itu kandung kemih harus selalu dievaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi, serta dikosongkan untuk mencegah terjadinya obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama.

e) Kehilangan cairan

Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya dapat mengonsumsi cairan saja, untuk itu keluarga dapat selalu menawarkan minum selama proses persalinan untuk memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

c. Perubahan pada ginjal

Kemampuan gerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Dengan gejala lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan. Oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan atau minum terlalu banyak.

d. Perubahan pada saluran cerna

Kemampuan gerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi.

e. Perubahan hematologi

Hemoglobin akan meningkat rata-rata 1.2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali pada hari pertama pasca partum. Jumlah sel darah putih secara progresif akan meningkat selama kala I persalinan sebesar kurang lebih 5000-15000 WBC pada saat pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi. Setelah turun lagi kembali ke keadaan semula.

2) Perubahan psikologis pada ibu bersalin kala 1

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c. Perasaan takut akan proses persalinan yang tidak normal
- d. Menganggap persalinan sebagai cobaan
- e. Perasaan tidak percaya pada penolongnya
- f. Perasaan takut akan kondisi bayinya
- g. Perasaan tidak sanggup merawat bayinya
- h. Ibu merasa cemas.

3) Manajemen persalinan kala 1

- a. Mengidentifikasi masalah

Dalam mengidentifikasi masalah dilakukan pengajian terhadap riwayat kesehatan, melakukan pemeriksaan fisik dan melakukan pemeriksaan janin.

- b. Dukungan persalinan

Kebutuhan ibu selama persalinan adalah sebagai berikut:

- a) Perawatan tubuh atau fisik
- b) Adanya individu yang senantiasa hadir
- c) Menerima sikap dan perilaku
- d) Informasi dan pemastian hasil akhir yang mana bagi dirinya dan bayinya.

- c. Pengurangan rasa sakit

Cara yang bisa dilakukan ibu pada masa persalinan untuk mengurangi rasa sakit:

- a) Pengaturan posisi: bila dengan terlentang, posisi tidur miring, posisi duduk, posisi jongkok, dll.
- b) Latihan relaksasi
- c) Latihan nafas
- d) Mandi berendam
- e) Usapan/pijatan/kompres

f) Obat-obatan: jenis obat apiat diantaranya petidin, damorfin dan meptazinol.

d. Persiapan persalinan

Pada ibu hamil perlu diberikan penyuluhan mengenai persiapan mengenai persiapan menghadapi persalinan, karena persiapan yang matang akan semakin mempermudah ibu beradaptasi dengan perubahan fisiknya dan mengurangi rasa cemas akan proses kelahiran bayinya. Seorang ibu mempunyai hak untuk mengetahui setiap tindakan yang dilakukan pada dirinya dan bayinya, oleh sebab itu harus melibatkan ibu untuk setiap langkah perencanaan dan setiap keputusan atas tindakan yang akan dipilih.

4) Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis ibu dan keluarga

a. Kebutuhan fisik

a) Nutrisi

Energi sangat dibutuhkan bagi ibu saat proses persalinan. makanan yang menghasilkan energi adalah makanan yang mengandung karbohidrat. Makanan rendah lemak seperti roti, sereal, jus buah, teh, biskuit mudah dicerna dan sangat dianjurkan untuk dikonsumsi ibu bersalin.

b) Mobilisasi dan posisi

Ibu dianjurkan memilih posisi yang paling nyaman menurut ibu. Anjurkan ibu berjalan-jalan pada saat ibu dalam tahap persalinan kala 1 fase laten.

c) Kontak fisik

Kontak fisik sangat dibutuhkan oleh ibu pada masa persalinan. dapat menganjurkan pendamping persalinan untuk melakukan pijatan pada daerah yang membuat ibu tidak nyaman pada saat kontraksi, membantu ibu mengganti posisi, melakukan usapan pada perut bagian bawah, melakukan pijatan pada kaki dan tangan ibu, mengusap kening atau keringat ibu.

d) Perawatan kantung kemih

Kantung kemih yang penuh akan menghambat turunnya bagian terendah janin dan kontraksi uterus, ibu bersalin diusahakan berkemih sendiri dikamar mandi di mana ibu masih mampu berjalan atau dengan menggunakan pispot.

b. Kebutuhan psikologis

Dalam proses persalinan terutama kala 1, ibu bersalin mengalami ketidaknyamanan akibat adanya his, sehingga seorang ibu bersalin membutuhkan tenaga kesehatan persalinan yang tahu benar apa yang ibu butuhkan.

5) Tanda bahaya persalinan kala I

Dalam menentukan terdapat kondisi yang abnormal pada proses persalinan, harus diketahui tanda-tanda bahaya kala 1 persalinan yang terdiri dari:

- a. Tekanan darah $>140/90$ mmHg, lakukan rujukan segera selama dalam perjalanan ke tempat rujukan, baringkan ibu dalam posisi miring ke arah kiri sambil diinfus dengan larutan D5%.
- b. Suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ sebelum melakukan rujukan berikan ibu banyak minum dan beri antibiotik.
- c. DJJ >100 atau $>160\text{x/menit}$, segera posisikan ibu tidur miring kiri, berikan oksigen, lakukan dehidrasi sampai DJJ kembali normal, bila DJJ tetap abnormal segera lakukan rujukan.
- d. Kontraksi 2x dalam 10 menit dan berlangsung <40 detik, lakukan perubahan posisi tidur, kosongkan kantung kemih, lakukan stimulasi puting susu, berikan asupan nutrisi, dan apabila melewati tidak ada kemajuan lakukan rujukan.
- e. Pembukaan serviks yang melewati garis waspada, segera rujuk dan beri hidrasi selama perjalanan menuju tempat rujukan.
- f. Cairan ketuban yang bercampur dengan mikonium/darah/berbau/kering.
- g. Volume urin yang sedikit dan sedikit kental, berikan ibu banyak minum.

- h. Terdapat penyusupan tulang-tulang kepala janin yang sudah tumpang tindih.
- i. Bagian terendah janin yang tidak ada penurunan sedangkan pembukaan sudah lengkap.

2. Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II disebut kala pengeluaran. Gejala utama dari kala II adalah sebagai berikut:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik
- b. Menjelang akhir 1 ketuban pecah ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipo,oglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi di tolong dengan jalan:
 - a. Kepala dipegang pada osocciput dan di bawah dagu, ditarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang
 - b. Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
 - c. Bayi lahir diikuti oleh air ketuban.
- g. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam

1) Perubahan fisiologi kala II

- a. Kontraksi dorongan otot-otot dinding rahim

Kontraksi uterus pada kala II mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi ini menimbulkan rasa nyeri, rasa sakit dari fundus merata keseluruh uterus

sampai berlanjut ke punggung bawah. Pada awal persalinan, kontraksi uterus terjadi selama 15-20 detik dan pada saat memasuki fase aktif kontraksi akan meningkat menjadi 45-90 detik.

b. Uterus

Terjadi perubahan pada bagian uterus:

- a) Bagian atas rahim apabila berkontraksi akan terasa keras
- b) Pemendekan segmen bagian bawah uterus
- c) Pada keadaan kontraksi uterus inkordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl
- d) Bentuk uterus menjadi oval dan bertambah panjang 5-10 cm karena adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap.

c. Perubahan ligamentum rotundum

Pada saat kontraksi uterus ligamentum rotundum yang mengandung otot-otot polos ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek.

d. Effacement dan dilatasi serviks

Effacement merupakan pemendekan atau pendataran ukuran dari panjang kanalis servikalis. Ukuran yang normal adalah 2-3 cm, ketika terjadi effacement ukuran panjang kanalis servikalis menjadi semakin pendek dan akhirnya semakin hilang. Dilatasi adalah pembesaran ukuran ostium uteri interna yang kemudian disusul dengan pembesaran yang berbeda antara primigravida dan multigravida karena pada multigravida ostium uteri interna sudah sedikit membuka.

2) Posisi meneran

a. Duduk atau setengah duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dengan membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

b. Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

c. Jongkok atau berdiri

Posisi ini memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul, dan memperkuat dorongan meneran, namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi jalan lahir.

d. Berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena kava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplai oksigen tidak terganggu dan dapat mencegah terjadinya laserasi atau robekan jalan lahir.

e. Hindari posisi terlentang

Posisi terlentang dapat menyebabkan hipotensi, rasa nyeri yang bertambah, partus lama, gangguan untuk bernafas, gangguan buang air kecil, gangguan mobilisasi, risiko laserasi jalan lahir, dan dapat mengakibatkan kerusakan saraf kaki dan punggung.

3) Mekanisme persalinan normal

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul. Adapun gerakan-gerakan janin dalam persalinan sebagai berikut:

a. Engagement

Merupakan peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan fleksi, engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan.

b. Penurunan

Dimulai sebelum proses persalinan/ inpartu, penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung antara lain:

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong
- c) Kontraksi otot-otot abdomen
- d) Ekstensi dan penurunan badan janin atau tulang belakang

c. Fleksi

Dengan adanya fleksi maka diameter oksipito-frontalis berubah menjadi sub oksipito-bregmatika, dan posisi dagu bergeser ke arah dada janin.

d. Rotasi dalam

Rotasi dalam atau putaran paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai ke bawah simfisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bidang tengah dan pintu atas panggul. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati bidang hodge III atau setelah didasar panggul

e. Ekstensi

Gerakan ini merupakan gerakan di mana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simfisis pubis. Penyebabnya karena sumbu jalan lahir ke atas, sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya

f. Rotasi luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber.

g. Ekspulsi

Merupakan pengeluaran janin dengan memegang bipateral bayi dengan kedua tangan, maka dapat dilahirkan dan dengan kedua tangan, maka bagi dua tempat.

4) Pemantauan kala II

- a. Pemeriksaan nadi ibu setiap 30 menit

- b. Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit
- c. Warna cairan ketuban
- d. DJJ setiap selesai neneran atau setiap 5-10 menit
- e. Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam setiap 60 menit

5) Kebutuhan ibu selama kala II

- a. Kehadiran pendamping secara terus menerus
- b. Mengurangi rasa sakit dengan menggunakan pendekatan asuhan kasih sayang ibu
- c. Mengatur posisi dan relaksasi serta latihan nafas
- d. Informasi tentang dirinya dan janinnya
- e. Menganjurkan ibunya untuk membayangkan proses persalinan yang mudah dan lancar
- f. Pemutaran musik yang dapat memberikan rasa nyaman dan tenang dalam menjalani proses persalinan.

6) Deteksi komplikasi dan penyulit kala II

- a. Keadaan normal dan abnormal pada partograf kala II

a) Perineum

Pada kala II perineum yang teregang dan kulit perineum menipis, terlihat jaringan parut pada vagina, perineum kaku dan pendek, adanya ruptur yang membakak pada perineum, perlu dilakukan tindakan episiotomi.

b) Syok

Bila ditemukan nadi cepat, lemah, tekanan darah rendah, pucat, keringat dingin, nafas cepat, cemas dll.

c) Dehidrasi

Bila ditemukan nadi 100x/menit atau lebih, urin pekat dari produksinya sedikit, maka perlu diberikan cairan baik secara oral maupun melalui infus.

d) Gawat janin

Bila DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 160 x/menit, lemah tidak teratur maka persalinan kala II perlu segera diakhiri dengan episiotomi dan tanda-tandanya bisa difacum ekstrasi, forcep, sc.

e) His

Bila his menjadi lemah dalam 10 menit tidak terjadi 3x perlu dipertimbangkan untuk menanganinya.

b. Distonia bahu, presentasi muka, dan presentasi bokong

a) Distonia bahu

Distonia bahu adalah kesulitan persalinan saat melahirkan bahu pada presentasi kepala, karena bahu anterior terjepit diatas simfisis pubis, sehingga bahu tidak dapat melewati panggul kecil atau bidang sempit panggul.

b) Presentasi muka

Presentasi muka adalah hiperekstensi, sehingga ubun-ubun kecil menempel pada punggung dan penunjuknya adalah dagu, dimana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan yang menjadi bagian terendah adalah muka menghadap ke bawah

c) Presentasi bokong

Presentasi bokong merupakan suatu keadaan dimana janin dalam posisi membujur/memanjang, kepala berada pada fundus sedangkan bagian terendah adalah bokong.

c. Gemelli

Gemelli atau kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih.

