

SKRIPSI

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING
DENGAN TINGKAT KECEMASAN IBU PRIMIGRAVIDA TRIMESTER
III DALAM MENGHADAPI PERSALINAN
DI R.S.I.A SITTI AISYAH SURABAYA**



Oleh:
DEVIA LISTIYANA
010511011B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2009**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Surabaya, 13 Agustus 2009

Yang Menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'DEVIA LISTIYANA', with a long horizontal line extending to the right.

Devia Listiyana
010511011B

MOTTO

Tidak ada manusia yang terlahir sempurna karena itu janganlah kau sesali segala yang telah terjadi. Syukuri apa yang ada karena hidup adalah anugerah. Tetap jalani hidup ini dengan melakukan yang terbaik. Allah pastikan menunjukkan kebesaran dan kuasanya bagi hambanya yang sabar dan tak kenal putus asa. Jangan Menyerah.....dan semuanya akan indah pada waktunya

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 13 AGUSTUS 2009

Oleh

PEMBIMBING I



Esty Yunitasari, S.Kp. M.Kes
NIP. 132 306 153

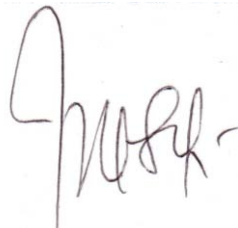
PEMBIMBING II



Tiyas Kusumaningrum, S.Kep. Ns
NIK. 139 080 791

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp. M.Kes
NIP. 132 295 670

SKRIPSI INI TELAH DIUJI DI HADAPAN PANITIA PENGUJI PADA

TANGGAL 20 Agustus 2009

PANITIA PENGUJI PROPOSAL:

**KETUA : Purwaningsih, S.Kp.M.Kes
NIP. 132 255 157**



**ANGGOTA : 1. Esty Yunitasari, S.Kp.M.Kes
NIP. 132 306 153**

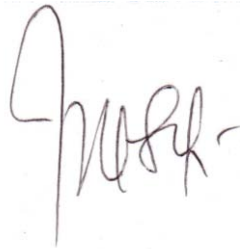
**2. Tiyas Kusumaningrum, S.Kep, Ns
NIK. 139 080 791**

.....

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



**Yuni Sufyanti, S.Kp. M.Kes
NIP. 132 295 670**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN IBU PRIMIGRAVIDA TRIMESTER III DALAM MENGHADAPI PERSALINAN DI R.S.I.A SITTI AISYAH SURABAYA”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.kep) pada program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Dalam penyusunan dan penyelesaian skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, asuhan, bantuan serta fasilitas lainnya dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Staf pendidikan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan bantuan dan pengarahan selama penulis menempuh pendidikan S1.
3. Esty Yunitasari, S.Kp. M Kes selaku pembimbing I yang selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Tiyas Kusumaningrum. S. Kep. Ns selaku pembimbing II yang selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp dan Retnayu Pradanie S.Kep, Ns selaku penguji proposal yang telah meluangkan waktu untuk bersedia menguji dan memberikan bimbingan dalam proposal skripsi ini.
6. Purwaningsih, S.Kp, M.Kes selaku penguji skripsi yang telah meluangkan waktu untuk bersedia menguji dan memberikan bimbingan dalam skripsi ini.

7. Direktur R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian, sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik..
8. Semua staff B.K.I.A R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya yang telah memberikan kerjasamanya dan dukungan dalam penelitian ini.
9. Kedua Orang tua (Ayah dan Ibuku tercinta) yang telah memberikan doa yang tulus, kasih sayang, dukungan moriil maupun materi selama penulis menempuh studi.
10. Mbak Nita sekeluarga yang telah memberikan perhatian dan semangat selama penulis menempuh studi.
11. Dek Dendik, dek Vino dan dek Fadel yang lucu yang telah memberikan semangat dan hiburan selama penulis menempuh studi.
12. Renie K, mbak Meli dan mbak Tinuk, juga Vera temen kosku yang telah memberikan semangat selama penulis menempuh studi.
13. Irma Firdiani, Dita, mbak Tinuk, mas Deka, mbak Anik, pak Hendi, mbak lussi, mbak Iva terima kasih banyak sudah membantu dalam skripsi ini.
14. Renie K, Fathiya, Resti, Ilmi, Indriya R, Anindia, Fira, dan Yustina sahabatku yang selama ini telah menemani, memberikan semangat selama penulis menempuh studi.
15. Semua pihak yang telah membantu yang mungkin belum penulis sebutkan.
16. Serta semua pihak responden terimah kasih banyak atas partisipasinya dan kerjasamanya.

Semoga Allah SWT membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam penyusunan menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan untuk itu krtik dan saran penulis harapkan untuk kesempurnaan. Penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 13 Agustus 2009

Penulis

ABSTRACT

The correlation of coping mechanism with anxiety level of primigravida in third trimester

in R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya

Cross Sectional Study

By: Devia Listiyana

Coping Mechanism is mechanism used by individual to face change in their lives. If mechanism of success coping, hence people can adapt to change happened. Mechanism of coping can be learn, since of stressor occurred until individu realizes impact of stressor (Carlson, 1994). Ability of individual coping depend where temperament, perception, cognition and also the culture or place where individu growth (Carlson, 1994).

This study used cross-sectional design. Population consisted of primigravida in third trimester in B.K.I.A R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya. Samples were recruited using purposive sample. Respondents who met the inclusion criteria were 20 individuals. The independent variable was coping mechanism, while the dependent variable was the anxiety level of primigravida in third trimester. Data were collected using questionnaire then analyzed using Spearman Rho correlation test.

The result showed there Is no the relation of coping mechanism with ($p = 0,253$), $r (-268)$ of anxiety level of primigravida in third trimester

Psychosocial support from family, good information about pregnancy and labor process can be very helpful for these women to overcome anxiety in nearly partus. Further research are needed to examine the effect on the changes of oxytocin level which able to make headway street to born pursued to in third trimester.

Keyword: *coping mechanism, anxiety level, primigravida third trimester, psicosocial,*

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Motto.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Ucapan Terimakasih.....	v
Abstract.....	vii
Daftar isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Kehamilan.....	6
2.1.1 Definisi Kehamilan.....	6
2.1.2 Proses Kehamilan.....	6
2.1.3 Tanda-Tanda Kehamilan.....	8
2.1.4 Penggolongan Primigravida atau Multigravida.....	11
2.1.5 Perubahan Fisiologi pada Saat Kehamilan.....	11
2.2 Konsep Trimester III.....	12
2.2.1 Definisi Trimester III.....	12
2.2.2 Kondisi Tubuh Ibu dan Bayi di Trimester III.....	12
2.2.3 Kondisi Psikis Ibu di Trimester III.....	22
2.3 Konsep <i>Antenatal Care</i> (ANC).....	23
2.3.1 Definisi ANC.....	23
2.3.2 Manfaat ANC.....	23
2.3.3 Jadwal ANC pada Trimester III.....	24
2.3.4 Rencana Persalinan Berdasarkan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).....	24
2.3.4.1 Definisi KSPR.....	24
2.3.4.2 Fungsi KSPR.....	24
2.4 Konsep Persalinan.....	31
2.4.1 Definisi Persalinan.....	31
2.4.2 Teori Persalinan.....	31
2.4.3 Tanda-Tanda Persalinan.....	33
2.4.3.1 Tanda-Tanda Permulaan Persalinan.....	33

2.4.3.2 Tanda-Tanda Persalinan Sebenarnya (<i>True Labor</i>).....	35
2.4.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.....	36
2.4.5 Kala Persalinan.....	38
2.5 Stres dan Cemas dalam Persalinan.....	43
2.6 Konsep Kecemasan.....	44
2.6.1 Definisi Kecemasan.....	44
2.6.2 Respon Terhadap Kecemasan.....	45
2.6.3 Teori Predisposisi Kecemasan.....	47
2.6.3.1 Teori Psikoanalitik.....	47
2.6.3.2 Teori Behavioral.....	47
2.6.3.3 Teori Biological.....	48
2.6.3.4 Teori Genetik.....	49
2.6.4 Mekanisme Terjadinya Kecemasan.....	49
2.6.5 Faktor Penyebab Kecemasan.....	51
2.6.6 Penilaian Kecemasan.....	53
2.7 Konsep Mekanisme Koping.....	55
2.7.1 Definisi Mekanisme Koping.....	55
2.7.2 Proses Mekanisme Koping.....	56
2.7.3 Manfaat Koping.....	57
2.7.4 Jenis-Jenis Koping.....	58
2.7.5 Jenis Mekanisme Koping.....	58
2.7.6 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping.....	62
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	65
3.1 Kerangka Konseptual	65
3.2 Hipotesis	66
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	67
4.1 Desain Penelitian	67
4.2 Kerangka Operasioanal	68
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling	69
4.3.1 Populasi	69
4.3.2 Sampel	69
4.3.3 Sampling	70
4.4 Identifikasi Variabel	70
4.4.1 Variabel Independen	70
4.4.2 Variabel Dependen	70
4.5 Definisi Operasional	71
4.6 Pengumpulan Data.....	74
4.6.1 Instrumen Penelitian.....	74
4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	75
4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data	75
4.7 Analisis Data	76
4.8 Etika Penelitian	78
4.8.1 <i>Informed Consent</i>	78
4.8.2 <i>Anonimity</i>	78
4.8.3 <i>Confidentiality</i>	78
4.9 Keterbatasan.....	79

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	80
5.1 Hasil Penelitian.....	80
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	80
5.1.2 Data Demografi.....	82
5.1.3 Data Khusus.....	87
5.2 Pembahasan.....	89
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	93
6.1 Kesimpulan.....	93
6.2 Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA.....	95
Lampiran 1.....	97
Lampiran 2.....	98
Lampiran 3.....	99
Lampiran 4.....	100
Lampiran 5.....	101
Lampiran 6.....	103
Lampiran 7.....	107
Lampiran 8.....	111
Lampiran 9.....	112
Lampiran 10.....	113

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pembesaran rahim dalam kehamilan (Manuaba, 1998).....	13
Gambar 2.2 Tahap Penting Perkembangan Janin (Manuaba, 1998).....	22
Gambar 2.3 Berbagai fase dalam pembukaan servik (Manuaba, 1998).....	39
Gambar 2.4 Kala I awal hingga kala II akhir (Hanifa, 2007).....	40
Gambar 2.5 (A). Kepala tampak dalam vulva. (B). Kepala dilahirkan lewat perineum. (C). Kepala sudah lahir seluruhnya.(D). Putaran paksi luar (Hanifa, 2007).....	41
Gambar 2.6 Plasenta sudah lepas dan terletak di bagi jalan lahir. bawah (Hanifa, 2007).....	42
Gambar 2.7 Rentang Respon Kecemasan (Stuart&Sundeen, 1995).....	45
Gambar 2.8 <i>Unified Model of Anxiety Disorders</i> (Stuart dan Sudeen, 1995).....	50

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Primigravida dan Multigravida (Manuaba, 1998).....	11
Tabel 2.2 Kartu Skor Poedji Rochjati (Rochjati, 2003).....	25
Tabel 2.3 Dampak ansietas dan deskripsi empat tingkat ansietas (Issacs, 2004)	46
Tabel 2.4 Hubungan antara stressor dan tahap perkembangan (Kozier et al, 1995).....	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	97
Lampiran 2	Lebar Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	98
Lampiran 3	Lembar Permohonan Menjadi Responden	99
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	100
Lampiran 5	Lembar Kuesioner dan Data Demografi.....	101
Lampiran 6	Lembar Kuesioner Mekanisme Koping.....	103
Lampiran 7	Lembar Kuesioner Tingkat Kecemasan	107
Lampiran 8	Lembar Wawancara Terstruktur.....	111
Lampiran 9	Tabulasi Data.....	112
Lampiran 10	Hasil Analisis Statistik.....	113

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan bagi ibu primigravida trimester III akan menjadi sebuah pengalaman baru dan merupakan masa-masa yang sulit. Persalinan merupakan pengalaman yang istimewa bagi seorang ibu yang merupakan salah satu tugas perkembangan keluarga dan dapat menjadi krisis situasi. Krisis tersebut muncul karena adanya kecemasan ringan yang menjadi kecemasan sedang dan kecemasan berat dalam menghadapi persalinan. Pada kenyataan di lapangan ibu yang akan bersalin yang sudah mendapatkan penyuluhan tentang persalinan dan mempunyai koping yang efektif terhadap persalinan masih mengalami kecemasan sedang bahkan kecemasan berat dalam menghadapi persalinan. Menurut Murkoff (2006), menghadapi persalinan ibu akan merasakan perubahan-perubahan tentang kehamilannya baik secara fisik maupun secara emosional. Kecemasan menghadapi persalinan menduduki peringkat teratas yang paling sering dialami ibu selama hamil (Lestariningsih 2006). Kecemasan ibu semakin diperburuk oleh kenyataan bahwa ibu harus menjalani pengalaman melahirkan yang secara psikologis dan fisik menyakitkan (Smith 1999). Berdasarkan teori, koping yang efektif akan menghasilkan sebuah adaptasi yang baik tetapi jika sebaliknya dapat mengakibatkan gangguan psikologis maupun gangguan kesehatan fisik (Rasmun, 2004). Pada bulan Juni 2009 didapatkan sebanyak 20 ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya sebesar 75% (15 orang) mengalami kecemasan yang berlebihan dalam menghadapi persalinan. Kecemasan merupakan

salah satu respon psikologik terhadap stres yang mengandung komponen fisiologi dan psikologi. Kecemasan ringan yang menjadi kecemasan sedang dan kecemasan berat dalam menghadapi persalinan tidak terlepas dari mekanisme koping ibu. Namun hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan belum diketahui dengan jelas.