3. Kala III (kala uri terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan)

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 mneit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasentanya ada lapisan nitabush, karena

sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- a. Uterus menjadi bundar
- b. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat bertambah panjang
- d. Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara parede pada fundus uteri, biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir.

1) Fisiologi kala III

a. Mekanisme pelepasan plasenta

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta, rata-rata lama kala III berkisar 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Penyebab terpisahnya plasenta dari dinding uterus adalah kontraksi uterus setelah kala II selesai. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban, yang terkelupas dan dikeluarkan. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta. Selaput ketuban dikeluarkan dengan penonjolan bagian ibu atau bagian janin.

Pada kala III, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Hal ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Tempat perlekatan ini menjadi semakin kecil dan ukuran plasenta tidak berubah. Maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Mekanisme pelepasan plasenta:

a) Mekanisme schultze

Dimulai dari bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta, hal ini akan mengakibatkan terjadi perdarahan sebelum plasenta lahir.

b) Mekanisme duncan

Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. hal ini akan mengakibatkan terjadi perdarahan

sebelum plasenta lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu: perubahan bentuk uterus menjadi globuler atau berbetuk seperti buah alpukat dan semburan darah tiba-tiba.

c) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.

b. Pengawasan perdarahan

Perdarahan yang terjadi setelah kala III persalinan berhubungan dengan plasenta dan kontraksi uterus. Hal ini terjadi akibat pelepasan plasenta sebagian, penyebabnya adalah karena kesalahan penatalaksanaan kala III, biasanya mencakup masase uterus sebelum plasenta lahir yang dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan kala III. Perdarahan akibat tidak adanya kontraksi uterus dapat mengakibatkan ibu bersalin kehilangan darah sekitar 350-500 ml.

2) Manajemen aktif kala III

a. Tujuan manajemen aktif kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Penatalaksanaan manajemen aktif kala III dapat mencegah terjadinya kasus perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta.

Manajemen aktif kala III terdiri dari:

- a) Pemberian suntikan oksitosin
- b) Penegangan tali pusat terkendali
- c) Masase fundus uteri

3) Pemantauan kala III

a. Perdarahan

Jumlah darah diukur apakah ada bekuan darah atau tidak. Apabila jumlah darah lebih dari 500 cc segera lakukan penatalaksanaan sesuai dengan faktor penyebabnya.

b. Kontraksi uterus

Kontraksi harus terus dipantau sampai kala IV persalinan. Apabila uterus kontraksinya jelek atau bahkan tidak berkontraksi kemungkinan terjadi atonia uteri sebagai salah satu penyebab perdarahan setelah persalinan.

c. Robekan jalan lahir

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi dan vagina. Perluasan laserasi jalan lahir dan perineum untuk mengetahui jenis penatalaksanaan yang akan dilakukan.

d. Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan
- b) Nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum persalinan
- c) Suhu badan meningkat secara perlahan
- d) Pernafasan kembali normal
- e) Aktivitas gastrointestinal

4) Kebutuhan ibu kala III

a. Ketertarikan ibu pada bayinya

Setelah kelahiran bayinya ibu dan keluarga ingin tahu mengenai keadaan bayinya.

b. Keadaan ibu

Setelah ibu bersalin mengetahui keadaan bayinya, perhatian ibu akan beralih pada dirinya apakah plasenta sudah lahir, apakah terjadi sesuatu pada tubuhnya.

5) Deteksi komplikasi kala III

Macam-macam komplikasi pada kala III antara lain sebagai berikut:

- a. Retensio plasenta
Adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir.
- b. Plasenta terlepas sebagian
Salah satu penyebab perdarahan kala III terjadi akibat pelepasan plasenta sebagian. Tindakan masase uterus sebelum plasenta lahir merupakan penyebab utama terjadinya pelepasan plasenta sebagian.
- c. Sisa plasenta
Apabila setelah plasenta lahir masih terdapat perdarahan secara terus menerus, kontraksi uterus ada, tetapi TFU tidak turun segera periksa kelengkapan plasenta. Apabila ditemukan plasenta yang tidak lengkap lakukan eksplorasi sisa plasenta dari kavum uteri. Biasanya potongan-potongan plasenta yang tertinggal menimbulkan perdarahan post partum.
- d. Inversio uteri
Adalah suatu keadaan dimana sebagian atas uterus memasuki kavum uteri sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri, bahkan ke dalam vagina atau keluar vagina dengan dinding endometrium sebelah luar.

4. Kala IV (kala dimulainya plasenta lahir selama 1 jam)

Kala IV adalah 1-2 jam setelah pengeluaran uri. dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah: pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan.

a. Tindakan pada kala IV

- a) Fisiologi kala IV
Kejadian dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan terjadi selama 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Perdarahan sangat penting mendapat perhatian untuk menjaga ketat secara ketat segera

setelah persalinan. jika tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama 2 jam pertama pasca persalinan mungkin ibu tidak akan mengalami perdarahan pasca persalinan.

b) Evaluasi uterus

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan.

c) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap, dan adanya kontraksi uterus.

b. Pemantauan kala IV

Pemantauan ini dilakukan untuk mencegah adanya kematian ibu akibat perdarahan. Kematian ibu pasca persalinan biasanya terjadi dalam 6 jam post partum. Hal ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia post partum. Selama kala IV, pemantauan dilakukan 15 menit pertama setelah plasenta lahir dan 30 menit kedua setelah persalinan.

Selama 2 jam pertama pasca persalinan :

- a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan yang terjadi setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan 30 menit dalam 1 jam kedua kala IV.
- b) Pemijatan uterus untuk memastikan menjadi keras selama 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua kala IV.
- c) Pantau temperatur tubuh ibu satu kali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
- d) Nilai perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dan satu jam pertama dan 30 menit dalam 1 jam kedua kala IV.
- e) Jika kandung kemih ibu penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya setiap kali diperlukan.

- f) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga cara pemijatan uterus (rangsangan taktil) jika uterus menjadi lembek .
- g) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi.

Tanda bahaya kala IV

- a) Demam dan pusing
- b) Perdarahan aktif
- c) Bekuan darah banyak
- d) Bau busuk dari vagina
- e) Lemas luar biasa
- f) Kesulitan dalam menyusui
- g) Nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa.

2.2 Kecemasan

2.2.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah suatu kondisi tidak menyenangkan yang dialami individu ditandai dengan adanya perasaan khawatir, tidak enak dan merasa sesuatu yang buruk akan terjadi dan tidak dapat dihindari, kecemasan juga digambarkan sebagai ketakutan, keadaan yang dirasa tidak menentu, hidup yang dirasa penuh tekanan dan ketidakpastian (Muarifah, 2005).

Kecemasan merupakan hal yang lazim dialami seseorang dan berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan adalah perasaan was-was, khawatir, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman (Ramaiah, 2013). Kecemasan dapat diartikan suatu keadaan perasaan keprihatinan, rasa gelisah, ketidaktentuan atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal (zahrani, 2009).

Kecemasan segera mengarahkan seseorang untuk mengambil langkah yang diperlukan untuk mencegah ancaman atau meringankan akibatnya. Kecemasan adalah emosi dasar manusia disamping gembira, sedih, marah yang biasanya

diikuti dengan perubahan-perubahan somatik, fisiologis, otonomik, biokimia, dan perilaku spesifik. Apabila kecemasan semakin bertambah intensitasnya sehingga individu tidak mampu mengendalikan atau mengontrol situasi dan lingkungannya, timbul sindroma klinik yang mengganggu kesehatan, kegiatan sehari-hari dari kesejahteraan hidup (Zahrani, 2009). Kecemasan adalah respon dari suatu ancaman yang tidak diketahui sumbernya dengan jelas sebagai respon emosi yang tidak menyenangkan, yang ditandai dengan kekhawatiran, keprihatinan, dan rasa takut yang dialami dalam tingkat yang berbeda (Sulistyawati, 2010 dalam Santi dan Pantiawati, 2013).

Menurut Stuart dan Sundden (2007) teori yang dikembangkan untuk menjelaskan kecemasan, antara lain:

a. Teori Psikoanalisis

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua kepribadian id dan superego id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari kedua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b. Teori Interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.

c. Teori Perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan-tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain mengungkapkan kecemasan sebagai dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan.

d. Teori Keluarga

Teori keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.

e. Teori Biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai prediposisi kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk ikut mengatasi stressor.

2.2.2 Penyebab Kecemasan

Peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya kecemasan setelah terbentuk pola dasar yang menunjukkan reaksi cemas pada seseorang. Ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Handayani (2015), yaitu:

a. Faktor Eksternal

1) Ancaman Integritas Diri

Meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang dilakukan)

2) Ancaman Sistem Diri

Antara lain ancaman terhadap intensitas diri, harga diri, hubungan interpersonal, kehilangan, dan perubahan status dan peran.

b. Faktor Internal

1) Usia

Usia muda lebih mudah cemas dibandingkan individu dengan usia yang tua.

2) Dukungan sosial

Dukungan sosial dan lingkungan merupakan sumber koping individu, dukungan sosial dari kehadiran orang lain membantu mengurangi kecemasan sedangkan lingkungan mempengaruhi area berfikir individu.

3) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada dilingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan di lingkungan yang sudah dikenalnya.

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berfikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan analisis akan mempermudah individu dalam menguraikan masalah.

5) Ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan individu mengalami kecemasan.

6) Jenis kelamin

Gangguan kecemasan tingkat panik sering dialami oleh wanita di banding pria.

7) Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik. Kelelahan fisik yang dialami akan mempermudah individu mengalami kecemasan.

2.2.3 Tipe-Tipe Kecemasan

Kecemasan setiap orang berbeda-beda tergantung individu itu sendiri. Tipe kecemasan menurut Semiun (2009) adalah sebagai berikut:

a. Kecemasan neurotik

Kecemasan akibat ketakutan terhadap bahaya yang tidak diketahui. Orang bisa mengalami kecemasan ini karena kehadiran seseorang dan terjadi secara tidak sadar.

b. Kecemasan moral

Terjadi akibat konflik antara ego dan superego, dan akan berkembang selama 3-5 tahun. Pada kecemasan ini kecemasan muncul karena adanya konflik antara kebutuhan realistik dan tuntutan superego individu kecemasan realistik.

c. Kecemasan realistik

Yaitu perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak memfaedah bagi tubuh.

2.2.4 Respon Kecemasan

Respon kecemasan setiap orang berbeda-beda, menurut Stuart dan Sundden (2007) respon kecemasan sebagai berikut:

a. Respon fisiologis terhadap kecemasan antara lain:

- 1) Kardiovaskuler ditandai dengan palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa ingin pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
- 2) Pernafasan ditandai dengan nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.
- 3) Neuromuskular ditandai dengan refleks meningkat, relasi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, gelisah, wajah tegang, gerakan yang janggal, kelemahan umum.
- 4) Gastrointestinal ditandai dengan kehilangan nafsu makan, menolak makanan, mual rasa terbakar pada jantung, diare.
- 5) Traktus Urinarius ditandai dengan tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- 6) Kulit ditandai dengan wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

2.2.5 Tingkatan Kecemasan

Menurut Stuart (2007) dalam Sari dan Pantiawati (2013) tingkat kecemasan dibagi menjadi 4, yaitu:

a. Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketengangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan pada tingkat ini menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Kecemasan sedang

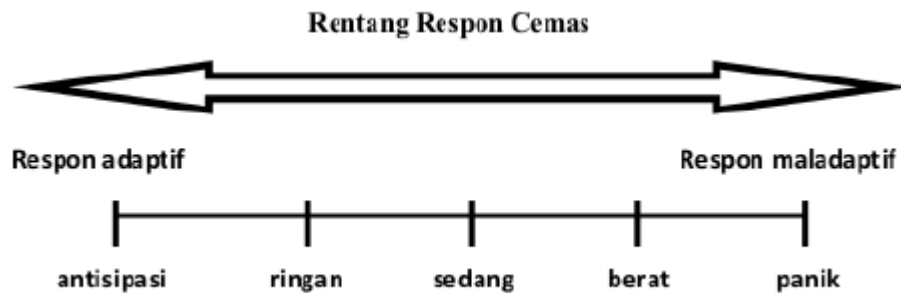
Memungkinkan seseorang untuk memusnahkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih banyak jika diberi arahan.

c. Kecemasan berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Individu lebih cenderung lebih berfokus pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang yang lain. Individu tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat berfokus pada suatu area lain.

d. Kecemasan berat sekali (Panik)

Dari kecemasan berhubungan dengan terperangah. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian dan terjadi peningkatan aktivitas motorik menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan bahkan kematian.