Mekanisme koping ibu yang tidak efektif dapat membawa ibu ke tahapan kecemasan yang lebih lanjut dari kecemasan ringan yang menjadi kecemasan sedang dan kecemasan berat dalam menghadapi persalinan. Penelitian Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menunjukkan 798 orang atau (27%) dari 2.928 responden ibu hamil dan menyusui, mengalami tanda gangguan psikiatri berupa kecemasan atau ansietas. Kecemasan ibu primigravida trimester III tentang proses persalinan sebagian besar berada pada tingkat kecemasan sedang yaitu sebesar 52% (Kusuma Dewi Palupi, 2002 yang dikutip dari Wydiastuti (2006)). Faktor yang paling mencemaskan ibu adalah lamanya proses persalinan, nyeri dan komplikasi yang bisa terjadi serta sikap penolong persalinan.

Menurut Brunner&Suddart (2002) koping dipengaruhi oleh karakter internal dan eksternal seseorang. Karakter internal meliputi kesehatan dan energi, sistem kepercayaan seseorang termasuk kepercayaan eksistensial (iman, kepercayaan, agama), komitmen atau tujuan hidup dan perasaan seseorang seperti harga diri, kontrol, kemahiran, pengetahuan, ketrampilan memecahkan masalah dan ketrampilan sosial (kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain). Karakter eksternal yang berpengaruh meliputi dukungan sosial dan sumber material. Koping ibu yang tidak efektif dalam menghadapi persalinan salah satunya berasal dari stressor akan rasa tidak nyaman selama persalinan nanti

karena nyeri akibat kontraksi uterus (Hugs,1992). Kecemasan sedang dan kecemasan berat dalam menghadapi persalinan tersebut akan membawa dampak dan pengaruh terhadap psikis dan fisik ibu maupun janin yang dikandungnya (Moeloek, 2002). Kecemasan tersebut bila tidak ditangani dengan baik nantinya bisa merusak konsentrasi ibu dalam proses persalinan. Kecemasan saat seorang ibu menghadapi persalinan sangat berpengaruh terhadap kemajuan persalinan (Simkin, 2005). Menurut Henderson (2006), masuk rumah sakit dapat meningkatkan kecemasan ibu yang dapat menurunkan efek kekuatan dan frekuensi kontraksi uterus, hal ini dapat mempengaruhi pembukaan serviks menjadi terhambat dan kala I menjadi panjang bahkan bisa menyebabkan *abruptio placenta*. Kondisi seperti kecemasan dan depresi mungkin berhubungan dengan peningkatan resiko kelahiran prematur (Paarlberg dkk, 1996). Kecemasan juga masih bisa terbawa hingga setelah proses persalinan, hal ini bisa menyebabkan sebuah gejala yang disebut *postpartum blues* (Iskandar, 2008). Kecemasan sifatnya *universality* atau umum semua orang sama dapat merasakannya tetapi cara pengungkapannya yang berbeda. Sesuai dengan karakteristik ibu maka koping setiap ibu akan berbeda-beda terhadap kecemasan tersebut.

Dari uraian di atas jelas bahwa kecemasan ringan yang menjadi kecemasan sedang dan kecemasan berat dalam menghadapi persalinan mempengaruhi proses persalinan, mempengaruhi kondisi ibu dan janin bahkan bisa menimbulkan komplikasi persalinan. Menurut penelitian Di RSUD Rembang Jawa Tengah (2008), faktor pengetahuan, psikologi, ekonomi, dukungan keluarga, pengalaman melahirkan berpengaruh dengan kecemasan pada ibu hamil yang akan

menghadapi persalinan. Untuk itu diharapkan ibu dapat memiliki mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi persalinan. Pembelajaran tentang keterampilan koping selama persalinan telah mengalami perubahan seiring bertambahnya waktu, dengan penekanan pada pendekatan psikologis (Brayshaw, 2007). Menurut Weisenberg (1999) mempercayai bahwa memiliki rasa percaya diri menggunakan mekanisme koping yang efektif dapat mempengaruhi respon imun ibu serta kemampuan pereda nyeri dari diri ibu sendiri. Hal tersebut mendorong penulis untuk mengulas lebih lanjut hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, maka dalam penelitian ini permasalahan yang dikaji adalah:

Apakah ada hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini untuk menjelaskan hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan di RSIA Sitti Aisyah, Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk:

1. Mengidentifikasi mekanisme koping ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya.

2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan di R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya.
3. Menganalisis hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk mendukung teori ilmu keperawatan terutama dalam bidang keperawatan maternitas.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti: dapat memberikan gambaran tentang hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya.
2. Bagi Perawat: dapat membantu ibu primigravida trimester III dalam mengatasi kecemasan menghadapi persalinan dengan memberikan konseling tentang mekanisme koping ibu terhadap persalinan.
3. Bagi Ibu: dengan penelitian ini diharapkan para ibu yang akan menghadapi persalinan untuk mempunyai koping yang efektif dalam menghadapi persalinan. Ini merupakan hal yang penting untuk dapat mengatasi kecemasan menghadapi persalinan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan dibahas mengenai: (1). Konsep Kehamilan (2). Konsep Trimester III (3). Konsep *Antenatal Care* (4). Konsep Persalinan, (5). Konsep Kecemasan, (6). Konsep Mekanisme Koping.

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita dan keluarganya. Kehamilan membawa berbagai perubahan besar baik perubahan psikologis maupun perubahan fisiologis (Hamilton, 1995).

2.1.2 Proses Kehamilan

Menurut Manuaba (2001), Proses Kehamilan dimulai dari peningkatan tekanan intrafolikel yang terjadi setelah folikel de graaf matang dengan mengeluarkan estrogen dan atas pengaruh FSH yang menurun dan merangsang LH surge, sehingga terjadi pula rupture dengan melemparkan ovum yang dibungkus oleh komulus oophorus dan korona radiata. Sementara semakin meningkatnya estrogen, terjadi gerakan putar balik ovarium pada sumbunya, dan fimbriae tuba makin mendekati ovarium yang kedua gerakan tersebut selalu dapat mengelilingi ovarium. Dengan demikian, seluruh permukaan ovarium seolah-olah tertutup oleh fimbriae sehingga saat terjadi ovulasi ovum selalu ditangkap oleh fimbriae yang disebut *ovum picked mechanism*. Estrogen yang dikeluarkan dapat mempengaruhi tuba dan sel dengan vilinya sehingga menimbulkan aliran cairannya menuju uterus.

Oleh karena pengaruh dari LH, komulus oophorus dan sel korona radiate ikut serta mengeluarkan progesterone yang dapat meningkatkan gerak sepertiga dari tuba sampai isthmusnya, untuk mempercepat jalannya ovum. Ovum akan berada pada tuba falopii selama 80 jam, khususnya di ampula tuba, sebagai tempat terluas, karena itu paling besar kemungkinan terjadi konsepsi.

Saat puncak masa subur, lendir serviks sangat jernih sehingga mudah ditembus oleh spermatozoa. Dalam perjalanan menuju tuba spermatozoa mengalami “kapasitasi dengan melepaskan sebagian pembungkus kepala yang terdiri dari glikoprotein, dan mampu melakukan tugas menembus ovum melalui “stomata” yang telah siap. Hasil konsepsi meneruskan perjalanannya dan masuk kavum uteri dalam bentuk “blastokis” serta masih memerlukan kesiapan endometrium sekitar 90-150 jam, setelah konsepsi dan melakukan kontak pertama dengan “desidua” hari ke-6.

Pada saat spermatozoa menembus ovum melalui stomata, telah dikeluarkan “*platelet activating factor like substance (PAF)*” yang akan merangsang ovarium dan blastokis sendiri untuk mengeluarkan “*early pregnancy factor (EPF)*”, yang menyebabkan blastokis mampu mengadakan kontak dengan desidua. Sementara itu, desidua mengeluarkan kortisol sehingga hasil konsepsi tidak ditolak oleh endometrium dan dapat tumbuh kembang sebagaimana mestinya, selain itu desidua juga mengeluarkan inhibin faktor dan aktivin faktor yang mempengaruhi pengeluaran *gonadotropin releasing factor* yang akan mempengaruhi *human chorionic gonadotropin*. Dengan demikian, keduanya dapat mengatur pengeluaran progesterone sehingga kehamilan dapat bertahan.

Pada hari ke-5, lapisan blastokis diliputi oleh “trophectoderm” yang akan terpecah menjadi dua lapisan, lapisan dalam sitotrofoblas, sedangkan lapisan luar sinsitiotrofoblas dan terjadi kontak pertama pada hari ke-6. Kedua lapisan ini mampu melakukan tugasnya membentuk plasenta. Segera setelah terbentuknya dua lapisan tersebut, masing-masing akan mengeluarkan hipotalamik seperti hormonal oleh sitotrofoblas dan semacam hormone kelenjar pituitary serta barantai sampai dikeluarkannya hormone-hormon plasenta. Sementara plasenta belum lengkap, korionik gonadotropin plasenta mempertahankan pengeluaran estrogen dan progesterone dari korpus luteum. Hormon plasenta yang jumlahnya kecil, tetapi fungsinya untuk menekan sistem antigen-antibodi sebagai immunosupresan sehingga kehamilan dapat berlangsung terus.

2.1.3 Tanda-Tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil (Manuaba 1998).

Tanda-tanda dugaan hamil menurut Manuaba (1998); Rustam (1998), sebagai berikut:

1. Amenore (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graff dan ovulasi. Dengan mengetahui tanggal haid terakhir (HPHT) dengan perhitungan rumus Naegle dapat ditentukan perkiraan persalinan.

2. Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan menimbulkan mual dan muntah di pagi hari

yang disebut morning sickness. Dalam batas yang fisiologis keadaan ini dapat di atasi. Akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang.

3. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

4. Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah umur kehamilan 16 minggu.

5. Payudara tegang

Pengaruh estrogen dan progesterone serta somatomotropin menimbulkan deposit lemak air, dan garam pada payudara membuat payudara membesar dan tegang sehingga ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

6. Sering miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada trimester kedua keadaan ini sudah menghilang.

7. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh estrogen dan progesterone dapat menghambat peristaltic usus menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

9. Pigmentasi Kulit

1). Pigmentasi di sekitar pipi disebut *Chloasma gravidarum*. Dan keluarnya *melanophore stimulating hormone* hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit.

2). Dinding perut

Adanya striae livide, striae nigra, dan linea alba makin hitam.

3). Sekitar payudara

Hiperpigmentasi areola mammae, puting susu makin menonjol, kelenjar Montgomery menonjol serta pembuluh darah menifesa sekitar payudara.

10. Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi bila hamil.

11. *Varices* atau penampakan pembuluh darah vena

Karena pengaruh estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

Sedangkan tanda-tanda pasti kehamilan menurut Manuaba (1998); Rustam (1998) dapat ditentukan dengan jalan:

- 1). Gerakan janin dalam rahim terlihat atau teraba bagian-bagian janin.
- 2). Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop Laenec, alat Doppler. dapat dicatat dengan alat foto-elektrokardiogram, serta dapat dilihat dengan pemeriksaan ultrasonografi.
- 3). Terlihat tulang-tulang janin dalam foto- rontgen.