Gambar 2.1.5 Tentang Respon Cemas
(Stuart, 2007 dalam Sari dan Pantiawati, 2013)

2.2.6 Mekanisme Koping

Menurut Stuart dan sundden (2007) mekanisme koping adalah suatu cara yang di gunakan individu dalam menghadapi masalah pada kecemasan ringan, sedang, dan berat. Namun untuk kecemasan ringan sering diatasi tanpa pemikiran yang serius. Mekanisme koping dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Reaksi yang berorientasi pada tugas

Upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan secara realistik. Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan dan mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Perilaku yang menyerang digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.

b. Mekanisme pertahanan ego

Membantu menangani kecemasan ringan dan sedang tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini merupakan respon maladaptif terhadap stres.

2.2.7 Penatalaksanaan Kecemasan

Aspek klinik menyatakan bahwa kecemasan dapat dijumpai pada orang yang menderita stres normal, pada orang yang menderita sakit fisik berat lama dan kronik, dan pada orang dengan gangguan psikiatri berat. Kecemasan yang

berkepanjangan menjadi patologis dan menghasilkan berbagai gejala hiperaktivitas otonom atau sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, gastrointestinal bahwa genetarius. Respon kecemasan yang berkepanjangan dinamakan gangguan kecemasan (Arvin, 2012). Penyembuhan gangguan kecemasan dapat dilakukan dengan cara farmaka dan non farmaka menurut Boulton dan Blogg (2014) sebagai berikut:

a. Farmakologi

Terapi farmaka yang diberikan untuk menurunkan kecemasan terdiri dari obat ansiolisis, tranquilizers, dan psikoterapi. Ansiolisis mempunyai keunggulan efek terapeutik cepat dalam menurunkan tanda dan gejala kecemasan namun mempunyai kerugian risiko adiksi, pengurangan kecemasan tanpa menimbulkan sedasi. Obat ansiolisis diberikan sampai 2 minggu pengobatan kemudian dilakukan psikoterapi yang dimulai minggu ke dua. Saat psikoterapi diberikan, obat ansiolisis tetap diberikan tetapi secara bertahap diturunkan dosisnya. Jenis obat yang digunakan sebagai agen ansiologis yaitu golongan benzodiazepin, non benzodiazepin, anti-depresan: diazepam, trisiklik, Monoamin Ozidase Inhibitor (MOI), Serotonin Reuptake Inhibitor (SRI), Speific Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) (Boulton dan Blogg, 2014). Pengobatan farmaka ansiolisis mempunyai efek klinik tranquilaizer, hang over, amnesia retrograde, gejala paradoksial dan efek ketergantungan (Boulton dan Blogg, 2014). Obat tranquilizers mempunyai keunggulan mengurangi cemas dan meningkatkan relaksasi namun memiliki kerugian memunculkan simptom putus zat ketika seseorang berhenti mengkonsumsinya. Jenis obat yang digunakan sebagai agen tranquilizers yaitu valium dan xanax (Santrock, 2008).

b. Non Farmakologi

Terapi non farmaka untuk menurunkan kecemasan dilakukan dengan:

1) Teknik masase

Teknik masase adalah teknik yang dilakukan dengan tangan pada jaringan lunak, otot, tendon tanpa merubah posisi sendi. Apabila

dilakukan sendiri kurang relevan dalam persalinan. Teknik ini membantu ibu yang mengalami kecemasan selama proses persalinan lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan. masase dapat merangsang tubuh dalam melepaskan senyawa endorphen dan menciptakan rasa nyaman (Bony, 2004 dalam Pantiawati dan Sari, 2013)

2) Terapi musik

Manfaat dari terapi musik adalah menutupi bunyi, perasaan tidak tenang, mampu menyeimbangkan gelombang dalam otak, mempengaruhi pernafasan, denyut jantung, nadi, dan tekanan darah, mengurangi ketegangan otot, memperbaiki gerak dan koordinasi tubuh, mempengaruhi suhu tubuh, meningkatkan endorfin, mengatur hormon yang berhubungan dengan kecemasan, merasa aman dan sejahtera, mengurangi rasa sakit (Yunitasari, 2008 dalam Sari dan Pantiawati, 2013).

3) Teknik relaksasi

Dilakukan melalui teknik pernafasan atau peregangan otot. Teknik relaksasi merupakan cara efektif yang aman untuk menurunkan kecemasan. Kecemasan yang berlebih membuat tegang dan mudah marah. Keadaan ini mempengaruhi keadaan fisik, seperti kegelisahan, gangguan tidur, sakit kepala, ketegangan otot dan gemetar (Na'im, 2010).

4) Modelling

Dengan diberikan role model dan diperlihatkan perilaku yang sesuai dengan keadaan yang ditakutkan dan kemudian klien menirukan (Na'im, 2010).

5) Pendekatan-pendekatan psikodinamika

Pendekatan ini menyadarkan klien untuk mengenai sumber konflik yang berasal dari dalam baik konflik tak sadar maupaun usaha ego. Kelebihan pendekatan ini menjajaki sumber kecemasan yang bersumber dari keadaan sekarang dibandingkan masa lampau dan

mendorong klien untuk mengembangkan tingkah laku yang adaptif. Waktu yang digunakan lebih pendek dibanding tradisional (Nevid, et al, 2007).

6) Pendekatan-pendekatan humanistik

Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk memahami dan mengekspresikan bakat dan perasaan klien yang sesungguhnya. Sehingga klien bebas menemukan dan menerima mereka yang sesungguhnya dan tidak bereaksi dengan kecemasan bila perasaan klien yang sebenarnya mulai muncul dipermukaan (Nevid, et al, 2007).

7) Pendekatan-pendekatan belajar

Inti dalam pendekatan ini adalah usaha untuk membantu individu menjadi lebih efektif dalam menghadapi objek atau situasi yang menyebabkan ketakutan dan kecemasan (Nevid, Et al, 2007).

8) Terapi kognitif behaviour

Terapi kognitif behaviour merupakan terapi yang mengkombinasikan strategi berpikir dan perilaku yang didasari oleh pikiran, perasaan, perilaku dan semuanya saling berpengaruh. Teknik yang digunakan melalui kombinasi perilaku, kognitif dan edukasi dengan metode pendekatan yang sangat singkat (Dattilo, 2005 dalam Mutia, et al, 2010).

9) Distraksi

Distraksi merupakan menghilangkan kecemasan dengan mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga klien lupa akan cemas yang dialami (Potter & Perry, 2006).

2.2.8 Dampak Kecemasan Tidak Diatasi

Dampak kecemasan apabila tidak diatasi menurut Tobing (2006) dalam Zamriati, et al (2013) sebagai berikut:

a. Dapat Menurunkan Daya Tahan atau Imunitas Tubuh

Seseorang yang mengalami kecemasan akan berdampak buruk bagi kesehatannya, seperti halnya menurunkan daya tahan tubuh. Dengan begitu

tubuh akan kesulitan untuk melawan berbagai penyakit hingga orang akan menjadi mudah terkena sakit, karena lemahnya sistem imunitas dalam tubuhnya.

b. Meningkatkan Resiko Terkena Masalah Jantung

Terkadang stress yang berlangsung terus-menerus dapat memicu timbulnya masalah kesehatan seperti halnya pada jantung. Sehingga perlu untuk mengontrol cemas supaya supatya tidak berebihan dan tidak memicu timbulnya masalah di organ tubuh seperti halnya jantung.

c. Lebih Cepat Mengalami Penuaan Dini

Seseorang yang terlalu stress lama-kelamaan akan dapat memicu dan mempengaruhi kondisi luar tubuh, dan akan terlihat menjadi lebih tua karena karena stress dapat mengakibatkan tubuh menjadi menua lebih cepat dari keadaan normal, seperti hanya ditandai dengan kulit yang keriput terutama dibagian wajah, rambut serta penglihatan menjadi berkurang.

d. Infertilitas dan Libido Menjadi Menurun

Stress yang diakibatkan oleh kecemasan yang berlebihan dapat berdampak buruk bagi tingkat kesuburan pria dan wanita.

e. Terjadinya Penurunan Pada Kondisi kesehatan Otak

Seseorang yang mengalami stress dan cemas berlebihan dapat membuat terjadinya kondisi kesehatan pada otak akan mengalami penurunan seperti frontal yang menyusun atau menjadi lebih kecil, sehingga membuat seseorang menjadi mudah melupakan sesuatu hal tertentu dalam waktu yang singkat.

f. Berat Badan Tubuh Menjadi Lebih Mudah Naik

Kecemasan yang berlebihan dapat memicu timbulnya hormon kortisol di dalam tubuh dan hormon kortisol dapat mengganggu metabolisme tubuh hingga akhirnya berat badan putih lebih cepat naik dalam waktu yang singkat.

g. Gangguan Pada Pencernaan lambung

Seseorang yang mengalami cemas dan stress terkadang akan selalu berhubungan erat dengan gangguan lambung dan pencernaan, sebab akibat gangguan tersebut dapat memicu produksi asam lambung yang berlebihan.

Dampak kecemasan bila tidak segera diatasi menurut Semium (2006: 321) dalam beberapa simtom sebagai berikut:

a. Simtom suasana hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.

b. Simtom kognitif

Kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah real yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya dia akan menjadi lebih merasa cemas.

c. Simtom motor

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motor menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari-jari kaki mengetuk-ngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

2.3 Kecemasan Dalam Persalinan

2.3.1 Definisi

Kecemasan merupakan hal yang lazim dialami seseorang dan berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan adalah perasaan was-was, khawatir, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman (Ramaiah, 2013). Kecemasan dapat diartikan suatu keadaan perasaan keprihatinan, rasa gelisah, ketidaktentuan atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal (Zahrani, 2009).

Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur (Aprillia, 2010). kecemasan dalam persalinan adalah suatu perasaan atau kondisi psikologis yang tidak menyenangkan dan tidak nyaman dikarenakan adanya perubahan fisiologis yang menyebabkan ketidakstabilan kondisi psikologis akibat keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Larasati dan Wibowo, 2012).

2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Dalam Persalinan

Proses persalinan cenderung memicu kecemasan, terlebih pada ibu yang pertama kali melahirkan. Proses kelahiran dipengaruhi oleh 2 faktor, yaitu ukuran panggul dan posisi bayi dalam kandungan. Menurut Yuliana (2002) dalam Sari dan Pantiawati (2013) faktor yang mempengaruhi kecemasan dalam persalinan sebagai berikut:

a. Takut mati

Perasaan takut mati biasanya muncul karena belum mengerti dan menyadari akan nilai hidup dan kematian, kecemasan ini disebabkan karena hati dan hidup tidak saling berkesinambungan dan tidak tentram, orang yang mengalami kecemasan karena dalam dirinya tidak mengenal takdir nasib dari Tuhan

b. Trauma kelahiran

Trauma ini berupa rasa takut akan terpisahnya bayi dari rahim ibunya. Ketakutan terpisah dari bayi dalam rahimnya ada kalanya berada dibenak seorang ibu yang merasa takut apabila bayinya akan terpisah dari dirinya. Seakan-akan ibu tidak mampu menjaga dan menjalin keselamatan bayinya.

c. Ketakutan melahirkan

Hal ini berhubungan dengan proses melahirkan yang berkaitan dengan ibu. Melahirkan merupakan suatu peristiwa besar yang membawa ibu antara hidup atau mati, sehingga menimbulkan rasa cemas pada ibu akan keadaanya. Dukungan yang penuh dari keluarga sangat penting bagi ibu bersalin terutama

dukungan dari suami sehingga akan memberikan dukungan moril terhadap ibu.