2.1.4 Penggolongan Primigravida atau Multigravida

Menetapkan kehamilan primigravida atau multigravida sangat penting karena sikap pengawasan hamil dan mempersiapkan pertolongannya mempunyai perbedaan. Dalam pengawasan hamil antara primigravida atau multigravida tidak ada perbedaan sampai saat persalinan berlangsung (Manuaba, 1998).

Primigravida adalah wanita yang hamil untuk pertama kali (Manuaba, 1998; Rustam 1998). Secara rinci dapat dibedakan antara primigravida dan multigravida dengan jalan pemeriksaan.

Tabel 2.1 Perbedaan Primigravida dan Multigravida (Manuaba, 1998).

Primigravida	Multigravida
Payudara tegang	Payudara lembek dan menggantung
Puting susu runcing	Puting susu tumpul
Perut tegang, menonjol	Perut lembek dan bergantung
Striae livide	Striae livide dan albikan
Perineum utuh	Perineum terdapat bekas robekan
Vulva tertutup	Vulva terbuka
Himen perforates	Karunkule mirtiformis
Vagina sempit dengan rugae	Vagina longgar, tanpa rugae
Portio runcing, tertutup	Portio tumpul dan terbagi dalam bibir depan-belakang
Hamil pertama kali	Pernah hamil dan melahirkan bayi genap bulan

2.1.5 Perubahan Fisiologi pada Saat Kehamilan

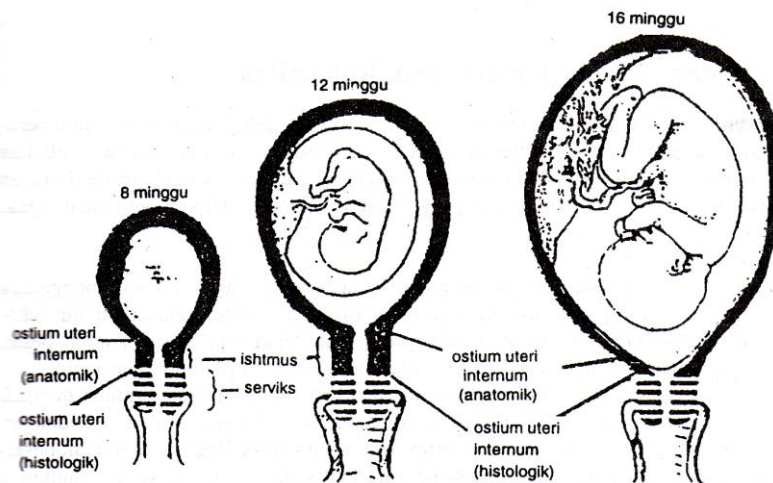
Menurut Manuaba (1998), dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.

Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen, dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada:

1. Rahim atau uterus

Rahim yang semula besarnya sejempol atau 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hyperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

Perubahan pada isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut tanda Hegar. Hubungan besarnya rahim dan tuanya kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil ganda, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar. Bersamaan dengan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, diikuti oleh makin besarnya aliran darah menuju rahim dari arteri urinaria dan arteri ovarika. Otot rahim mempunyai susunan istimewa yaitu longitudinal, sirkuler dan oblika sehingga keseluruhannya membuat anyaman yang dapat menutup pembuluh darah dengan sempurna. Meningkatnya pembuluh darah menuju rahim mempengaruhi serviks yang akan mengalami perlunakan. Serviks hanya memiliki sekitar 10% jaringan otot.



Gambar 2.1 Pembesaran rahim dalam kehamilan (Manuaba, 1998).

2. Serviks, menurut Stright (2004) akan mengalami perubahan seperti:
 - 1). Oleh karena stimulasi estrogen, serviks menjadi vaskuler dan edema.
 - 2). Kelenjar endoserviks menyekresi lendir tebal yang membentuk sumbat mukus. Sumbat mukus menjaga saluran endoserviks dan mencegah kontaminasi uterus oleh bakteri dan substansi lainnya.
 - 3). Tanda *Goodell*, per lunak serviks, akibat dari peningkatan vaskularisasi serviks.
3. Vagina (liang senggama), menurut Stright (2004) & Manuaba (1998) akan mengalami perubahan seperti:

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan (tanda Chadwicks).

4. Ovarium (indung telur), menurut Stright (2004) & Manuaba (1998) akan mengalami perubahan sebagai berikut:

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur 16 minggu.

Kejadian ini tidak terlepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone korionik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior.

5. Payudara, menurut Stright (2004) & Manuaba (1998) akan mengalami perubahan sebagai berikut:

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatommatropin.

Penampakan payudara pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

- 1). Payudara menjadi lebih besar
- 2). Areola payudara makin hiperpigmentasi berwarna hitam
- 3). Glandula Montgomery makin tampak
- 4). Pengeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi karena hambatan dari PIH (*prolaktine inhibiting hormone*) untuk mengeluarkan ASI.
- 5). Setelah persalinan, hambatan prolaktin tidak ada sehingga pembuatan ASI dapat berlangsung.

6. Sirkulasi darah ibu, menurut Stright (2004) & Manuaba (1998) akan mengalami perubahan sebagai berikut:

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain; meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadinya hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retro plasenter, serta pengaruh dari hormon estrogen dan progesterone makin meningkat. Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah.

1). Volume darah

Volume darah semakin meningkat di mana jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi), dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25 sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Sedangkan curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak sekitar umur hamil 16 minggu, sehingga pengidap penyakit jantung harus hati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan sakit jantung dapat jatuh dalam dekompensasio kordis. Pada postpartum terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ke tiga sampai kelima.

2). Sel darah

Sel darah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi

yang disertai anemia fisiologis. Sel darah putih meningkat dengan mencapai jumlah sebesar 10.000/ml. Dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Protein darah dalam bentuk albumin dan gammaglobulin dapat menurun pada trimester pertama, sedangkan fibrinogen meningkat. Pada postpartum dengan terjadinya hemokonsentrasi dapat terjadi tromboplebitis.

3). Sistem respirasi

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur hamil 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya.

4). Sistem pencernaan

Karena pengaruh estrogen, pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (*hipersaliva*), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan pusing kepala terutama pagi hari (*morning sickness*), muntah (*emesis gravidarum*), muntah berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari (*hiperemesis gravidarum*). Progesteron menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.

5). Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering kencing.

Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Terjadinya hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun akan bertambah. Filtrasi pada glomerulus bertambah sekitar 69% sampai 70%. Pada kehamilan ureter membesar untuk dapat menampung banyaknya pembentukan urin, terutama pada ureter kanan karena peristaltik ureter terhambat karena pengaruh progesteron, tekanan rahim yang membesar, dan terjadi perputaran ke kanan, dan terdapat kolon dan sigmoid di sebelah kiri yang menyebabkan perputaran rahim ke kanan. Tekanan rahim pada ureter kanan dapat menyebabkan infeksi pielonefritis ginjal kanan.

6). Perubahan pada kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* lobus anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (cloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang.

7). Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, di mana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Perubahan metabolisme meliputi metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.

2.2 Konsep Trimester III

2.2.1 Definisi Trimester III

Trimester III adalah usia kehamilan dari minggu ke-29 sampai ke-42 (Manuaba, 1998).

Trimester III merupakan periode tenang pada trimester kedua memfasilitasi suatu periode aktif, suatu trimester yang berorientasi pada realitas untuk orang tua yang menantikan kelahiran anak, di sini ikatan antara orangtua dan janin berkembang (Bobak, 2004).

2.2.2 Kondisi Tubuh Ibu dan Bayi di Trimester III

Berikut adalah gambaran kehamilan trimester III menurut Kitzinger (1996):

1. Minggu ke-29 sampai ke-32

- 1). Kondisi Tubuh Ibu:

Kerja jantung ibu 4x lebih cepat dari sebelum kehamilan, dan volume darah yang dipompakan hampir mencapai 2,5 liter. Karena ada peningkatan darah dalam pembuluh darah pada bagian tubuh sebelah bawah, beberapa wanita mengalami wasir, atau varises pada tungkai atau vulva. Karena lambung ibu menggosong lebih lambat, makan banyak membuat ibu merasa kembung. Ibu mungkin mengalami adanya peningkatan sekresi vagina. Sendi pelvis melunak dan meregang siap menanti kelahiran, sehingga ibu akan merasa nyaman apabila mengenakan sepatu dengan tumit rendah. Uterus terus mengencang untuk menyiapkan diri pada persalinan, kadang-kadang terlalu keras sehingga ibu harus menahan napas. Tekanan yang kuat pada perut ini disebut “Brakton Hicks”.

Ligamen yang melekat ke pelvis melunak oleh aksi dari hormone kehamilan, sehingga bayi yang besar dapat melewati pelvis yang relatif kecil. Peregangan pada ligament dapat menyebabkan sakit pinggang. Ibu mulai cemas tentang persalinannya.

2). Kondisi Bayi:

Sampai minggu ke-32 kebanyakan bayi sudah berposisi kepala di bawah dalam uterus. Mereka melakukan hal ini setelah kira-kira minggu ke-28, dan tetap dalam posisi tersebut sampai lahir. Yang lainnya tidak, dan tetap kepalanya di atas sehingga mereka lahir bokong terlebih dulu. Posisi kepala di bawah disebut “*vertex*” atau “*sefalik*”, dan posisi bokong di bawah disebut “*sungsang*”.

Bayi kecil yang mempunyai cukup ruang dalam uterus mungkin masih akan berubah posisinya dari *sungsang* ke *vertex* dan kembali pada posisi semula selama beberapa minggu. Kadang-kadang bila kepala bayi tidak di bawah, itu merupakan tanda-tanda bahwa ibu mengalami kemajuan dalam kehamilan. Ibu akan mengetahui bila bayi ibu berposisi kepala di bawah karena ibu akan merasa tendangan kakinya di iga dari pada bola yang keras yang tak lain adalah kepala bayi. Sekali kepala bayi telah menetap di bawah, bayi mungkin membenturkan kepalanya pada otot-otot dasar panggul ibu, pada awalnya dengan perlahan, dan kemudian dengan semakin turun bayi ke dalam pelvis maka akan keras dan keras lagi, siku dan lututnya menekan dinding lentur uterus, menyebabkan erupsi mendadak dari benturan.

Ukuran bayi sekitar 28 cm dari puncak kepalanya ke bokong, kira-kira sepanjang lengan dari siku ketiak. Beratnya sedikit lebih besar dari 2 kg atau sama dengan berat dua kantong gula besar.

2. Minggu ke-33 sampai ke-36

1). Kondisi Tubuh Ibu:

Terlihat garis gelap dari pusar ke bawah tempat otot di depan perut teregang. Kolustrum: jenis ASI pertama, terutama kaya akan protein akan mengalir dari payudara. Terjadi retensi sedikit cairan di bawah kulit dan mengalami sedikit bengkak pada pergelangan kaki, terutama pada cuaca yang panas.

2). Kondisi Bayi:

Bayi hampir siap untuk lahir, tetapi tetap memerlukan sebagian lemak untuk memastikan bahwa ada sistem yang efisien untuk pengaturan panas dan dingin sekali ia berada di luar lingkungan pengendalian uterus. Bayi terus bergerak, mengedipkan mata, mengeluarkan urine, menelan cairan amnion, dan mengalami cegukan. Otot-ototnya kuat, seperti tendangannya yang keras dari sodokan tangan dan tungkainya.

Panjang bayi hampir 45cm dari kepala ke ujung kakinya dan mempunyai berat hampir 3 kg. Sedangkan tubuh bayi kini bulat, dan terjadi penumpukan lemak hampir sekitar 14 gr di bawah kulitnya setiap hari. Panjang rambut di kepalanya bisa mencapai 5 cm. Kulitnya dilapisi oleh verniks, yaitu bahan seperti krim yang berwarna putih yang dihasilkan oleh sel-sel yang terlepas ke dalam cairan amnion. Tali pusat yang matur panjangnya hampir 50 cm dan amat licin, sehingga walaupun

bayi terbelilit oleh tali pusat, jarang terjadi ikatan yang kuat. Kuku-kuku jari kakinya hampir mencapai ujung jari kakinya.

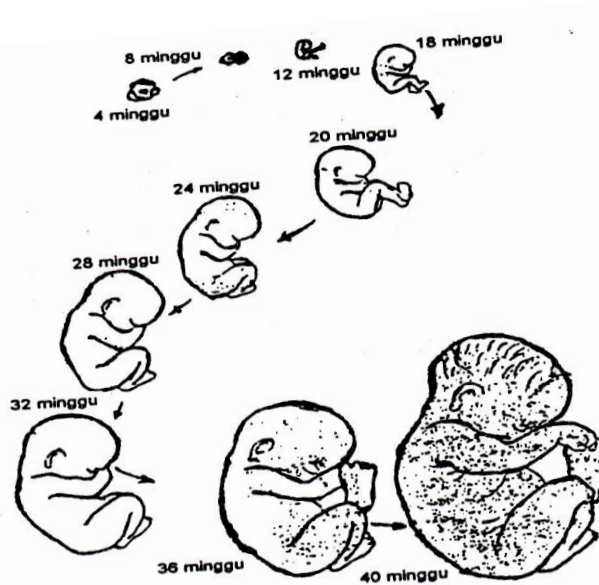
3. Minggu ke-37 sampai ke-40

1). Kondisi Tubuh Ibu:

Ibu mengalami sedikit diare serta mengalami nyeri punggung. Kepala bayi terasa seperti kelapa yang tergantung di antara tungkai. Bagian atas uterus mungkin sudah rendah saat ini, karena bayi telah turun ke dalam pelvis, dan ibu dapat bernapas lebih mudah. Dengan serviks mulai sedikit terbuka, terdapat rabas bercampur darah yang keluar dari vagina. Ini dapat terjadi selama seminggu atau lebih sebelum ibu benar-benar bersalin.

2). Kondisi Bayi:

Sistem saraf bayi telah matang dan siap untuk lahir. Lapisan lemak yang telah dibentuk di bawah kulit sudah cukup banyak sekarang sehingga bayi mampu untuk mengatur suhu tubuhnya ketika ia lahir. Karena sudah sangat sesak di dalam uterus, bayi membulat seperti bola dan tidak dapat membuat banyak gerakan seperti yang ibu rasakan sebelumnya. Kepala bayi tidak semuanya terbentuk dari tulang yang keras. Ada celah lunak, pada ubun-ubun di antara tulang-tulang tengkorak. Bersamaan dengan keluarnya bayi dari jalan lahir, celah ini akan menutup, membentuk kepala untuk melalui jalan lahir. Bila dagu bayi menunduk dengan cukup baik, kepalanya akan dapat melalui lengking jalan lahir dengan mudah. Berat badan bayi yang siap lahir antara 2,9-5 kg dan panjang rata-ratanya dari puncak kepala sampai bokongnya mendekati 35 cm.



Gambar 2.2 Tahap Penting Perkembangan Janin (Manuaba, 1998).

2.2.3 Kondisi Psikis Ibu di Trimester III

Trimester III merupakan periode tenang pada trimester kedua memfasilitasi suatu periode aktif, suatu trimester yang berorientasi pada realitas untuk orang tua yang menantikan kelahiran anak, di sini ikatan antara orangtua dan janin berkembang. Kekhawatiran orang tua yang berfokus pada defek kemampuan mental dan fisik anak yang mungkin terjadi bercampur dengan khayalan tentang bayi yang akan lahir. Perhatian ibu hamil biasanya mengarah ke keselamatan dirinya dan anaknya. Ibu mulai dengan realistis mempersiapkan diri untuk melahirkan dan mengasuh anaknya. Rasa cemas dapat timbul akibat kekhawatiran akan proses kelahiran yang aman. Hal ini mungkin tidak dinyatakan secara terbuka tetapi isyarat kekhawatiran akan tampak, jika perawat mendengarkan rencananya dalam merawat bayi barunya seandainya “terjadi sesuatu”. Perasaan ini tetap muncul meskipun ada bukti statistik tentang hasil

akhir kehamilan yang aman untuk ibu. Banyak wanita takut terhadap nyeri selama proses bersalin, mutilasi (hilangnya bagian tubuh) karena mereka ada yang tidak mengerti anatomi dan proses kelahiran, dan kekhawatiran tentang perilakunya serta kemungkinan ia kehilangan kendali diri selama persalinan. Namun keinginan yang kuat untuk melihat hasil akhir kehamilannya dan untuk segera menyelesaikannya membuat wanita siap masuk ke tahap persalinan (Bobak, 2004).

2.3 Konsep Antenatal Care (ANC)

2.3.1 Definisi ANC

ANC adalah pengawasan sebelum persalinan terutama diajukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 1998).

2.3.2 Manfaat ANC

Tujuan dari asuhan ANC menurut (Manuaba, 2001) adalah:

1. Mempersiapkan kehamilan, persalinan aman, bersih dalam keadaan optimal sehingga mampu memelihara bayi dan memberikan ASI.
2. Menetapkan risiko kehamilan sehingga persiapan persalinan dapat diarahkan ke tempat yang wajar.
3. Mengarahkan agar organ reproduksi dapat kembali ke masa pasca partus yang wajar dan mampu menyiapkan laktasi optimal.
4. Memberikan KIE dan KIM KB sehingga hamil pada interval optimal dengan jumlah dan susunan keluarga yang harmonis.
5. Menetapkan kehamilan dengan berbagai resiko serta mengarahkan pada persalinan bersih dan aman secara legeartis.

2.3.3 Jadwal ANC pada Trimester III

Menurut Manuaba (2001), jadwal ANC di trimester III sebagai berikut:

1. Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran tiba.
2. Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan.
3. Diet empat sehat lima sempurna.
4. Pemeriksaan ultrasonografi.
5. Imunisasi tetanus II.
6. Observasi tentang penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester 3, dan berbagai kalainan kehamilan trimester III.
7. Rencana pengobatan.
8. Nasehat dan petunjuk tentang: tanda-tanda inpartu, ke mana harus datang untuk melahirkan.

2.3.4 Rencana Persalinan Berdasarkan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

2.3.4.1 Definisi KSPR

KSPR adalah salah satu kegiatan deteksi pro-aktif pada semua ibu hamil untuk menemukan faktor resiko yang belum memberikan gejala atau keluhan dengan menggunakan alat skrining (Rochjati, 2003).

2.3.4.2 Fungsi KSPR

Menurut Rochjati (2003), KSPR ini mempunyai 5 fungsi, yaitu:

- 1). Skrining antenatal/deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil.
- 2). Pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan.
- 3). Pencatat kondisi ibu selama kehamilan, dan nifas mengenal ibu atau bayi.
- 4). Pedoman untuk memberi penyuluhan.

5). Validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB.

Tabel 2.2 Kartu Skor Poedji Rochjati (Rochjati, 2003).

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah / Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I \leq 16 th	4				
	2	Terlalu tua, hamil I \geq 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 th)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur \geq 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus / Tranfusi	4 4 4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada Ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah Jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil Kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia berat / Kejang-2	8				
		JUMLAH SKOR					

Keterangan:

1. Kiri Tengah:

Isian digunakan untuk melakukan skrining atau deteksi dini masalah atau faktor resiko, skor dari faktor resiko yang ditemukan dalam jumlah skor.

Bagian ini terbagi dalam 4 kolom I-IV;

Kolom I : Kelompok faktor resiko I,II, dan III.

Kolom II : Nomor urut dari masalah atau faktor resiko 1-20

Kolom III : Skor awal ibu hamil, macam masalah atau faktor resiko ada

20. Dengan rincian sebagai berikut:

1). Nomor Urut 1-10: Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO), 7 Terlalu dan 3 Pernah.

Kondisi ibu hamil atau faktor resiko yang berhubungan dengan umur, paritas dan riwayat persalinan yang lalu, yaitu primi muda (terlalu muda, hamil $1 \leq 16$ th), primi tua (terlalu tua, hamil ≥ 35 th dan terlalu lambat hamil ≥ 4 th), terlalu cepat hamil lagi (< 2 th), primi tua sekunder (terlalu lama hamil lagi ≥ 10 th), grande multi (terlalu banyak anak, 4 atau lebih), terlalu tua umur ibu ≥ 35 th, tinggi badan terlalu pendek ≤ 145 cm, riwayat obstetric jelek (pernah gagal kehamilan yang lalu), pernah melahirkan dengan tindakan bukan operasi (tarikan tang atau vakum, uri dirogoh, diberi infus atau transfusi), pernah operasi sesar. Faktor risiko yang ditemukan dicocokkan dengan gambar pada nomor yang sesuai dengan faktor risiko, diberi skor 4 dan khusus untuk bekas seksio diberi skor 4. Faktor risiko nomor 1-10 mudah ditemukan melalui Tanya jawab dan periksa pandang terhadap ibu hamil pada kontak I pada kehamilan muda oleh ibu hamil, suami, keluarga, PKK, dukun, tenaga kesehatan atau bidan di desa.

2). Nomor Urut 11-18: Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO), 8 Faktor Risiko

Penyakit pada ibu hamil, bengkak pada tungkai muka dan tekanan darah tinggi, hamil kembar, hidramnion, bayi mati dalam kandungan, kehamilan lebih bulan, letak sungsang, dan letak lintang. Skor diberi 4 kecuali letak sungsang dan letak lintang diberi skor 8. Bila tenaga non kesehatan, PKK, atau dukun menduga adanya suatu faktor misalnya hamil kembar, dirujuk ke bidan, kemudian bidan memeriksa, bila betul baru diberi skor bersama-sama dengan bidan.

3). Nomor Urut 19-20: Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO)

Perdarahan antepartum dan pre-eklamsi atau eklamsia diberi skor

8. Faktor risiko ini langsung mengancam nyawa ibu dan janin.

Kolom IV: Pemantauan terhadap ibu hamil selama kehamilan:

(1). Tanggal dan bulan pada tiap kontak ditulis di atas umur kehamilan yang sesuai:

Kontak pada Tribulan I, Tribulan II, dan dua kali pada Tribulan III.

(2). Tanggal dari rencana kontak berikutnya juga ditulis pada kolom umur kehamilan berikutnya. Tanggal ini ditulis juga dalam buku catatan ibu hamil untuk membantu memudahkan mengingat kapan kontak berikutnya harus dilaksanakan.

(3). Berisi nilai skor awal 2 untuk semua ibu hamil. Skor untuk masing-masing faktor risiko adalah 4 atau 8.

(4). Untuk pemberian dan pencatatan skor pada tiap kontak dengan ibu hamil oleh petugas kesehatan atau PKK.

Untuk mengisi jumlah skor pada tiap kontak, jumlahkan skor awal dari ibu hamil dan skor dari faktor risiko yang ada pada waktu kontak yang sama.

2. Kiri Bawah:

Penyuluhan untuk kehamilan atau persalinan aman dan rujukan terencana. Jumlah skor, kelompok risiko dengan kode warnanya akan memudahkan pemberian penyuluhan kepada ibu hamil, suami, dan keluarga dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai kehamilan atau persalinan aman.

1). Kehamilan

(1). Perawatan kehamilan, menggunakan buku KIA.

(2). Rujukan kehamilan bagi ibu risiko tinggi ke puskesmas atau rumah sakit:

1. Skor 2 : Perawatan kehamilan ke Bidan di desa baik posyandu, polindes, puskesmas, tidak perlu dirujuk.
2. Skor 6-10 : Diberi nasehat periksa kehamilan dan rujukan kehamilan ke bidan atau puskesmas untuk menetapkan dugaan faktor resiko yang ditemukan, misalnya pada letak sungsang, janin mati dalam kandungan (IUFD).
3. Skor ≥ 12 : Ibu hamil dengan faktor risiko ganda (dua atau lebih) dinasehatkan untuk periksa

kehamilannya, dan bila perlu dirujuk ke rumah sakit untuk pemeriksaan lebih intensif.

2). Persalinan

Ibu Hamil Risiko Tinggi KRT, Ibu Risiko Sangat Tinggi (KRST)

(1). KIE mengenai tempat dan penolong persalinan yang sesuai dengan kelompok risiko dan macam faktor risikonya.

(2). Rujukan persalinan dengan pola rujukan terencana

1. Rujukan Dini Berencana (RDB)

Rujukan Pada Ibu Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) dan Ibu Ada Gawat Obstetrik (AGO). Ibu hamil dirujuk dalam kondisi sehat, walaupun ada faktor risiko, ibu dapat berjalan, naik kendaraan umum ke rumah sakit.

2. Rujukan Dalam Rahim

Dilakukan pada janin risiko tinggi dengan upaya penyelamatan janin dalam rahim, agar setelah dilahirkan dapat langsung ditangani dokter spesialis anak. Misalnya pada ibu hamil riwayat obstetric jelek dengan penyakit diabetes melitus.