2.3.3 Dampak Kecemasan Dalam Persalinan

Kecemasan dalam persalinan sering dialami oleh ibu bersalin. Semakin lama akan semakin bertambah dan sering kontraksi yang muncul sehingga membuat ibu tidak kooperatif. Menurut Coad (2006) dalam Handayani, et al (2014) kecemasan dalam persalinan menimbulkan perubahan fisik dan psikologis secara refleks, diantaranya:

- a. Peningkatan kadar katekolamin ibu di atas kadar yang ditemukan pada wanita yang tidak hamil atau wanita hamil sebelum persalinan
- b. Resiko keterlambatan perkembangan motorik dan mental janin
- c. Cilik pada bayi baru lahir
- d. Meningkatkan intensitas nyeri dalam setiap kontraksi
- e. Meningkatkan ketegangan otot
- f. Gelisah
- g. Tidak mampu memusatkan perhatian
- h. Nyeri
- i. Persalinan lebih lama

2.3.4 Dimensi Kecemasan Dalam Persalinan

Dimensi kecemasan selama persalinan menurut Chen (2015) terbagi atas beberapa faktor antara lain:

- a. Faktor 1: Stress dalam mencari keamanan ibu dan anak sebelum persalinan

Dimensi stress dalam mencari keamanan ibu dan anak sebelum persalinan meliputi kecemasan ibu terhadap kelahiran bayinya yang tidak normal atau sulit dilahirkan, bayi yang akan dilahirkan selamat atau tidak, tenaga kesehatan mampu membantu dalam melahirkan, tenaga kesehatan tidak datang tepat waktu, sikap tenaga kesehatan ketika proses persalinan, suami

dapat mendampingi dalam proses melahirkan, menahan rasa sakit saat proses melahirkan dan bayi yang dilahirkan prematur atau ada kelainan yang lain.

b. Faktor 2: Stress dalam perawatan bayi dan perubahan dalam keluarga

Dimensi stress dalam perawatan bayi dan perubahan dalam keluarga meliputi kecemasan ibu dalam menyusui dan memberikan makan untuk anaknya, menyusui dengan lancar, membesarkan bayi, memberi nama bayi, aktivitas seksual pasca persalinan, kehilangan waktu luang setelah melahirkan, bayi yang dilahirkan diterima atau tidak oleh lingkungan sekitar, peningkatan kebutuhan finansial setelah melahirkan dan dukungan dari anggota keluarga serta suami terhadap bayi.

c. Faktor 3: Identifikasi stress sebagai peran ibu

Dimensi stress sebagai peran ibu meliputi kecemasan ibu terhadap penampilan bayinya (kelengkapan anggota tubuh), berat badan, jenis kelamin bayi, kesehatan bayi, status janin dan pergerakan janin yang dirasakan, kegiatan mengikuti adat istiadat secara tradisional setelah melahirkan, perilaku yang mempengaruhi janin dan persiapan pakaian dan kelengkapan bayi baru lahir.

d. Faktor 4: Stress dalam pencarian dukungan sosial

Dimensi stress dalam pencarian dukungan meliputi kecemasan ibu terhadap siapa yang akan membantu merawat bayinya, bagaimana mengatur dan menangani pekerjaan rumah selama proses melahirkan, bagaimana merawat bayinya nanti dan dukungan suami setelah melahirkan.

e. Faktor 5: Stress dari penampilan fisik dan fungsi yang berubah.

Dimensi stress dari penampilan fisik dan fungsi yang berubah meliputi kecemasan ibu terhadap bentuk tubuh yang mengalami perubahan selama

kehamilan, mengontrol berat badan setelah melahirkan, apabila mengalami kesulitan bergerak ketika bentuk tubuh telah berubah, mengembalikan berat badan dan bentuk tubuh setelah melahirkan seperti bentuk tubuh sebelum hamil, terdapat area kehitaman dilipatan tubuh setelah melahirkan dan kulit tidur yang terganggu.

Akibat dari rasa cemas tersebut mengakibatkan meningkatnya sekresi adrenalin. Peningkatan sekresi adrenalin dapat menyebabkan kontraksi uterus berlebihan sehingga vasokonstriksi akibatnya aliran darah uterus menurun dan mengakibatkan terjadinya hipoksia dan bradikardi janin yang akhirnya akan terjadi kematian janin dan dapat menghambat kontraksi, sehingga memperlambat persalinan.

Salah satu cara untuk menghindari komplikasi yang disebabkan oleh kecemasan adalah dengan menggunakan metode yang dapat menurunkan peningkatan hormon adrenalin di dalam tubuh ibu bersalin yang merupakan penyebab dari kecemasan. salah satu metode yang dapat digunakan adalah Terapi Kognitif Behaviour (TKB).

2.4 Terapi Kognitif Behaviour

2.4.1 Definisi Terapi Kognitif Behaviour

Terapi kognitif behaviour adalah suatu pendekatan terapi yang berpusat pada proses berfikir dan kaitannya dengan keadaan emosi, perilaku dan psikologi. TKB berfokus pada masalah dan berorientasi pada tujuan yang diarahkan pada masalah yang berkembang pada situasi sekarang dan saat ini (deals with here and now issues) (Yosep, 2010).

Terapi kognitif behaviour merupakan suatu model terapi emosional yang menekankan hubungan antara pikiran, perilaku dan emosi. TKB akan merubah pola pikir yang akan berdampak pada perilaku dan perasaan, bergantung pada hubungan yang terarah antara pikiran, perilaku dan perasaan untuk membantu mengurangi khawatir, cemas dan mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Prinsip

TKB adalah akan memberikan cara baru untuk menyelesaikan masalah (Buszewics, et al, 2017).

TKB diarahkan pada modifikasi fungsi berfikir, merasa, dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, bertindak, dan memutuskan kembali. Dengan mengubah status pikiran dan perasaannya, konseli diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya, dari negatif menjadi positif (Muqodas, 2011).

2.4.2 Tujuan Terapi Kognitif Behaviour

Tujuan dari TKB menurut Yosep (2010) yaitu untuk membantu individu menyelesaikan masalah atau kesulitan yang dialami dalam berbagai bidang kehidupan dan pengalaman dalam menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan tentang masalah yang dihadapi.

- a. Mengintegrasikan teknik-teknik terapeutik guna membantu individu melakukan perubahan pada perilaku, pemikiran, keyakinan dan sikap.
- b. Melakukan tingkah laku yang adaptif
- c. Membantu klien mengenali, menganalisis dan mengelola keyakinannya
- d. Membantu pasien mengenali dan mengubah distorsi kognitif.
- e. Menempatkan dan menitikberatkan pada keyakinan klien, tentang siapa dirinya dan apa tujuan hidup dia di dunia ini
- f. Menjaga fokus pada upaya meningkatkan “kepuasan hidup secara menyeluruh”, bukan pada upaya penurunan emosi yang negatif
- g. Membelajarkan dan mendidik yakni memberikan kesempatan kepada klien untuk memeriksa/menguji kembali apa yang telah diucapkannya dengan kenyataan dirinya.
- h. Mengidentifikasi dan berbagai keterampilan praktis (misalnya, tentang penetapan tujuan dan pemecahan masalah).

- i. Mengajak konseli untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi
- j. Mengubah cara berpikir, kepercayaan, sikap, asumsi, imajinasi dan memfasilitasi konseli belajar mengenali dan mengubah kesalahan dalam aspek kognitif
- k. Mengubah hubungan yang salah antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan, belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, serta berpikir lebih jelas.

2.4.3 Manfaat Terapi Kognitif Behaviour

Manfaat TKB menurut Buszewics (2017) sebagai berikut:

- a. Mampu merubah pola pikir dari negatif pada sesuatu yang positif
- b. Menambah keterampilan baru menyelesaikan masalah
- c. Merubah kepercayaan, perilaku dan emosi pada suatu masalah dan kecemasan
- d. Mampu memilih keyakinan yang sesuai pada individu

2.4.4 Prosedur Terapi Kognitif Behaviour

Cara kerja atau prosedur TKB menurut Ambarwati (2009) sebagai berikut:

- a. Pertama, menanyakan permasalahan pada pasien (apa, kapan, mengapa dan bagaimana)
- b. Kedua, mengeksplorasi masalah untuk dirumuskan (bersama pasien) untuk disepakati sebagai fokus yang menjadi target terapi
- c. Ketiga, memeriksa dan merumuskan konsekuensi perilaku atau reaksi somatik (mungkin yang menjadi masalah utama pasien) sehingga pasien memerlukan bantuan atau pengobatan (C)
- d. Keempat, memeriksa atau mengeksplorasi kejadian-kejadian yang mungkin sebagai pencetus atau penyebab permasalahan pasien (A)

- e. Kelima, mengenali status kognitif pasien yang negatif (B) berupa sistem keyakinan irasional. Keyakinan irasional dapat diperoleh dari pasien melalui observasi, berupa keluhan yang jelas dan nyata, tetapi ada kalanya merupakan informasi yang tidak jelas.

Langkah-langkah dalam wawancara TKB:

- 1) Pertanyaan tentang problem utama
- 2) Formulasi target masalah
- 3) Pemeriksaan C
- 4) Pemeriksaan A
- 5) Pemeriksaan dan identifikasi problem emosional sekunder
- 6) Mengajari hubungan B-C
- 7) Pemeriksaan keyakinan (irasional)
- 8) Mempersiapkan keyakinan rasional
- 9) Mendorong belajar mempraktekkan keyakinan baru
- 10) Evaluasi
- 11) Memfasilitasi berlangsungnya terapi

Tahap-tahap pelaksanaan TKB menurut Hendriani (2007) sebagai berikut:

Tahap 1: Pengkajian

- 1) Memberikan kesempatan pada pasien mengungkapkan pikiran tentang pengalamannya dan terapis mendengarkan secara aktif.
- 2) Gunakan rating scales (10-100)-baik secara spesifik maupun umum gunanya untuk memonitor kemajuan dan hasilnya diberitahukan kepada klien. Diagram dan materi-materi tertulis akan sangat berguna, terutama pada klien dengan gaya hidup yang tidak menentu.
- 3) Rumuskan gejala penyebab dan pemulihannya yang juga perlu diberitahukan kepada klien serta susun keseluruhan terapi sebagai informasi baru yang patut dipertimbangkan oleh klien

Tahap 2: Kontrak/ Perjanjian

- 1) Diawali dengan terapis menyatakan dengan jelas apa tujuan terapi termasuk rasa aman klien serta metoda kolaboratif untuk mencari penyebab distress.
- 2) Selama terapi gunakan Socratic questioning, hal ini akan memperjelas gambaran pemahaman pasien terhadap situasi yang dihadapinya serta bagaimana kopingnya terhadap masalah tersebut, selama proses penggalan tersebut terapis membimbing dengan pertanyaan-pertanyaan.
- 3) Berikan rasa empati terhadap klien yang mempunyai perspektif unik dan perasaan distress serta tujukkan fleksibilitas setiap saat
- 4) Gunakan model vulnerability-stress model, dengan memberikan penjelasan yang bermanfaat agar dapat mengembangkan kerjasama dengan pasien, selain itu juga pasien dapat mengerti bahwa kerentanan adalah suatu konsep yang dinamis yang dapat dipengaruhi oleh beberapa factor, seperti gaya hidup, mekanisme koping, atau penyakit fisik. Kemudian, terapis menekankan kepada pasien bahwa masalah yang dihadapi oleh pasien tidak seluruhnya mempunyai jawaban.
- 5) Lakukan seluruh interaksi ini dengan penuh kehangatan, ketulusan, humor dan empati yang akan sangat berharga pada seluruh sesi dari terapi ini.