3. Rujukan Tepat Waktu (RTW), pada:

1). Ibu Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO): perdarahan antepartum, pada eklamsi belum menunjukkan tanda-tanda eklamsi lanjut, yaitu tanda-tanda sindroma HELLP (Hemolisis, "*Elevated of Liver Enzyme*" dan penurunan dari "*Platelet Count*") dengan tanda gangguan pembekuan darah.

2). Pada komplikasi persalinan dini misalnya uri tertinggal.

Komplikasi persalinan dapat terjadi tidak terduga sebelumnya: perdarahan post partum, retention placenta, partus lama atau infeksi, sebaiknya ditemukan pada tahap awal atau dini, masih belum ada tanda awal dari syok. Penyuluhan atau KIE sangat penting untuk menimbulkan rasa kesadaran, kepedulian, kewaspadaan dan kepatuhan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga mengenai tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Untuk itu dalam masa kehamilan (6 bulan) harus ada persiapan dan perencanaan mental, biaya, dan transportasi dalam upaya persalinan aman dengan mendapatkan pertolongan profesional yang adekuat di rumah sakit.

Penggunaan *Check list* dari kondisi ibu hamil atau faktor resiko dan penghitungan skor .

Ada 3 hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- (1). Deteksi adanya faktor risiko pada setiap kontak
- (2). Cara pemberian skor dan cara pencatatan skor dalam kolom IV dengan 4 kolom kecil pada umur kehamilan pada waktu kontak.
- (3). Penghitungan jumlah skor, dari skor awal dan skor kondisi ibu hamil atau faktor risiko.

3. Cara pengisian kolom IV, tempat menulis skor:

- 1). Bila ada salah satu ibu hamil dengan faktor risiko No. 1-20, maka skor ditulis pada kolom umur kehamilan yang sesuai saat itu.
- 2). Jumlah skor adalah jumlah dari skor awal dan skor pada faktor risiko 1-20 ditulis pada baris jumlah skor.

2.4 Konsep Persalinan

2.4.1 Definisi persalinan

Persalinan adalah proses pergerakan keluar (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan atau kekuatan sendiri (Manuaba, 1998).

Menurut Bobak (2004), proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Pada kebanyakan wanita, persalinan di mulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan dan berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat.

2.4.2 Teori Persalinan

Teori tentang persalinan ini merupakan teori yang kompleks dan sulit di cari mana sebenarnya yang paling dominan. Besar kemungkinan adalah semua teori yang dikemukakan oleh para ahli, merupakan satu kesatuan dengan hasil persalinan dapat dimulai (Manuaba, 1998). Teori tersebut antara lain:

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan (Manuaba, 1998); (Rustam, 1998); (Stright 2004)

2. Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Sedangkan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

3. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

4. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

5. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis.

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus (Liggin, 1973 dikutip dari Manuaba, 1998). Sedangkan menurut Malpar (1933) yang dikutip dari Manuaba (1998), mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama. Di dalam teori ini juga dijelaskan bahwa pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitary dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

2.4.3 Tanda-tanda persalinan

2.4.3.1 Tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya ibu hamil memberikan tanda-tanda:

1. *Lightening*

Lightening adalah penurunan janin dan uterus masuk ke dalam rongga pelvik, dua sampai tiga minggu sebelum awitan persalinan (Manuaba, 1998) & (Oxorn, 2003).

Menurut Manuaba (1998), menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:

1) Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi Braxton Hicks adalah kontraksi yang tidak teratur dan *intermittent* yang telah terjadi sepanjang kehamilan, menyebabkan

ketidaknyamanan, dan menghasilkan nyeri tarik pada *abdomen* dan lipatan paha.

- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum.
- 4) Gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah.

Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul di rasakan ibu hamil terasa ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang namun dibagian bawah terasa sesak sehingga sulit berjalan dan sering miksi (beser kencing).

Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu, power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal) dan passenger (janin&plasenta). Pada multipara gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

2. Terjadinya his permulaan

Pada hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi ini dapat dikemukakan sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi Braxton Hicks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesterone dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen-progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu. Sifat his permulaan (palsu): rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidaka ada perubahan pada serviks, durasinya pendek, dan tidak

bertambah bila beraktivitas (Manuaba, 1998), (Oxorn, 2003), (Rustam, 1998).

3. Ruptur membran amnion bisa terjadi sebelum awitan persalinan. Jika wanita tersebut mencurigai bahwa membrane tersebut telah pecah, ia harus menghubungi petugas kesehatan dan segera pergi ke kamar bersalin sehingga ia dapat diperiksa terhadap kemungkinan adanya prolaps tali pusat. Kondisi ini mengancam janin (Stright, 2004).
4. Peningkatan energi atau peningkatan ketegangan dan keletihan bisa terjadi segera sebelum persalinan (Stright, 2004).
5. Penurunan berat badan sekitar 0,45-1,35 kg bisa terjadi dalam 2 sampai 3 hari sebelum awitan persalinan oleh karena ekskresi cairan tubuh (Stright, 2004) & (Oxorn, 2003).
6. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah banyak dan bercampur darah (Oxorn, 2003), (Rustam, 1998).
7. Perasaan sering kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin (Rustam, 1998).

2.4.3.2 Tanda-tanda persalinan sebenarnya (*True Labor*)

Tanda-tanda persalinan sebenarnya sebagai berikut:

1. Terjadinya his persalinan, Manuaba (1998), Stright (2004), Oxorn (2003), (Rustam, 1998).

His persalinan mempunyai sifat:

- 1). Kontraksi terjadi dengan interval yang teratur.

- 2). Kontraksi dimulai dari punggung dan menjalar ke sekitar *abdomen*, meningkatkan intensitas dan durasinya dan secara bertahap memiliki interval yang pendek.
- 3). Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks. Serviks menjadi menipis dan berdilatasi.
- 4). Makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah.

2. Pengeluaran lendir dan darah.

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir bercampur darah (lendir berwarna kemerahan yang keluar dari saluran servik waktu persalinan mulai).

3. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya, ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

2.4.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan.

Menurut Stright (2004), persalinan dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1. Jalan lahir (*passageway*) adalah kemampuan panggul dan jalan lahir dalam memungkinkan janin turun, faktor-faktor tersebut meliputi:
 - 1). Tipe panggul (ginekoid, android, anthropoid, atau platipeloid).
 - 2). Struktur panggul (misalnya panggul sejati, panggul palsu).
 - 3). Diameter pintu atas panggul.

Menurut Bobak (2004), pintu atas panggul bidang diagonal, berdiameter 12,5-13 cm, sedangkan bidang obstetri (ukuran yang menentukan apakah bagian presentasi dapat masuk ke pintu atas berdiameter 1,5 sampai 2 cm lebih pendek dari pada diagonal (radiografik).

4). Diameter pintu bawah panggul

Diameter transversa (diameter intertuberosa) ≥ 8 cm (Bobak, 2004).

5). Kemampuan segmen uterus berdistensi, kemampuan serviks untuk berdilatasi dan saluran berdistensi, dan introitus vagina berdistensi.

2. Janin (*passenger*) adalah kemampuan janin untuk bergerak melalui jalan lahir yang berdasarkan faktor berikut ini:

1). Ukuran kepala janin dan kemampuan kepala untuk moulase dalam jalan lahir.

2). Prosentase janin yaitu bagian janin yang masuk pertama kali dalam panggul ibu.

3). Sikap janin yaitu hubungan antara bagian-bagian janin satu sama lain.

4). Posisi janin yaitu hubungan dari titik patokan tertentu dari bagian terendah janin dan panggul ibu.

3. Tenaga (*powers*) adalah frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi uterus untuk menyebabkan pendataran dan dilatasi serviks komplit.

4. Faktor plasenta adalah mengacu pada tempat insersi plasenta.

5. Psikis adalah keadaan psikologis klien, sistem pendukung yang tersedia.

Persiapan kelahiran anak, pengalaman dan strategi koping.

2.4.5 Kala persalinan

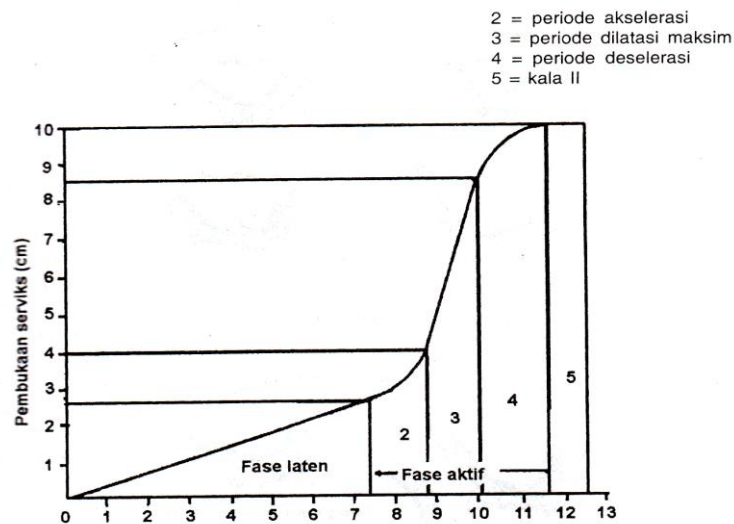
Menurut Stright (2004); Rustam (1998); Manuaba; (1998), ada empat tahap atau kala persalinan antara lain:

1. Kala I

Kala I yaitu waktu pembukaan servik sampai terjadi pembukaan lengkap (10 cm). Permulaan kala I dimulai dengan timbulnya his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir bercampur darah (*bloody show*). Lendir bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darah berasal dari pembuluh-pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis pecah karena pergeseran ketika servik mendatar dan membuka. Kala I berakhir bila serviks menipis dan dilatasi lengkap (Stright, 2004). Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- 1). Fase Laten, berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Menurut Friedman, fase laten pada primipara rata-rata selama 6,4 jam dan multipara selama 4,8 jam. Kontraksi meningkat dan lebih kuat.
- 2). Fase Aktif, di bagi menjadi tiga fase yaitu:
 - (1). Periode akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm
 - (2). Periode dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4cm menjadi 9cm, kontraksi menjadi lebih kuat, lebih sering, lebih lama dan lebih sakit.
 - (3). Periode akselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Menurut Hanifa (2007) mengungkapkan mekanisme membukanya servik berbeda antara primipara dan multipara. Pada primipara ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga servik akan mulai mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka, pada multipara ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Osteum uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran servik terjadi pada saat yang sama. Kala I berlangsung kira-kira 13 jam pada primipara dan 7 jam pada multipara, dengan variasi yang sangat besar (Hamilton, 1995).



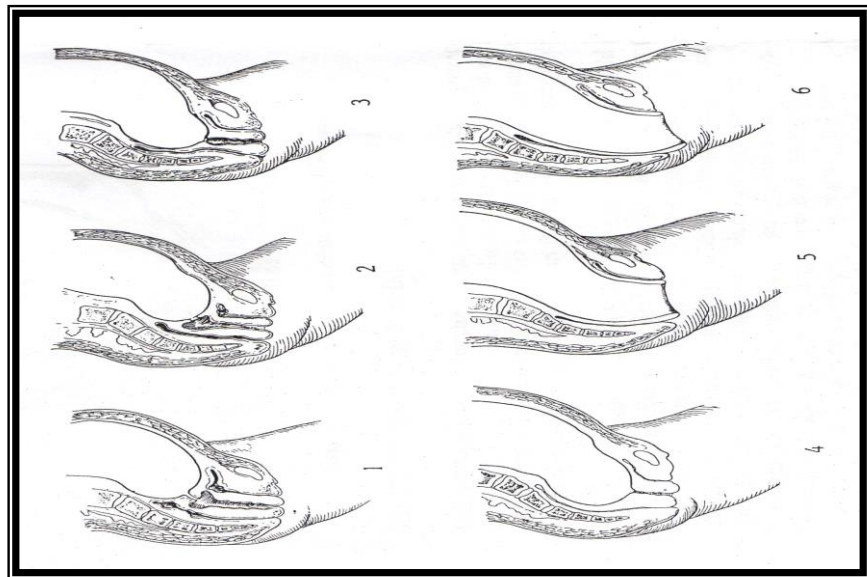
Gambar 2.3 Berbagai fase dalam pembukaan servik (Sumber Manuaba, 1998).

2. Kala II

Kala II yaitu kala pengeluaran janin, dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin keluar sampai lahir.

- 1). Pada pengeluaran janin his menjadi terkoordinir, lebih kuat, lebih cepat, dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali (Hanifa, 2007) dan durasi 50-90 detik (Stright, 2004).

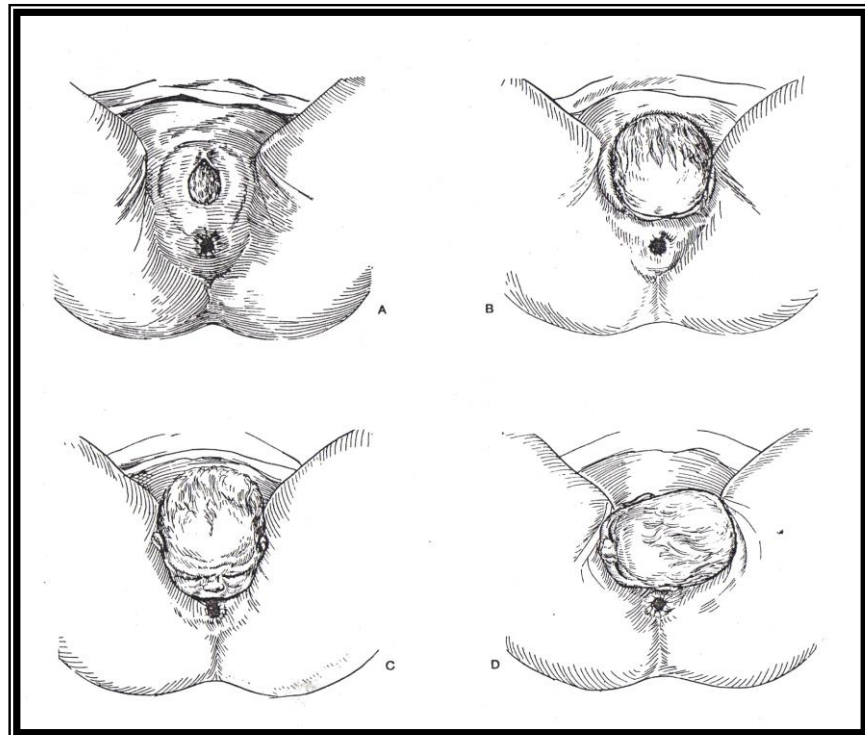
- 2). Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his (Hanifa, 2007).
- 3). Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his dan dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simphisis dan dahi melewati perineum, setelah istirahat sebentar his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi (ya) Kemampuan ibu untuk menggunakan otot-otot *abdomennya* dan posisi bagian presentasi mempengaruhi durasi kala II (Hamilton, 1995). Pada multipara kala II berakhir $\frac{1}{2}$ -1 jam, pada



Gambar 2.4 Kala I awal hingga kala II akhir (Hanifa, 2007)

3. Kala III

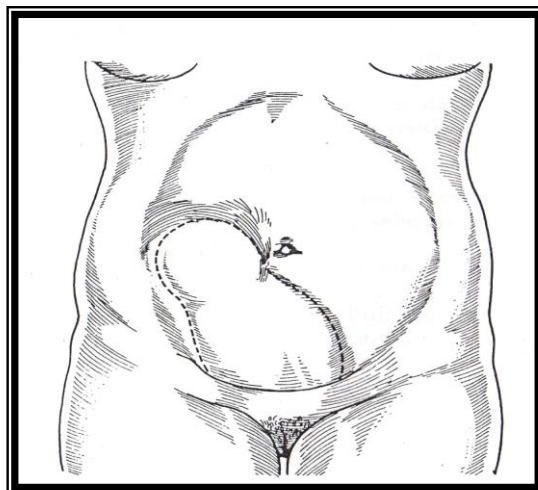
Kala III yaitu waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri. Diawali dengan keluarnya bayi dari uterus dan diakhiri dengan keluarnya plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi uterus istirahat. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Proses ini biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir baik multipara atau primipara (Rustam, 1998). Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda seperti: uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas, karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim sehingga tali pusat bertambah panjang dan terjadi perdarahan.



Gambar 2.5 (A). Kepala tampak dalam vulva. (B). Kepala dilahirkan lewat perineum. (C). Kepala sudah lahir seluruhnya. (D). Putaran paksi luar (Hanifa, 2007).

4. Kala IV

Kala IV yaitu mulai dari lahirnya uri selama 1-2 jam. Menurut Hamilton (1990) yang disebut sebagai kala IV diawali dengan keluarnya plasenta dan berakhir ketika uterus tidak relaksasi lagi, yaitu saat hemoragi postpartum telah lewat. Kala IV mungkin terjadi lebih panjang pada multipara dari pada primipara, tetapi biasanya rata-rata dari 4-12 jam. Secara umum, persalinan bagi primipara dua kali lebih lama dari pada multipara. Lamanya waktu persalinan pada setiap wanita tergantung pada ukuran jalan lahir yang berhubungan dengan bayi. Jumlah kehamilan sebelumnya, proses bayi, dan kualitas kontraksi uterus. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan: observasi tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, terjadinya perdarahan.



Gambar 2.6 Plasenta sudah lepas dan terletak di bagi jalan lahir. bawah (Hanifa, 2007).

2.5 Stress dan Cemas Dalam Persalinan

Kecemasan dan ketakutan yang berlebihan selama proses persalinan dapat menyebabkan pembentukan katekolamin dan menimbulkan kemajuan persalinan melambat (Simkin, 2005).

Stressor psikososial atau fisik akan menstimulasi hipotalamus untuk mensekresi CRF (Corticotropin Releasing Factor). ACTH ditangkap oleh sel di koterk kelenjar adrenal mengeluarkan kortisol dan sel di medulla adrenalis ephineprine dan norepineprine (katekolamin). Peningkatan pelepasan katekolamin menyebabkan penurunan aliran darah uterus (dikutip oleh Mander (2004) dari Shnider, dkk (1979). Menurut Lederman, dkk (1978) yang dikutip oleh Wydiastuti (2006), salah satu efek samping peningkatan kadar adrenalin adalah penurunan aktivitas uterus yang dapat menyebabkan persalinan lama.

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi jarang dengan spontan menceritakannya. Penting bagi perawat wanita untuk menanyakan pada ibu bersalin tentang apa yang dikhawatirkan dan diharapkan dari persalinannya agar tidak terjadi salah pengertian atau menganjurkan klien bertanya kepada tenaga kesehatan. Berikut adalah kekhawatiran yang sering diutarakan ibu yang bersalin: Apakah bayi saya akan baik-baik saja? Apakah saya dapat bertahan dalam persalinan ini? Apakah persalinan saya akan berlangsung lama? Bagaimana saya harus berindak? Apakah saya memerlukan obat? (Bobak, 2005).

Kebanyakan wanita mempunyai rasa cemas dan takut mengenai persalinan, kelahiran dan dampak dari bayi terhadap kehidupannya. Bagi beberapa wanita, masalah emosional adalah kekuatan yang cukup untuk

mengganggu pola persalinan efisien. Menurut Simkin (2005), kecemasan dan ketakutan yang umum terjadi pada ibu bersalin adalah:

1. Takut peningkatan akan nyeri
2. Takut terhadap kerusakan atau kelainan bentuk dari tubuhnya sendiri.
3. Takut akan ruptur rahim, jika klien pernah seksio sesarea.
4. Takut akan kehilangan kontrol, keanggunan, dan harga diri.
5. Takut kepada prosedur infansif, seperti pemeriksaan vaginal toucher, suntikan, tes darah atau lainnya.
6. Takut terhadap orang asing, pemberi perawatan yang memiliki kekuasaan dan kewenangan atas dirinya selama proses bersalin.
7. Takut tidak bisa merawat bayi secara adekuat.
8. Takut pengabaian oleh ayah si bayi, pemberi perawatan atau lainnya.
9. Takut mati (catatan: suatu periode sementara dari rasa takut akan mati pada akhir kala I, biasa dikaitkan dengan melonjaknya kadar katekolamin dan reflek pengeluaran janin).

2.6 Konsep Kecemasan

2.6.1 Definisi Kecemasan

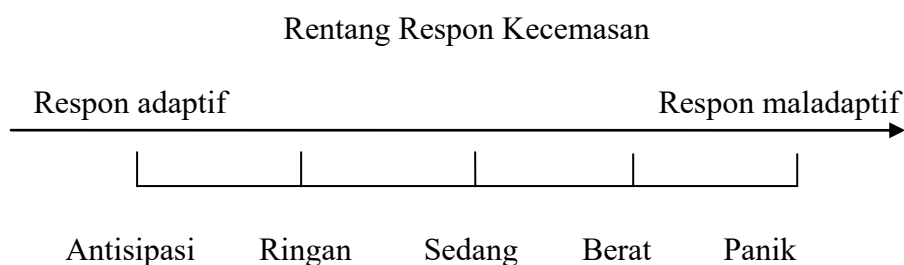
Menurut Kaplan&Sadock (2008), kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan: ia memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman.

Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian situasi yang mengganggu kemampuan seseorang dalam mencari tujuan yang diinginkan atau dapat juga berarti suatu tanpa objek yang spesifik (Stuart & Sundeen, 1998).

Cemas dalam kehamilan adalah suatu emosi yang sejak dulu dihubungkan dengan kehamilan, yang hubungan ini tidak jelas. Cemas mungkin emosi positif sebagai perlindungan menghadapi stressor, yang bisa menjadi masalah apabila berlebihan (Salmah, 2006).

2.6.2 Respon Terhadap Kecemasan

Respon seseorang terhadap kecemasan hanya dapat dideteksi melalui perilaku yang dimunculkan oleh individu tersebut. Respon terhadap kecemasan meliputi aspek psikomotor, kognitif, dan afektif. Respon terhadap kecemasan merupakan suatu rentang dari yang ringan sampai dengan tingkat berat yang mengganggu homeostatis sehingga individu berespon maladaptif, (Stuart & Sundeen, 1995). Rentang respon terhadap kecemasan sebagai berikut:



Gambar 2.7 Rentang Respon Kecemasan
(Stuart&Sundeen, 1995).

1. Kecemasan Ringan

Kebanyakan orang sehat mengalami kecemasan ringan. Dalam kecemasan tingkat ini memotivasi individu untuk belajar dan untuk mengembangkan kreatifitas.

2. Kecemasan Sedang

Pada tingkat ini, individu memusatkan perhatian pada masalah yang dihadapinya. Dengan bimbingan akan berhasil dengan baik melakukan tugasnya.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat dapat menghabiskan sebagian besar energy individu, lapangan persepsinya menyempit, ia hanya mempedulikan masalahnya sendiri. Ia memerlukan lebih banyak bimbingan untuk memperluas persepsinya.

4. Panik

Pada tahap ini individu sudah kehilangan kontrol terhadap dirinya sendiri, ia mengalami disorganisasi kepribadian, tidak bisa membangun hubungan interpersonal, bahkan ia tidak dapat melakukan apa-apa tanpa bantuan orang lain.

Tabel 2.3: Dampak cemas dan deskripsi empat tingkat kecemasan (Isaacs, 2004).

TINGKAT KECEMASAN	EFEK	INTERVENSI KEPERAWATAN
Ringan	Meningkatkan kewaspadaan, meningkatkan pembelajaran.	Menggunakan strategi kognitif, penyuluhan manajemen stres, dan pendekatan pemecahan masalah.
Sedang	Kemampuan berfokus pada masalah utama; kesulitan untuk tetap perhatian dan mampu belajar.	Menggunakan teknik relaksasi; membantu dalam penggunaan pendekatan pemecahan masalah; mengajarkan tentang strategi koping; mendorong verbalisasi perasaan.
Berat	Ketidakmampuan berfokus, atau menyelesaikan masalah; aktivasi sistem saraf simpatik.	Mendorong aktivitas fisik untuk menstimulasi kelompok-kelompok otot besar dan untuk melepaskan energy dari respon " <i>fight or flight</i> "; membuat tugas atau latihan yang terstruktur.
Panik	Ketidakmampuan total untuk berfokus; disintegrasi kemampuan koping; gejala fisiologik dari respons " <i>fight or flight</i> "	Mengurangi stimulasi lingkungan, tetap bersama klien, menggunakan suara yang tenang, membantu klien melakukan pernapasan relaksasi.

2.6.3 Teori predisposisi kecemasan

Banyak teori-teori untuk menjelaskan penyebab terjadinya kecemasan, dilihat dari pandangan psikoanalitik, behavioral, biological dan genetik.