Tahap 3: Pemberian Psikoedukasi ABC Model

Model ABC mulanya dikembangkan oleh Ellis and Harper, yang dapat digunakan untuk memberikan pasien suatu cara mengorganisasi pengalamannya yang membingungkan. Psikoedukasi ini diberikan secara perlahan-lahan dan cermat/teliti kepada pasien dengan menggunakan berbagai langkah serta menggunakan Socratic questioning untuk menjelaskan hubungan antara distress emosi yang dialami pasien dengan beliefs yang dipegangnya. Meliputi beberapa langkah:

- 1) Didasarkan pada skala 0 to 10, pasien merating intensitas dari distressnya

- 2) Konsekuensi (C) dikaji dan dipisahkan kedalam emosional dan perilaku Cs.
- 3) Pasien menjelaskan dengan caranya kejadian apa yang mengaktivasi (As) seperti yang terlihat pada penyebab C; dan terapis meyakinkan bahwa fakta-fakta kejadian tersebut tidak “terkontaminasi” oleh penilaian dan interpretasi sendiri.
- 4) Terapis memberikan umpan balik kepada pasien untuk memahami hubungan antara A-C.
- 5) Terapis mengkaji belief, penilaian, images, serta komunikasikan kepada pasien secara personal pemahaman A-C model; Berikan contoh sederhana dapat memfasilitasi dalam pemahaman pasien
- 6) Belief pasien (B), yang secara aktual akan menyebabkan C, kemudian didiskusikan; biasanya akan terjadi rasionalisasi dari pasien, seperti B “tidak akan ada orang yang menyukai saya jika saya mengatakan kepada mereka tentang suara-suara yang saya dengar” dapat diubah menjadi “Saya tidak menuntut orang lain untuk menyukai saya”. Pengubahan ini akan menyebabkan perubahan keadaan pada C, seperti rasa sedih dan isolasi berkurang.

Dengan kata lain:

1. Ajarkan Formula Dasar : A B C
2. Gambarkan rumus di bawah ini kepada klien

A $\longrightarrow$ B $\longrightarrow$ C

A: Satu situasi dimana yang menyebabkan suatu kejadian yang tidak mengenakan, pencetusnya bisa dari lingkungan atau suatu stimulus apapun yang mengawali seluruh proses reaksi (Contohnya: Nina melihat dirinya di cermin)

B: Kognisi, beliefs dan sikap (Contohnya: Nina berfikir bahwa dirinya gemuk)

C: Baik emosi atau perilaku seseorang. C merupakan konsekuensi dari A. Dimana mereka merefleksikan dalam perasaan dan pikirannya (Contohnya: Nina menjadi depresi)

Tahap 4: Setting Tujuan

Tujuan terapi yang realistic didiskusikan di awal terapi dengan pasien dan gunakan penekanan pada consequences (C) untuk memberikan motivasi pada pasien untuk berubah. Terapis harus meyakinkan bahwa tujuan yang dibuat harus dapat diukur, realistic, dan dapat dicapai. Tujuan dapat direvisi selama atau pada akhir terapi tergantung dari respon pasien.

Tahap 5: Normalisasi

Normalisasi adalah membantu pengalaman psikotik pasien yang *decatastrophizing* (merusak) dengan memberikan pendidikan kesehatan yang berkenaan dengan fakta bahwa banyak orang lain yang mempunyai pengalaman yang tidak biasanya dalam situasi yang berbeda (kejadian stressful, hiperventilasi, penyiksaan, kelaparan, kehausan, jatuh tertidur, dsb) akan menurunkan kecemasan dan perasaan terisolasi. Menempatkan pengalaman psikotik pada suatu rentang kontinum dimulai dari pengalaman normal, keadaan ini akan mengakibatkan pasien merasa sedikit aneh and terstigmatisasi, sehingga konsekuensinya kemungkinan proses penyembuhan agak sedikit jauh.

Tahap 6: Analisa Kritis Kolaboratif

Pada tahap ini, hubungan terapeutik harus dikembangkan guna membina hubungan rasa percaya. Terapis menggunakan teknik Socratic questioning dengan cermat untuk membantu pasien mengapresiasi kemungkinan pengambilan deduksi dan kesimpulan yang tidak logis:

“Jika suara datang dari radiator, mengapa orang lain tidak dapat mendengarnya?”

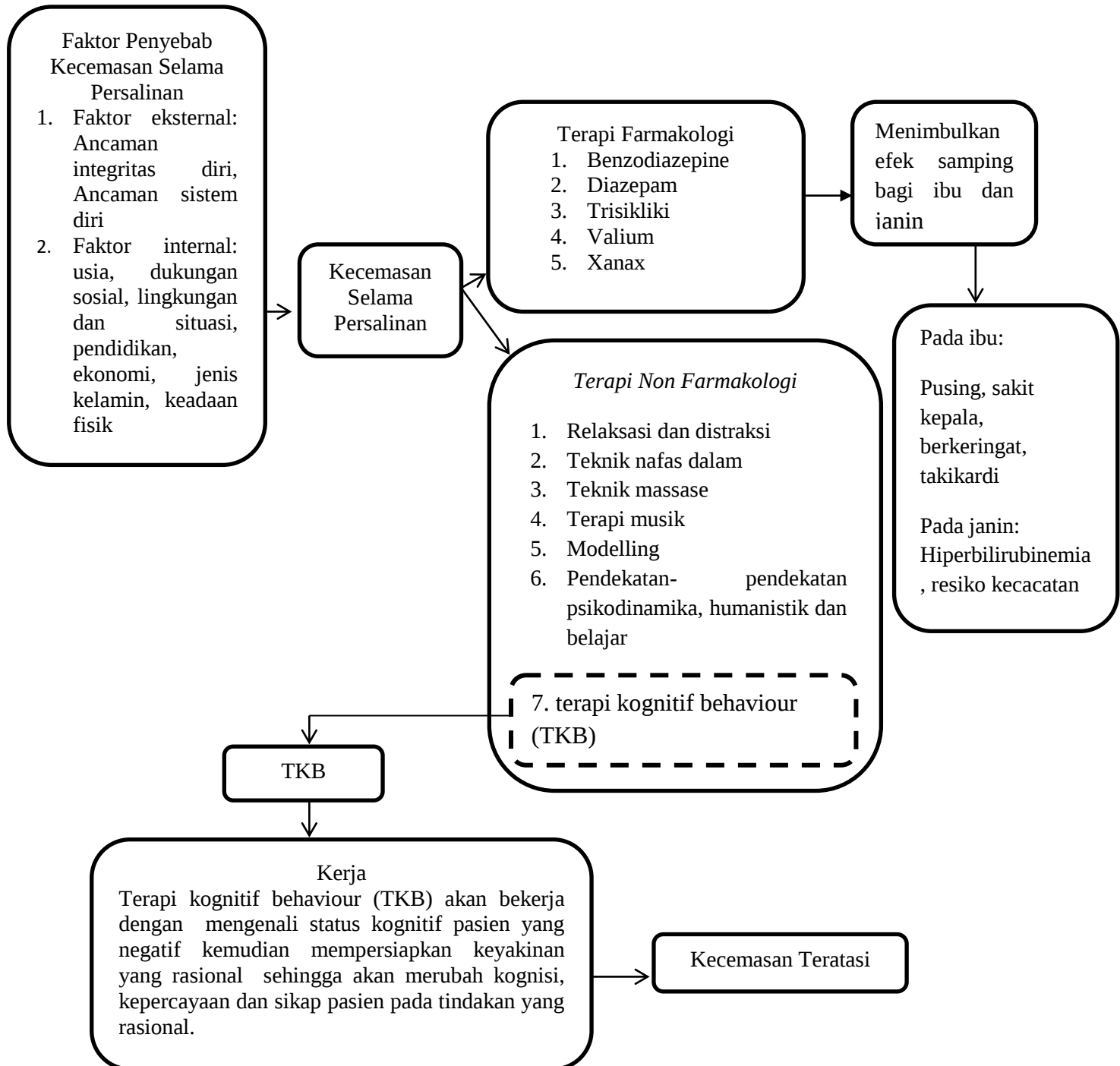
Pengujian fakta untuk membuktikan dan melawan beliefs yang maladaptive dapat dikemukakan dengan aman tanpa menyebabkan distress selama terapis tidak menghakimi, empati, dan dapat membuka wawasan. Menggali bagaimana beliefs itu terbentuk-melalui distorsi cognitive (contohnya, dichotomous thinking, selective inference, emotional reasoning, loncat kekesimpulan). Mereview antecedents (stress, trauma, kehilangan) dengan persiapan pokok untuk merubah pikiran psikotik dengan latihan membuka mata bagi pasien dan terapis. Identifikasi *misattributions* dan mencoba untuk *reattribute* secara produktif melalui penugasan PR.

Tahap 7: Pengembangan Penjelasan Alternatif dan Koping

Tahap ini penting untuk mendorong pasien mengembangkan alternative terhadap asumsi yang maladaptive, lebih ditekankan pada cara mencari penjelasan serta strategi koping yang saat ini telah dipikirkan oleh pasien itu sendiri. Berbahaya jika mencoba memaksakan penjelasan alternatif yang telah dibuat oleh terapis kepada pasien, tetapi jika pasien tidak dapat mengemukakan mencari atau menjelaskan alternative pilihan, maka ide-ide baru tersebut dibuat bersama antara pasien dan terapi

2.5 Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori



Buszewics, 2017; Handayani, 2015; Santrock, 2008; Sari dan Pantiawati, 2013; Semiun, 2006; Stuart, 2007; Yosep, 2010

2.6 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap sebuah pertanyaan dalam penelitian. Terdapat 2 jenis hipotesis di dalam sebuah penelitian yaitu hipotesis nol dan hipotesis alternatif. Hipotesis nol (H_0) merupakan hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan, korelasi dan atau perbedaan antara dua kelompok atau lebih data di dalam penelitian. Sedangkan hipotesis alternatif (H_a) merupakan hipotesis yang menyatakan ada hubungan, korelasi dan atau perbedaan antara dua kelompok atau lebih data dalam penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2014).