1. Teori psikoanalitik

Freud (1926) yang dikutip oleh Kaplan&Sadock (2008) menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego, bahwa suatu dorongan yang tidak dapat diterima menekan untuk mendapatkan perwakilan dan pelepasan sadar. Sebagai suatu sinyal, kecemasan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensive terhadap tekanan dari dalam.

2. Teori *Behavioral*

Teori ini merupakan ungkapan dari beberapa ahli. Salah satu teori mengatakan bahwa kecemasan timbul akibat frustrasi yang disebabkan oleh sesuatu yang menghambat tujuannya. Teori lain mengatakan bahwa kecemasan merupakan hasil belajar. Anak yang sering mengalami ketakutan bisa membuatnya menjadi orang yang mudah cemas. Pengaruh perlakuan orang tua sangat penting di sini, Dukungan emosional dari keluarga member rasa aman pada anak-anak untuk belajar membuat koping-koping yang konstruktif. Kecemasan juga bisa muncul bila individu dihadapkan pada pilihan-pilihan. Stuart&Sundeen (1995), mengidentifikasi empat jenis konflik yang bisa menyebabkan kecemasan antara lain:

- 1). Pendekatan–pendekatan yaitu apabila individu harus memilih dua hal yang sama-sama diinginkan.

- 2). Pendekatan-penolakan yaitu bila individu berharap dapat melakukan sesuatu tetapi itu juga diharapkan. Misalnya seorang pasien ingin marah pada perawat tetapi takut apabila dia marah, dia tidak mendapat perawatan yang baik.
- 3). Penolakan-penolakan, di mana individu harus memilih dua hal yang sama-sama tidak menguntungkannya.
- 4). Pendekatan dan penolakan ganda, bila individu melihat dua pilihan tersebut sama-sama mempunyai keuntungan dan kerugian baginya, ini menyebabkan timbulnya ambivalensi.

3. Teori *Biological*

Selye (1956) dalam Keltner, Schwecke dan Bostrom (1995) menemukan bahwa efek dari stres dapat dilihat melalui pengukuran objektif neurochemical. Pada saat cemas, akan terjadi peningkatan-peningkatan antara lain:

- 1). Norepineprine
- 2). *Corticotropin Releasing Factor (CRF)*
- 3). Adenocorticotropin (ACTH) dan Corticosteron
- 4). Pelepasan dopamine dan metabolisme di *prefrontal* cortex dan nucleus accumbens.
- 5). Pelepasan endogen opiate.
- 6). Glucocorticoid
- 7). *Thyroid Stimulating Hormone (TSH)*.
- 8). *Thyroid Releasing Hormone (TRH)*
- 9). Aktivitas sistem saraf simpatik perifer.

Respon kecemasan penting untuk menghadapi situasi yang mengancam atau berbahaya. Reaksi perilaku psikomotor yang cepat diakibatkan oleh

peningkatan noradrenergic dan aktivitas sistem dopaminergik sedangkan nyeri dilatasi dengan pengeluaran opiate endogen (mengumpulkan emosi dan analgesic fisik). Peningkatan aktivitas fisik difasilitasi oleh peningkatan kortisol yang berfungsi meningkatkan metabolisme (Keltner, Schweke dan Bostrom, 1996).

4 Teori Genetik

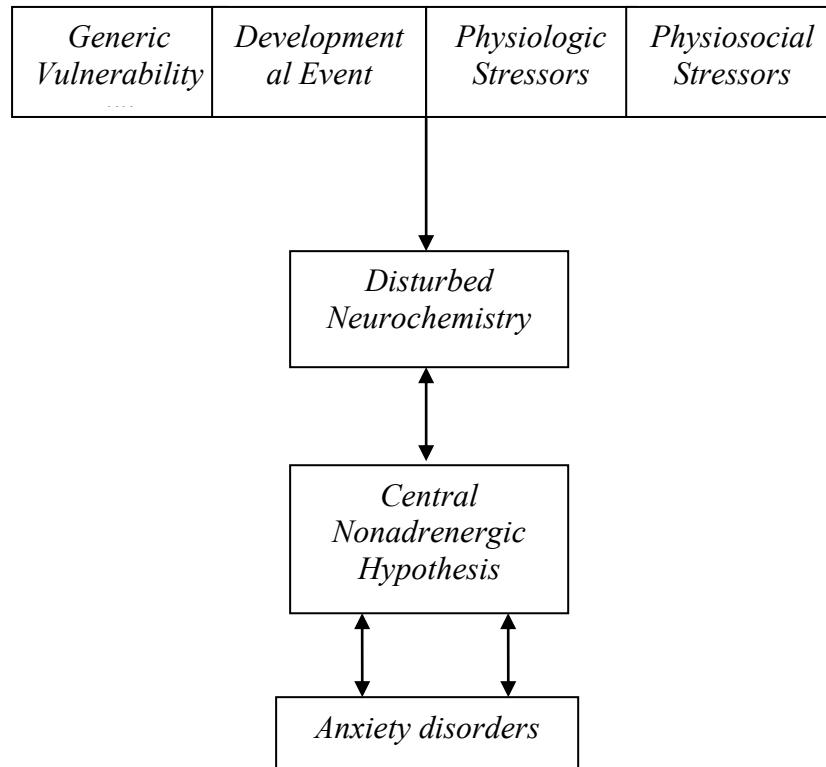
Gangguan kecemasan dalam satu keluarga bisa muncul karena faktor genetik. Togerson (1983) dan Otong (1995) menemukan bahwa orang yang kembar identik (monozygotic) mempunyai kemungkinan 5x lebih besar untuk mengalami gangguan panik dari pada kembar fraternal (dyzygotic).

2.6.4 Mekanisme Terjadinya Kecemasan

Perubahan secara emosional akan mempengaruhi cortex cerebri melalui HPA Axis dan System Limbik. HPA Axis akan mestimulasi hypothalamus untuk melepas CRF dan mengaktivasi ANS untuk menstimulasi adrenal dan mengeluarkan katekolamin, di samping itu hipofise akan melepas β endorphin dan ACTH yang akan menstimulasi korteks adrenal untuk mengeluarkan kortisol. Peningkatan katekolamin dan peningkatan kortisol menyebabkan terjadinya kecemasan. Sedangkan sistem limbik akan mempengaruhi amygdala dan hippocampus, di mana amygdale mempengaruhi emosi, memori dan perasaan sedangkan hippocampus mempengaruhi *learning process* dan memori. Adanya *learning process* terutama dalam menghadapi stress yang dialami akan mempengaruhi mekanisme koping (Ader&Hamilton, 1999).

Stuart&Sundeen (1995), menjelaskan sebuah model untuk memahami faktor-faktor yang menyebabkan kecemasan dalam sebuah gambar:

Unified model of anxiety disorders.



Gambar 2.8 *Unified Model of Anxiety Disorders* (Stuart dan Sudeen, 1995).

Faktor-faktor yang terdapat dalam model gangguan kecemasan tersebut di atas adalah;

1. Suatu struktur dalam substansi neurobiologist yang mempersiapkan individu menghadapi bahaya.
2. Evolusi mempengaruhi substansi ini dalam berbagai cara di mana rangsangan-rangsangan yang mengancam ketahanan di hindari secara selektif.
3. Individu-individu mungkin lahir dengan sistem saraf pusat yang sangat sensitive terhadap rangsangan yang pada umumnya tidak berbahaya.

4. Pengalaman-pengalaman yang dipelajari pada masa kanak-kanak dan dewasa dapat menentukan keluasan, tingkat dan kealamian situasi-situasi yang menimbulkan kecemasan.
5. Ketidakmampuan yang kronis untuk menghadapi situasi-situasi berbahaya dapat meningkatkan kecenderungan untuk bereaksi terhadap kecemasan.
6. Fungsi kognitif dapat meningkatkan pemusatan perhatian yang terus-menerus terhadap reaksi kecemasan, sehingga antisipasi terhadap rangsangan-rangsangan yang dihindari dapat meningkatkan kecemasan.
7. Beberapa orang mungkin lebih rentan terhadap ketidaknyamanan, terutama orang-orang yang pemikir dan terlalu memusatkan perhatian pada dirinya.

2.6.5 Faktor Penyebab Kecemasan

Faktor penyebab kecemasan digolongkan menjadi 2 yaitu: mengancam integritas fisik dan mengancam sistem ke'aku'an.

1. Ancaman terhadap integritas fisik

Ancaman ini menyebabkan ketidakmampuan fisiologis atau mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari, termasuk dari internal maupun eksternal. Faktor internal misalnya kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung fungsi termoregulasi, perubahan dalam kehamilan. Dari eksternal misalnya paparan virus, bakteri polusi, dan sebagainya (Stuart&Sundeen, 1995).

2. Sistem ke'aku'an

Adalah stressor-stressor termasuk identitas diri, harga diri dan fungsi sosial seseorang, termasuk juga faktor internal dan eksternal. Dari faktor internal misalnya kesulitan menjalankan peran barunya sebagai ibu, ayah, pekerjaan baru dan sebagainya. Dari faktor eksternal misalnya perceraian, kematian pasangan dan

lain-lain. Seringkali anacam fisik juga mengancam ke'aku'an seseorang (Stuart&Sundeen. 1995).

Kozier (1995) menghubungkan stressor dan tahap perkembangan manusia dalam tabel berikut:

Tabel 2.4 Hubungan antara stressor dan tahap perkembangan.
(Kozier et al, 1995)

Tahap Perkembangan	Stressor
Anak	Konflik peran ketergantungan dan kemandirian masuk sekolah Memasuki kelompok sebaya Persaingan dalam kelompok sebaya
Adolesen	Perubahan fisik remaja Hubungan lawan jenis Menerima peran independent Memilih karier
Dewasa Muda	Menikah Meninggalkan Rumah Mengelola Rumah Mulai Bekerja Melanjutkan Pendidikan Merawat Anak
Dewasa Pertengahan	Menerima perubahan Fisik Mempertahankan Status Sosial dan Standar Hidup Membantu Anak Mandiri
Dewasa Tua	Menerima Penurunan Kemampuan Fisik&Kesehatan Menerima Perubahan Tempat Tinggal Pensiun Menghadapi Kesendirian&Kematian

2.6.6 Alat Ukur Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau panik, menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Meskipun pengukuran kecemasan dapat menggunakan berbagai metode, skor HARS telah dianggap baku. Pengukuran kecemasan dengan menggunakan skor HARS dilakukan dengan mengukur hal-hal sebagai berikut :

1. Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, mudah tersinggung.
2. Ketegangan : merasa tegang, lesu, mudah terkejut, tidak dapat istirahat, mudah menangis, gemetar, gelisah.
3. Ketakutan : pandangan gelap, takut, takut pada orang asing, takut pada binatang besar, takut kerumunan orang lain, takut keramaian lalu lintas.
4. Gangguan Tidur : sukar tidur, terbangun malam hari, tidur tidak pulas, sering mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.
5. Gangguan Kecerdasan : sukar berkonsentrasi, daya ingat buruk, sering bingung.
6. Perasaan Depresi : kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, berkurangnya kesukaan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gangguan Somatik (otot-otot) : nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak, suara tak stabil.

8. Gangguan Sensorik : telinga berdenging, penglihatan kabut, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
9. Gangguan Cardiovaskuler : denyut nadi cepat, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti pingsan, detak jantung hilang sekejap.
10. Gangguan Pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, merasa napas pendek atau sesak, sering menarik napas panjang.
11. Gangguan Gastrointestinal : sulit menelan, mual muntah, berat badan menurun, konstipasi atau sulit buang air besar, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum atau sesudah makan, rasa panas di perut, perut terasa penuh atau kembung.
12. Gangguan Urogenitalia : sering kencing, tidak dapat menahan kencing.
13. Gejala Vegetatif atau otonom : mulut kering, muka kering, mudah berkeringat, pusing, bulu roma berdiri.
14. Apakah ibu merasakan : gelisah, tidak tenang, mengerutkan dahi muka tegang, ketegangan otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

Cara Menilai :

Skor :

Apabila skor < 6 maka tidak ada kecemasan.

Apabila skor 6-14 terdapat kecemasan ringan.

Apabila skor 15-27 terdapat kecemasan sedang.

Apabila ≥ 27 terdapat kecemasan berat (Nursalam 2007).