H_0 = Tidak ada pengaruh terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan ibu bersalin

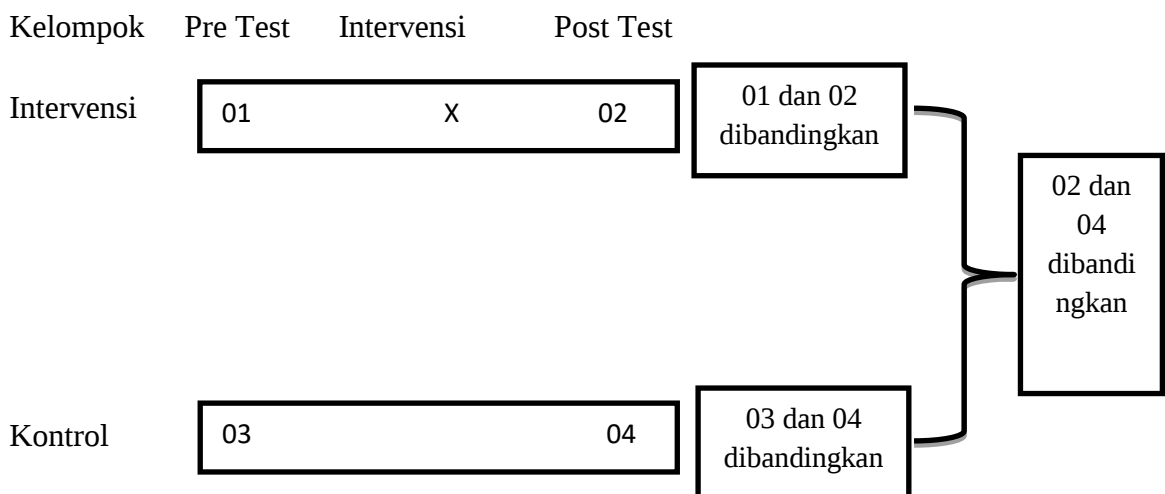
H_a = Ada pengaruh terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan ibu bersalin

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk mendapatkan jawaban atas pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2014). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain *Quasi Eksperimental* dengan rancangan penelitian menggunakan *two group pre-test and post-test with control*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen (terapi kognitif behaviour) dan variabel dependen (kecemasan ibu bersalin). Subjek yang berpartisipasi dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Sastroasmoro, 2014). Penelitian ini dilakukan untuk melihat pengaruh terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan ibu bersalin dengan membandingkan kelompok intervensi yang diberikan terapi kognitif behaviour dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi kognitif behaviour. Pengukuran dilakukan setelah intervensi terapi kognitif behaviour pada kelompok intervensi. Rancangan penelitian secara skematis dari desain penelitian adalah sebagai berikut:



Skema 3.1 Desain Penelitian

Keterangan:

- 01 : Perilaku ibu bersalin dalam mengurangi kecemasan pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi kognitif behaviour
- 02 : Perilaku ibu bersalin dalam mengurangi kecemasan pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi kognitif behaviour
- 03 : Perilaku ibu bersalin dalam mengurangi kecemasan pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi kognitif behaviour
- 04 : Perilaku ibu bersalin dalam mengurangi kecemasan pada kelompok kontrol setelah diberikan terapi kognitif behaviour
- X : Intervensi yang diberikan (Terapi Kognitif Behaviour)

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah salah satu model pendahuluan dari penelitian dan suatu refleksi dari hubungan-hubungan variabel yang diteliti. Kerangka konsep disusun berdasarkan literatur dan teori yang sudah ada dengan tujuan untuk membimbing, mengarahkan, dan memberi panduan untuk analisa dan intervensi (Swarjana, 2012). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yang digunakan untuk menganalisa penelitian yang dituangkan dalam bentuk skema sebagai berikut:



Skema 3.2 Kerangka Konsep

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional penelitian merupakan suatu diskripsi yang menggambarkan suatu karakteristik yang dapat diamati (diukur), memungkinkan peneliti dapat melakukan observasi kepada suatu subjek atau fenomena, definisi operasioanl

bukan definisi dari buku (Nursalam,2008). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Bebas Terapi Kognitif Behaviour	Terapi kognitif behaviour adalah suatu teknik terapi pikiran dan penyembuhan yang menekankan emosi, perilaku, dan sikap untuk memberi sugesti atau perintah positif kepada ibu bersalin yang mengalami kecemasan dengan menggunakan metode wawancara dan ibu mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat dengan pemberian intervensi satu kali pertemuan selama 15 menit. Pada kala 1 fase aktif (Pembukaan 4 sampai 7 cm).	Observasi	1. Dilakukan 2. Tidak dilakukan	Nominal
Variabel Terikat Kecemasan ibu bersalin	Kecemasan ibu bersalin adalah kekhawatiran yang dirasakan oleh ibu bersalin akibat adanya perubahan-perubahan baik secara fisik maupun psikologis yang mengganggu aktivitas yang diukur dengan menggunakan kuesioner pregnancy stress rating scale (PSRS).	Kuesioner Pregnancy Stress Rating Scale (PSRS) dengan keterangan masing- masing skor: SL: 4 SR: 3 KK: 2 TP: 1	1. Ringan (12-23) 2. Sedang (24-35) 3. Berat (36-48) 4. Panik (> 48)	Ordinal

3.4 Populasi Dan Sampel

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian, dapat berupa orang, benda, gejala atau wilayah yang ingin diketahui peneliti. Apabila seseorang ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi (Sastroasmoro, 2014). Pada penelitian ini menggunakan kategori populasi terjangkau dan populasi target. Populasi terjangkau yaitu populasi yang memenuhi kriteria dan dapat dijangkau oleh peneliti. Populasi target yaitu populasi yang merupakan sasaran akhir penerapan hasil penelitian. Adapun populasi target dari penelitian ini ibu bersalin . Populasi terjangkau dalam penelitian ini yaitu ibu bersalin yang mengalami kecemasan di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang diteliti dan merupakan subyek yang dapat mewakili populasi untuk diteliti, lebih mudah, lebih cepat, lebih akurat, dan lebih spesifik. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan cara proporsional random sampling yaitu pengambilan sampel yang memperhatikan pertimbangan unsur-unsur atau kategori dalam populasi penelitian (Sastroasmoro, 2014).

Pada penelitian ini menetapkan besar sampel yang diteliti dengan menggunakan rumus *difference between 2 proportions independent group* yang bertujuan untuk menguji hipotesis beda dua proporsi kelompok independen:

(Sastroasmara, 2014).

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n = Besarnya partisipan dari masing- masing kelompok

Z_{α} = Standar deviasi normal untuk $\alpha = 95 \% = 1,96$

Z_{β} = Standar deviasi normal untuk $\beta = 20 \% = 0,84$

P = Proporsi gabungan antara dua kelompok yang dihitung dengan rumus :
 $(P_1 + P_2) / 2 = (57 + 20) / 2 = 38,5 \% = 0,38$

Q = $1 - P = 1 - 0,38 = 0,62$

P_1 = Proporsi kejadian efek pada terapi standar diketahui dari pustaka atau penelitian sebelumnya yaitu penelitian MM< Setyaningsih (2013) dengan hasil = $57,8 \% = 0,57$

Q_1 = $1 - P_1 = 1 - 0,57 = 0,43$

P_2 = Proporsi kejadian efek terapi yang diteliti ditentukan berdasarkan beda hasil klinis terkecil yang dianggap penting yang didasarkan pada clinical judgment peneliti = $20 \% = 0,20$

Q_2 = $1 - P_2 = 1 - 0,20 = 0,80$

$P_1 - P_2$ = perbedaan proporsi yang dianggap bermakna secara klinik

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{\alpha}\sqrt{2PQ} + Z_{\beta}\sqrt{P_1Q_1} + P_2Q_2)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(1,96\sqrt{2 \cdot 0,38 \cdot 0,62} + 0,84\sqrt{0,57 \cdot 0,43} + 0,20 \cdot 0,80)^2}{(0,57 - 0,20)^2}$$

$$= \frac{(1,96 \cdot 0,69 + 0,84 \cdot 0,49 + 0,16)^2}{(0,37)^2}$$

$$= \frac{(1,35 + 0,41 + 0,16)^2}{0,14}$$

$$= \frac{(1,9)^2}{0,14} = \frac{3,61}{0,14} = 25,7$$

= $3,61 / 0,14 = 25,7$ jadi 26 orang

Untuk menghindari kesalahan dalam pengambilan data, maka digunakan rumus koreksi jumlah sampel (Satroasmoro dan Ismael, 2011) adalah:

Sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 26 orang untuk kelompok intervensi dan 26 orang untuk kelompok kontrol. Jadi keseluruhan yang dibutuhkan ada 52 orang.

3.4.3 Kriteria Sampel

Menurut Nursalam (2008) kriteria inklusi merupakan kriteria umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan yang diteliti. Sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi data studi karena berbagai sebab. Adapun kriteria yang diinginkan peneliti pada penelitian ini adalah:

Kriteria inklusi pada penelitian ini sebagai berikut:

- a. Ibu bersalin yang bersedia jadi responden
- b. Ibu bersalin yang dalam keadaan sadar dan tidak mengalami disorientasi waktu dan tempat
- c. Ibu bersalin yang memiliki tingkat kecemasan ringan dan sedang
- d. Ibu bersalin primipara maupun multipara

Kriteria eksklusi pada penelitian ini sebagai berikut:

- a. Ibu bersalin yang memiliki gangguan kognitif dan perilaku
- b. Ibu bersalin yang tidak mengikuti kegiatan secara penuh
- c. Ibu bersalin dengan komplikasi seperti hipertensi, stress psikologi, hipoksia dan komplikasi lain yang memungkinkan pasien untuk di rujuk.

3.5 Waktu Dan Tempat

3.5.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai bulan Juli 2018 yang dilakukan beberapa tahap, meliputi pengajuan judul penelitian, penyusunan proposal, ujian proposal, revisi proposal dan ujian hasil. Pengolahan data dilakukan satu minggu

setelah intervensi yaitu pemberian terapi kognitif behaviour. Pelaporan data dilakukan setelah selesai melakukan pengolahan data.

3.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang. Setelah dilakukan studi pendahuluan dan observasi di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang peneliti memutuskan untuk mengambil sebagai tempat penelitian dengan alasan bahwa pemberian terapi kognitif behaviour pada ibu bersalin belum dilaksanakan. Sehingga peneliti tertarik untuk melihat peran perawat dalam meningkatkan kerja dalam pemberian terapi kepada pasien.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket atau kuesioner. Kuesioner adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pernyataan atau pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab. Kuesioner dalam penelitian ini menggunakan jenis kuesioner tertutup, yaitu kuesioner yang jawaban dan isinya sudah ditentukan, sehingga subjek tidak memberikan respon atau jawaban lain (Suryana, 2010).

Alat kuesioner ini terdiri dari 3 bagian, yaitu:

- a. Kuesioner A untuk mengetahui data demografi responden yang meliputi nama inisial, tempat tanggal lahir, usia kehamilan.
- b. Bagian B terkait dengan tingkat kecemasan pada ibu bersalin yang terdiri dari 35 pertanyaan. Menggunakan kuesioner PSRS (*Pregnancy stress Rating Scale*). Dengan penilaian skor antara 1-3, diberi nilai 1 apabila gejala ringan, diberi nilai 2 apabila gejala sedang, diberi nilai 3 apabila gejala berat. Kecemasan ringan apabila skor 12-23, kecemasan sedang apabila skor 24-35, kecemasan berat apabila skor 36-48. Dengan uji validitas kuesioner PSRS yang dilakukan di klinik Medikal Center Tainan, southern Taiwan nilai signifikansi kuesioner 5 karakteristik > 0.349 sehingga semua dinyatakan valid

dan Cronbach's Alpha sebesar 0.92. kemudian uji reliabilitas kuesioner PSRS nilai signifikansi > 0.349 sehingga semua pertanyaan dinyatakan reliabel dengan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0.82.

c. *Standar Operating Prosedur (SOP) Terapi Kognitif Behaviour*

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode observasi. Metode ini merupakan metode penelitian dengan melihat perkembangan tingkat kecemasan sebelum diberikan intervensi dan sesudah diberikan intervensi.

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini yaitu dengan mengajukan surat ijin ke Fakultas Ilmu kesehatan yang kemudian surat tersebut diajukan ke Kesbangpol, Balitbang, selanjutnya UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang. Setelah mendapatkan surat ijin survey dan pengambilan data, peneliti selanjutnya mendatangi Kepala Ruang UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang untuk meminta perijinan. Setelah itu peneliti mendatangi penanggung jawab terkait persalinan di UPTD tersebut untuk mengambil data memberi tahu maksud dan tujuan dari pengambilan data serta memberikan informed consent untuk meminta persetujuan dari responden.

Proses pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahap yaitu:

1. Pengambilan sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan cara proporsional random sampling yaitu pengambilan sampel yang memperhatikan pertimbangan unsur-unsur atau kategori dalam populasi penelitian. Dalam pengambilan sampel peneliti membuat undian sebanyak sampel yaitu 52 undian (26 kelompok intervensi dan 26 kelompok kontrol). Undian tersebut tertulis angka atau inisial. Untuk angka 1 atau inisial I pada kelompok intervensi, kemudian untuk angka 2 atau inisial O untuk kelompok kontrol. Undian yang tertulis angka atau inisial yang berjumlah 52 tersebut dimasukkan ke dalam toples sehingga akan tercampur secara acak. Kemudian bagi responden ketika akan dilakukan penelitian tinggal mengambil undian

tersebut dan mendapatkan inisial atau angka berapa untuk tergolong kelompok intervensi atau kelompok kontrolnya.

2. Peneliti memperkenalkan diri kepada responden
3. Peneliti memberikan informasi tentang tujuan, manfaat dan resiko penelitian dan meminta kesediaan responden untuk terlibat dalam penelitian.
4. Peneliti menjelaskan penelitian tentang pengaruh terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan ibu bersalin kepada responden.
5. Peneliti memberi lembar persetujuan bagi responden yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.
6. Peneliti melakukan proses pengambilan data dengan mengisi data karakteristik responden.
7. Peneliti membagikan nomor undian kepada responden untuk pembagian kelompok intervensi terapi kognitif behaviour dan kelompok kontrol
8. Peneliti mengukur tekanan darah pada kelompok terapi kognitif behaviour
9. Peneliti melakukan pengukuran tingkat kecemasan pada kelompok terapi kognitif behaviour sebelum diberikan terapi kognitif behaviour
10. Peneliti melakukan pengukuran tingkat kecemasan pada kelompok kontrol
11. Peneliti melakukan penilaian pada kelompok terapi kognitif behaviour
12. Peneliti melakukan observasi pada kelompok kontrol
13. Peneliti memberikan terapi kognitif behaviour dengan cara membuat pasien nyaman dan mengajak pasien berfikir, mengarahkan pasien untuk mengambil suatu tindakan atau keputusan untuk mengurangi rasa cemasnya
14. Peneliti melakukan pengukuran tingkat kecemasan kembali setelah dilakukan terapi kognitif behaviour
15. Peneliti melakukan pengukuran tingkat kecemasan kembali pada kelompok kontrol.

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen (Muhammad, 2008). Setelah instrumen yang akan digunakan berupa kuesioner sebagai alat peneliti selesai disusun, kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena kuesioner dikatakan valid jika kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Sastroasmara, 2014).

Uji validitas kuesioner PSRS dilakukan di klinik Medikal Center Tainan, southern Taiwan. Nilai signifikansi kuesioner 5 karakteristik responden lebih dari 0.349 sehingga semua pernyataan dinyatakan valid dengan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0.92. kuesioner PSRS memiliki 35 item pertanyaan dan memiliki 5 dimensi faktor stress selama proses bersalin.

Tabel 3.4

Dimensi Faktor Stress Selama persalinan

Dimensi	Jumlah pertanyaan
Faktor 1: Stress dalam mencari keamanan untuk ibu dan anak sebelum persalinan	8 pertanyaan
Faktor 2: Stress dalam perawatan bayi dan perubahan dalam keluarga	9 pertanyaan
Faktor 3: Identifikasi stress sebagai peran ibu	8 pertanyaan
Faktor 4: Stress dalam pencarian dukungan social	4 pertanyaan
Faktor 5: Stress dari penampilan fisik dan fungsi yang berubah	6 pertanyaan

Dalam proses penelitian ini, terapi kognitif behaviour diberikan dengan cara wawancara seperti yang sudah dilakukan penelitian sebelumnya.

3.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas (keterpercayaan) menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan, dan alat pengukur tersebut konsisten dari waktu ke waktu. Sehingga kata kunci untuk syarat kualifikasi suatu instrumen pengukur adalah konsistensi dan tidak berubah-ubah (Noor, 2016).

Uji reliabilitas kuesioner PSRS dilakukan di klinik medikal center Taiwan, Southern Taiwan. Nilai signifikansi kuesioner 5 karakteristik responden lebih dari 0.349 sehingga semua pertanyaan dinyatakan reliabel dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0.82.

3.8 Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

3.8.1 Teknik Pengolahan Data

Menurut Sarwana (2006), setelah data terkumpul, maka langkah yang dilakukan berikutnya adalah pengolahan data. Sebelum melaksanakan analisa data beberapa tahapan harus dilakukan terlebih dahulu guna mendapatkan data yang valid sehingga saat menganalisa data tidak mendapat kendala. Adapun langkah-langkah pengolahan data adalah sebagai berikut:

1. Editing

Pada tahap ini peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden dengan melakukan klarifikasi, keterbacaan, konsistensi dan kelengkapan data yang sudah terkumpul. Hal ini dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga bila ada kekurangan segera dapat dilengkapi. Selama proses penelitian ada beberapa data yang tidak terisi sehingga peneliti meminta responden untuk melengkapinya sehingga didapatkan data yang lengkap.

2. Pengembangan variabel

Semua variabel yang diperlukan sudah termasuk dalam data, apabila ada data yang belum terkumpul berarti belum lengkap atau belum mencakup semua variabel yang diteliti.

3. Koding

Peneliti memberikan kode pada data untuk mempermudah mengolah data, semua variabel diberi kode. Pada variabel terikat yaitu kecemasan ibu bersalin primipara peneliti menggunakan kode berupa angka. Selalu diberi kode 1, sering diberi kode 2, kadang-kadang diberi kode 3 dan tidak pernah diberi kode 4. Variabel dependen tingkat kecemasan yang menjawab nilai menjawab nilai 1 artinya gejala ringan, menjawab nilainya 2 artinya gejala sedang, menjawab nilainya 3 artinya gejala berat.

4. Cek kesalahan

Peneliti melakukan pengecekan kesalahan sebelum data dimasukkan ke dalam komputer untuk melihat langkah-langkah sebelumnya sudah diselesaikan tanpa kesalahan yang serius.

5. Tabulasi

Data dikelompokkan ke dalam kategori yang telah ditentukan dan dilakukan tabulasi kemudian diberikan kode untuk kemudahan pengolahan data. Proses tabulasi data meliputi:

- a. Mempersiapkan tabel dengan kolom dan baris yang telah disusun dengan cermat sesuai kebutuhan
- b. Menghitung banyaknya frekuensi untuk tiap kategori jawaban
- c. Menyusun distribusi dan tabel frekuensi dengan tujuan agar data dapat tersusun rapi, mudah dibaca dan dianalisis.

6. Entri data

Memasukkan data yaitu jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau software komputer.

7. Pembersihan data (*Cleaning*)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Proses ini disebut pembersihan data (*data cleaning*).

3.8.2 Analisa Data

3.8.2.1 Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendiskripsikan mengenai distributif frekuensi dan distribusi frekuensi masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun terikat (Sumantri, 2011). Tujuan analisis univariat menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, bentuk analisis tergantung bentuk datanya (Sumantri, 2011). Pada penelitian ini menggunakan variabel berjenis data kategorik yang disajikan dalam bentuk distribusi pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol.

3.8.2.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk menganalisis perbedaan variabel bebas maupun variabel terikat, Uji bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk melihat perbedaan yang bermakna antara dua kelompok data yaitu variabel dependen (pemberian terapi kognitif behaviour kepada ibu bersalin yang mengalami kecemasan) sebelum diberikan terapi kognitif behaviour untuk mengurangi kecemasan pada ibu bersalin dan independen (pemberian terapi kognitif behaviour kepada ibu bersalin yang mengalami kecemasan) setelah diberikan terapi kognitif behaviour untuk mengurangi kecemasan pada ibu bersalin.

Analisa data yang digunakan penelitian ini adalah menggunakan uji *Wilcoxon*, karena skala variabel berupa ordinal dan untuk menentukan ada tidaknya perbedaan rata-rata sampel yang saling berhubungan atau dependen serta mengetahui data itu normal atau tidak. Selanjutnya Uji *Kolmogorov Smirnov* untuk mengetahui perbedaan data setelah diberikan tindakan. Kemudian analisis uji beda man whitney untuk data yang tidak normal karena secara parametrik tidak terpenuhi dan dilakukan dengan metode nonparametrik (Sastroasmoro, 2014).

Tabel 3.8

Analisa variabel Dependen dan Independen

Pre	Post	Uji Statistik
Pengukuran tingkat kecemasan sebelum diberikan terapi kognitif behavior	Pengukuran tingkat kecemasan setelah diberikan terapi kognitif behavior	<i>Wilcoxon</i>
Kelompok intervensi	Kelompok control	Uji statistik
Pengukuran tingkat kecemasan diberikan terapi kognitif behavior	Pengukuran tingkat kecemasan tanpa diberikan terapi kognitif behavior	<i>Man Withney</i>

3.9 Etika Penelitian

Penelitian ini menerapkan prinsip etik penelitian untuk melindungi hak responden dan peneliti selama proses penelitian. Menurut Nursalam (2008), prinsip etika dalam penelitian dan pengumpulan data dibagi menjadi tiga yaitu:

3.9.1 Prinsip Manfaat (Benefience)

Peneliti melakukan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi responden penelitian dan dapat digeneralisasikan ditingkat populasi serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan penggunaan pengobatan non farmaka perawat untuk pasien yang mengalami kecemasan selama bersalin dengan memberikan terapi kognitif behaviour. Penelitian ini tidak membahayakan, memperhatikan dan menghormati hak, martabat dan privasi responden. Peneliti menjelaskan bahwa peneliti berhak memperoleh kenyamanan fisik, psikologi, dan sosial.

3.9.2 Prinsip menghargai hak asasi manusia (Respect of human dignity)

Prinsip ini menghormati dan menghargai hak-hak sebagai responden. Responden berhak untuk menerima, menolak, maupun mengundurkan diri terhadap terapi yang akan diberikan. Selain itu responden berhak bertanya jika penjelasan yang responden kurang mengerti dan mengetahui manfaat dari diadakan penelitian.

3.9.3 Prinsip keadilan (Right to justify)

Peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Saat pembagian responden, peneliti tidak memberikan perlakuan yang berbeda terhadap responden. Penerapan prinsip ini dilakukan dengan cara memperlakukan semua responden secara adil dan terbuka. Pada penelitian ini, terdapat dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi adalah kelompok yang akan diberikan terapi kognitif behaviour saat penelitian dilakukan, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak diberikan terapi kognitif behaviour saat penelitian dilakukan karena sebagai pembanding. Akan tetapi, kelompok kontrol diberikan TKB seperti halnya kelompok intervensi setelah 15 menit selesai dilakukan proses penelitian, karena TKB yang diberikan pada kelompok intervensi membutuhkan waktu 15 menit.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian mengenai intervensi terapi kognitif behaviour terhadap kecemasan pada ibu bersalin di UPTD Rumah Bersalin Paten Kota Magelang, maka kesimpulan yang dapat diambil antara lain sebagai berikut:

5.1.1 Karakteristik usia responden pada kelompok terapi kognitif behaviour dan kelompok kontrol paling banyak pada usia 20-35 tahun. Karakteristik parietas pada kelompok terapi kognitif behaviour paling banyak pada parietas ibu primipara. Sedangkan pada kelompok kontrol paling banyak pada parietas ibu multipara.

5.1.2 Tingkat kecemasan ibu bersalin sebelum dilakukan terapi kognitif behaviour pada kelompok intervensi paling banyak mengalami cemas sedang dan setelah dilakukan terapi kognitif behaviour paling banyak mengalami cemas ringan.

5.1.3 Tingkat kecemasan ibu bersalin sebelum dan sesudah terapi kognitif behaviour pada kelompok kontrol paling banyak mengalami kecemasan ringan.

5.1.4 Terdapat perbedaan penurunan kecemasan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan terapi kognitif behaviour pada kelompok intervensi. Terapi kognitif behaviour efektif dalam menurunkan kecemasan ibu bersalin.

5.1.5 Tidak terdapat perbedaan penurunan kecemasan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol

5.1.6 Terdapat perbedaan penurunan tingkat kecemasan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi terapi kognitif behaviour dapat menurunkan tingkat kecemasan ibu bersalin.

B. SARAN

5.2.1 Bagi responden dan masyarakat

Dengan penelitian ini diharapkan ibu bersalin dan masyarakat dapat menerima informasi tentang terapi kognitif behaviour sebagai terapi yang efektif dan menjadi salah satu terapi non farmaka dalam mengatasi kecemasan ibu bersalin. Selain itu, diharapkan ibu bersalin dan masyarakat mau menggunakan terapi kognitif behaviour untuk mengurangi kecemasan pada ibu bersalin.

5.2.2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Dengan penelitian ini diharapkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan bukan hanya memberikan terapi farmaka untuk mengurangi kecemasan pada ibu bersalin, namun dapat memberikan terapi berfikir dan berperilaku yang berupa terapi kognitif behaviour untuk mengurangi kecemasan dan melaksanakan perannya sesuai undang-undang keperawatan. Terapi kognitif behaviour dapat dijadikan sebagai standar operasional prosedur (SOP) untuk mengurangi kecemasan pada ibu bersalin.

5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Dengan penelitian ini diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan mengontrol faktor-faktor lain seperti aspek budaya, trauma melahirkan sebelumnya, sikap dan dukungan dari suami dan keluarga, kelelahan fisik, pengetahuan, faktor nyeri, dan faktor persalinan yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan ibu bersalin. Selain itu penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti jenis-jenis terapi lainnya untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu bersalin.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Wahyu Nur. (2009). Keefektifan CBT Sebagai Terapi Tambahan Pasien Skizofrenia Kronis Di Panti Rehabilitasi Budi Makarti Boyolali. *Tesis*. Progam Pendidikan Dokter Spesialis Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Aprillia, Yessie. (2010). *Hipnostetri: Rileks, Nyaman dan Aman Saat Hamil dan Melahirkan*. Jakarta: Gagas Media.
- Asrori, Adib. (2015). Terapi Kognitif Perilaku Untuk Mengatasi Gangguan Kecemasan Sosial. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan Vol. 3, No. 1 Januari 2015*. Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang.
- Asmara, Maya Shella, et al. (2017). Efektifitas Hipnoterapi dan Terapi Musik Klasik terhadap Kecemasan Ibu Hamil Beresiko Tinggi di Puskesmas Mgelng Selatan Tahun 2017. *Jurnal URECOL (University Research Collquium) 2017 ISSN 2407-9189*. Program Studi Ilmu Keperawatan. Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Bobak, Lowdermilk and Jensen. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Buiton, Tomas. Blogg, Coline. (2014). *Anestessilogi*. Jakarta : EGC
- Buscewicz, et al. (2017). Pilot of arandomised controlled. Trial of the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline versus cbt for anxiety syptoms in people with generalised anxiety disorder who have filed do respond to low- intensity psykologikal treatments as defined by national instit⁹² for health and care excellence guidelines. *NIHR journal libr* vol.21.issue 45 agustus 2017.
- Chen, Chung-Hey. (2015). Revision and Validation of a Scale to Assess Pregnancy Stress. *Journal of Nursing Research. Vol. 23, No. 1 March 2015*. PhD, RN, Proffesor, Institute of Allied Health Sciencies and Departement og Nursing, National Cheng Kung University.
- Cho J.H. (2008). *The genetics and im. .opathogenesis of inflammatory bowel disease*. Nat Rev Immunol. 8 (6): 458-66.
- Devkota, Matrika. (2012). *Pusat Pemulihan Dan Pelatihan Penderita Gangguan Jiwa / Depresi : Panduan Bagi Pasien, Keluarga, Dan Teman Dekat*. Purworejo : Tirtojiwo

- Elias, Jack CHT. (2009). *Hipnosis dan Hipnoterapi Transpersonal/NLP*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Handayani, Reska. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester 3 Di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang Tahun 2012. *Ners Jurnal Keperawatan Vol.2 No. 1 Maret 2015*. Stikes Amanah Padang.
- Harahap, Meliani Sukmadewi Dan Fazdria. (2016). Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil Dalam Menghadapi Persalinan Di Desa Tualang Teungoh Kecamatan Langsa Kota Kabupaten Kota Langsa Tahun 2014. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala Volume 16 Nomor 1 April 2016*.
- Hidayat, Syaifurrahman. (2015). Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Proses Persalinan. *Jurnal Kesehatan "Wiraraja Medika"*. Program Studi Ilmu Keperawatan UNIJA Sumenep.
- Horhoruw, Cherly popy. (2016). Hubungan Parietas Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Dalam Menghadapi Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta. *Naskah Publikasi*. Program Studi Bidan Pendidik Jenjang Diploma IV Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Kalimah, Siti. (2015). Analisis Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Ibu Dalam Menghadapi Persalinan Kala I Dirumah Bersalin Mardirahayu Semarang. *Jurnal Kebidanan*. Prodi Ilmu Keperawatan Stikes Tlogorejo Semarang.
- Kemenkes Ri. (2013). *Buku Saku FAQ (Frequently Asked Questions) BPJS Kesehatan*. Jakarta: Kementrian kesehatan RI.
- Larasati, Inkaputri. Wibowo, Arif. (2012). Pengaruh Keikutsertaan Senam Hamil Terhadap Kecemasan Primigravida Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan, Vol.1 No.1 , Agustus 2012 : 26-32*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Maimunah. (2011). Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan Pertama. *Jurnal: Fakultas Psikologi*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Manuaba, Ida Bagus Gede. (2010). *Konsep Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Maryam, Arif Kurniawan. (2008). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Orang Tua Terkait Hospitalisasi Anak Usia Toddler Di BRSD RAA Soewono Pati. *Jurnal Keperawatan Vol 1, No 2, Maret 2008: 38-56*.

- Mu'arifah, Alif. (2005). Hubungan Kecemasan Dan Agresivitas. *Humanitas Psycological Journal Vol. 2 No. 2 Agustus 2005: 102-111*. Fakultas Psikologi Unversitas Ahmad Dahlan.
- Muhammad, Fadel. (2008). *Reinenting Local Goverment*. Yogyakarta: Deepublish.
- Muqodas, Idat. (2011). *CBT : Solusi Pendekatan Praktik Konseling*. Di Indonesia, Alumni Magister Bimbingan Dan Konseling Sekolah Pasca Sarjana UPI 2011 Dan Anggota Assosiasi Bimbingan Dan Konseling Indonesia (ABKIN).
- Mutia, Eti, et al. (2010). Terapi Kognitif Perilaku Bersyukur Untuk menurunkan Depresi pada Remaja. *Jurnal Intervensi Psikologi Vol. 2, No. 1 Hal. 1-136 Yogyakarta Juni 2010 ISSN 2085-4447*. Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia. Fakultas Psikologi, Universitas Gajah mada Yogyakarta. Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.
- Naim, Nurjanatum. (2010). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primipara Menghadapi Persalinan Di Puskesmas Pamula Kota Tangkrang Selatan. *Skripsi*. Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Nanda. (2012). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Nevid, Jefrei. S. Rayus, Spenser. Grini, Perferi. (2007). *Psikologi Abnormal. Edisi Ke-5 Jilid 1*. Jakarta : Erlangga
- Noor, Juliansyah. (2016). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Medika Salemba.
- Novitasari, Yomi. (2013). Penerapan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Untuk Menurunkan Kecemasan Pada Anak Sekolah. *Tesis*. Program Studi Magister Profesi Psikologi Universitas Indonesia Depok
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian I Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nyumirah, Sri. (2012). Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Klien Isolasi Sosial Di RSJ dr Amino Gondohutomo Semarang. *Tesis*. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Mageister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia Depok, Juli 2012.
- Oktarina, Mika. (2016). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deepublish.

- Pantiawati, Ika. Sari, Desy Kartika. (2013). Perbandingan Teknik Masase Dan Terapi Musik Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Ibu Bersalin Primipara Di Kecamatan Brebes. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, Vol. 4 No. 1 Edisi Juni 2013. Akbid YLPP Purwokerto
- Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Prapto, Dini.A.P. Nashori, H.Fuad. Rumiyani. (2015). Terapi Tadabur Al Qur'an Untuk Mengurangi Kecemasan Menghadapi Persalinan I. *Jurnal Intervensi Psikologi* Vol.7 No.2 Desember 2015. Fakultas Psikologi Dan Ilmu Sosial Budaya UII Yogyakarta.
- Purnama, Baiq Wahyu Riski. (2015). Guided Emagery Terhadap Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Ibu Hamil. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan* Vol.3 No.2 Agustus 2015. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang.
- Putri, Maha Decha Dwi. (2012). Penggunaan Intervensi Kelompok Cognitive Behavior Therapy (CBT) Untuk Menurunkan Kecemasan Pada Lanisa. *Tesis*. Fakultas Psikologi, Program Studi Psikologi Profesi Peminatan Klinis Dewasa Universitas Indonesia Depok.
- Rahmy, C. (2013). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kelancaran Proses Persalinan Ibu Primigravida DI RS Ibu dan Anak Banda Aceh*. D3 Kebidanan, STIKesU Budiyah Banda Aceh.
- Ramaiyah, Santri. (2013). *Kecemasan : Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta : Pustaka Populer Obor.
- Retnani. (2014). Umur Dan Parietas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Preeklamsia. <http://jurnalgriyahasada.com/awal/images/files/PROFIL%20IBU%20HAMIL%20RISIKO%20TINGGI%20BERDASARKAN%20UMUR%20DAN%20PARITAS.pdf>. Diunduh 05 oktober 2015.
- Riwidikdo, Handoko. (2013). *Statistik Kesehatan Dengan Plikasi SPSS dalm Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Rihama-Rohama.
- Rohani, et al. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Medika Salemba.
- Santrock, John W. (2008). *Adolescence Perkembangan Remaja*. Jakarta : EGC.
- Sarwana, Jonathan. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sarwono, Prawihardjo. (2008). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Ismael, Sofyan. (2014). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke- 5*. Jakarta: Sagung seto

- Semiun, Yustinus. (2006). *Kesehatan Mental 3*. Yogyakarta: Kanisius.
- Setyaningsih, et al. (2013). Penurunan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Dalam Menghadapi Persalinan Melalui Paket “Harmoni”. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 16 No.3, November 2013, hal 176 – 182. Akademisi keperawatan Panti waluyo Malang, Jawa Timur. Prodi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Setyaningsih, Tri. (2011). Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta 2011. *Tesis*. Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia Tahun 2011.
- Stuard, Gail Wiscartz. Sunden, Sandra J . (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Sukandar, Anis. (2009). Keefektifan Kognitif Behaviour Terapi Umtuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Hamil Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. *Tesis*. Program Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Sumantri, Arif. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Medika Salemba.
- Suryana. (2010). *Metodologi Penelitian Model praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Jakarta: Universitas Pendidikan Indonesia.
- Sutrimo, A. (2012). *Pengaruh Guided Imagery and Music (GIM) Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Section Caesarea Di RSUD Banyumas*. S1 Keperawatan, FK Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto.
- Suwarno. (2013). Mengurangi Resiko Ibu Melahirkan, Widyaiswara *BKKBN Prov. Jateng Tahun 2013*. [diakses tanggal 30 Nivember 2016].
- Swarjana, Ketut. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV Anai Offset.
- Tando, Naomy Marie. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: In media.
- Wanda, et, all. (2013). Hubungan Karakteristik Ibu Hamil III Dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Di Poli KIA Puskesmas Tumiting. *Jurnal Keperawatan Vol 1, No 2, Maret 2013*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.

- Williams. (2010). *Obstetri William Panduan Ringkas*. Jakarta: EGC
- Yanuarini, Triatmi Andri. Rahayu, Dwi Estuning. Hardiati, Hanna Salehtra. (2013). Hubungan Parietas Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil, Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Vol.2 No.1 November 2013*.
- Yosep, Iyus. (2010). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi 5)*. Bandung: Revika Aditama
- Zahrani, Musfir Bin Said. (2009). *Konseling Terapi*. Jakarta: Gema Insani
- Zamriati, Waode. Hutakol, Ester. Wowiling, Terdinan. (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan Di Poli KIA PKU Tuminting. *E-Jurnal Vol.1 No.1 Agustus 2013*. Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Samrata Nangi Manado.