Perlu diketahui bahwa alat ukur HARS ini bukan dimaksudkan untuk menegakkan diagnose gangguan cemas. Diagnosa gangguan cemas ditegakkan dari pemeriksaan klinis oleh dokter (psikiater), sedangkan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan cemas itu digunakan alat ukur HARS (Dadang Hawari, 2001).

2.7 Konsep Mekanisme Koping

2.7.1 Definisi Mekanisme Koping

Ketika mengalami kecemasan, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Mekanisme Koping adalah mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Mekanisme koping dapat dipelajari, sejak awal timbulnya stressor sehingga individu tersebut menyadari dampak dari stressor tersebut (Carlson, 1994).

Kemampuan koping individu tergantung dari temperamen, persepsi, dan kognisi serta latar belakang budaya atau norma tempatnya dibesarkan (Carlson, 1994). Menurut Rasmun (2004), koping adalah proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi yang penuh stres. Koping tersebut adalah merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologik.

Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru, dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan mal adaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain atau lingkungan (Rasmun, 2004).

2.7.2 Proses Mekanisme Koping

Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar yang dimaksud adalah kemampuan menyesuaikan diri atau adaptasi pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursallam, 2007).

Menurut Roy, yang dikutip oleh Nursallam (2003) mekanisme belajar merupakan suatu proses di dalam sistem adaptasi (*cognator*) yang meliputi mempersepsikan suatu informasi, baik dalam bentuk implisit maupun eksplisit. Belajar implisit umumnya bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran (*focal*). Keadaan ini ditemukan pada perilaku kebiasaan, sensitisasi, dan keadaan. Pada habituasi timbul suatu penurunan dari transmisi sinaps pada neuron sensoris sebagai akibat dari penurunan jumlah neurotransmitter yang berkurang yang dilepas oleh terminal presinaps (Bear, 1996; Notosoedirjo, 1998). Pada habituasi menuju ke depresi homosinapsis untuk suatu aktivitas dari luar yang terangsang terus-menerus (Bear, 1996). Sensitivitas sifatnya lebih kompleks dari habituasi, mempunyai potensial jangka panjang (beberapa menit sampai beberapa minggu).

Mekanisme koping yang efektif dan menempati tempat yang central terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, spiritual (Notosoedirjo M, 1998 dan Kelliat, 1999).

Menurut Powell (1997) yang dikutip oleh Wangmuba (2009) menemukan bahwa orang-orang yang mempunyai nilai-nilai skor tinggi dalam humor cenderung juga mendapat skor yang tinggi pada pengukuran koping positif dan skor yang rendah pada pengukuran koping negatif, cenderung untuk menggunakan mekanisme koping efektif dan hasilnya lebih baik dalam menghadapi stres. Koping yang efektif seharusnya bisa mengurangi beban tantangan dari tekanan singkat jangka pendek dan seharusnya juga membantu mengatasi masalah jangka panjang. Dampak jangka panjang terutama terjadi ketika koping positif membantu mengembangkan potensi untuk menghindari tekanan masa depan. Potensi tersebut bisa fisik, contohnya status kesehatan yang lebih baik, psikologi, seperti *subjective wellness* yang lebih besar, sosial, seperti bantuan mengembangkan jaringan dukungan sosial. Program koping yang lebih efektif biasanya akan menggunakan pendekatan multi-dimensi dan memberi dampak pada wilayah-wilayah inti yang dapat digunakan sebagai pengembangan potensi (Snyder, 1999).

2.7.3 Manfaat Koping

Secara umum koping menurut Smet (1994) memiliki 2 macam fungsi, yaitu:

1. *Emotion-focused coping*

Digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap stres. Pengaturan ini melalui perilaku individu, seperti penggunaan alkohol, bagaimana meniadakan fakta-fakta yang tidak menyenangkan, melalui strategi kognitif. Bila individu tidak mampu mengubah kondisi yang *stressfull*, individu akan cenderung mengatur emosinya.

2. *Problem-focused coping*

Untuk mengurangi stressor, individu akan mengatasi dengan mempelajari cara-cara atau ketrampilan baru. Individu akan cenderung menggunakan strategi ini, bila dirinya yakin akan dapat mengubah situasi. Metode ini sering digunakan oleh orang dewasa (Smet, 1994).

2.7.4 Jenis-Jenis Koping

1. Koping psikologis

Pada umumnya gejala yang ditimbulkan akibat stres psikologis tergantung pada 2 faktor yaitu:

- (1). Bagaimana persepsi atau penerimaan individu terhadap stressor, artinya seberapa berat ancaman yang dirasakan oleh individu tersebut terhadap stressor yang diterimanya.
- (2). Keefektifan strategi koping yang digunakan oleh individu: artinya dalam menghadapi stressor, jika strategi yang digunakan efektif maka menghasilkan adaptasi yang baik dan menjadi suatu pola baru dalam kehidupan, tetapi jika sebaliknya dapat mengakibatkan gangguan kesehatan fisik maupun psikologis.

2. Koping Psiko-sosial

Adalah reaksi psiko-sosial terhadap adanya stimulus stres yang diterima atau dihadapi oleh klien.

2.7.5 Jenis Mekanisme Koping

Menurut Stuart & Sundeen (1991), mengemukakan bahwa terdapat 2 kategori koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stres dan kecemasan:

1. Mekanisme yang berorientasi pada tugas (*task oriented reaction*), cara ini digunakan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan dasar. Terdapat 3 macam reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu:
 - (1). Perilaku menyerang (*fight*) : individu menghadapi tuntutan secara frontal, menggunakan energinya untuk melakukan perlawanan dalam rangka mempertahankan integritas pribadinya. Perilaku yang ditampilkan dapat merupakan tindakan konstruktif maupun *destruktif*, *destruktif* yaitu tindakan *agresive* (menyerang) terhadap sasaran atau obyek dapat merupakan benda, barang atau orang bahkan terhadap dirinya sendiri. Sedangkan tindakan *konstruktif* adalah upaya individu dalam menyelesaikan masalah secara *asertif*, yaitu mengungkapkan dengan kata-kata terhadap rasa ketidak senangnya. Perilaku menyerang termasuk koping negative (David, 2009).
 - (2). Perilaku menarik diri (*withdrawl*) : adalah perilaku yang menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologis individu secara sadar pergi meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stressor, misalnya individu menjauhi sumber stres. Perilaku menarik diri termasuk koping negative (David, 2009).
 - (3). Kompromi : merupakan tindakan konstruktif yang dilakukan oleh individu untuk menyelesaikan masalah, lazimnya kompromi dilakukan dengan cara bermusyawarah atau negosiasi, secara umum kompromi dapat mengurangi ketegangan dan masalah dapat diselesaikan. Kompromi termasuk koping positif (David, 2009).

2. Mekanisme yang berorientasi pada ego

Reaksi ini sering digunakan oleh individu dalam menghadapi stres atau kecemasan, jika individu melakukannya dalam waktu sesaat maka akan dapat mengurangi kecemasan tetapi jika digunakan dalam waktu yang lama akan dapat mengakibatkan gangguan orientasi realita, memburuknya hubungan interpersonal, menurunnya produktivitas kerja. Koping ini bekerja tidak sadar sehingga penyelesaiannya sering sulit dan tidak realistis.

- (1). Kompensasi : kelemahan yang ada pada dirinya ditutup dengan meningkatkan kemampuan dibidang lain untuk mengurangi kecemasan. Kompensasi termasuk koping positif (David, 2009).
- (2). Penyangkalan : perilaku menolak realita yang terjadi pada dirinya dengan berusaha mengatakan tidak terjadi apa-apa pada dirinya. Penyangkalan termasuk koping negative (David, 2009).
- (3). Mengalihkan : mengalihkan emosi yang diarahkan pada obyek yang tidak berbahaya. Mengalihkan termasuk koping negative (David, 2009).
- (4). Disosiasi : kehilangan kemampuan mengingat peristiwa yang terjadi pada dirinya. Disosiasi termasuk koping negative (David, 2009).
- (5). Identifikasi : individu menyamakan dirinya dengan binatang pujaanya dengan meniru pikiran, penampilan, perilaku atau kesukaannya. Identifikasi termasuk koping positif (David, 2009).

- (6). Intelektualisasi : alasan atau logika yang berlebihan untuk menekan perasaan yang tidak menyenangkan. Intelektualisasi termasuk koping positif (David, 2009).
- (7). Introyeksi : perilaku di mana individu menyatukan nilai orang lain atau kelompok dalam dirinya. Intelektualisasi termasuk koping positif (David, 2009).
- (8). Proyeksi : keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi kepada orang lain karena kesalahan yang dilakukan sendiri. Proyeksi termasuk koping negative (David, 2009).
- (9). Rasionalisasi : memberikan alasan yang dapat diterima secara sosial, yang tampaknya masuk akal untuk membenarkan kesalahan dirinya. Rasionalisasi termasuk koping negative (David, 2009).
- (10). Reaksi formasi : pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dirasakan atau dilakukan oleh orang lain. Reaksi formasi termasuk koping negative (David, 2009).
- (11). Regresi : menghindari stres, kecemasan dengan menampilkan perilaku kembali seperti pada perkembangan anak, seperti tidur, bermain, meringkuk. Represi termasuk koping positif (David, 2009).
- (12). Represi : menekan perasaan atau pengalaman yang menyakitkan. Represi termasuk koping positif (David, 2009).
- (13). Splitting : kegagalan individu dalam mengintegrasikan dirinya dalam menilai baik buruk yang memandang seseorang semuanya baik-

semuanya buruk yang tidak konsisten. Splitting termasuk koping positif (David, 2009).

(14). Supresi ; menekan perasaan atau pengalaman yang menyakitkan ke alam tak sadar sampai ia melupakan peristiwa yang menyakitkan itu. Supresi termasuk koping positif (David, 2009).

(15). Undoing : bertindak atau berkomunikasi yang sebagian diingkarinya sebagaimana yang pernah dikomunikasikan sebelumnya. Undoing termasuk koping positif (David, 2009).

(16). Sublimasi : penerimaan tujuan pengganti yang diterima secara sosial karena dorongan yang merupakan saluran normal dari ekspresi yang terhambat. Sublimasi termasuk koping positif (David, 2009).

2.7.6 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Menurut Brunner&Suddart (2002) faktor yang mempengaruhi mekanisme koping, antara lain:

1. Internal

(1). Kesehatan: tingkat kesehatan yang dimiliki individu berpengaruh penting pada mekanisme koping yang ditunjukkan. Gangguan kesehatan merupakan stressor yang dapat mengaitkan individu pada kondisi stres yang berkelanjutan.

(2). Sistem kepercayaan: tingkat keimanan individu berpengaruh terhadap mekanisme koping yang ditunjukkan. Keimanan terhadap Tuhan Yang Maha Esa dapat membuat individu menjadi lebih sabar menghadapi cobaan yang dialami karena merasa bahwa semua merupakan takdir darinya.

- (3). Komitmen atau tujuan hidup: adanya tekad untuk hidup lebih baik akan membuat individu memiliki mekanisme koping yang efektif karena ingin meraih tujuan hidup yang belum tercapai.
- (4). Perasaan (seperti harga diri, kontrol dan kemahiran).
- (5). Pengetahuan: tingkat pengetahuan berpengaruh terhadap mekanisme koping yang dimiliki individu. Tingkat pengetahuan yang lebih baik akan membuat individu mengerti, memahami dan menjadi lebih siap menghadapi permasalahan yang dialaminya.
- (6). Keterampilan pemecahan masalah: individu yang sering terpapar dengan permasalahan akan lebih berpengalaman dalam menghadapi permasalahan yang dialami. Keterampilan pemecahan masalah yang dimiliki akan membuat individu lebih matang menghadapi cobaan yang dilalui sehingga meningkatkan koping yang dimiliki.
- (7). Keterampilan sosial atau berkomunikasi: interaksi sosial merupakan faktor penting dalam membentuk kepribadian seseorang. Semakin luas pergaulan seseorang akan membuat individu menjadi lebih matang dalam menghadapi permasalahan yang ia pelajari dari lingkungan sekitarnya.

2. Eksternal

- (1). Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah sumber daya eksternal utama. Menurut Cobb (1976) yang dikutip oleh Brunner&Suddarth (2002) dukungan sosial sebagai rasa memiliki informasi terhadap seseorang. Pertama, membuat orang percaya bahwa dirinya diperhatikan atau dicintai (dukungan emosional). Kedua, menyebabkan seseorang merasa bahwa dirinya dihargai (dukungan harga diri). Ketiga, membuat seseorang merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan.

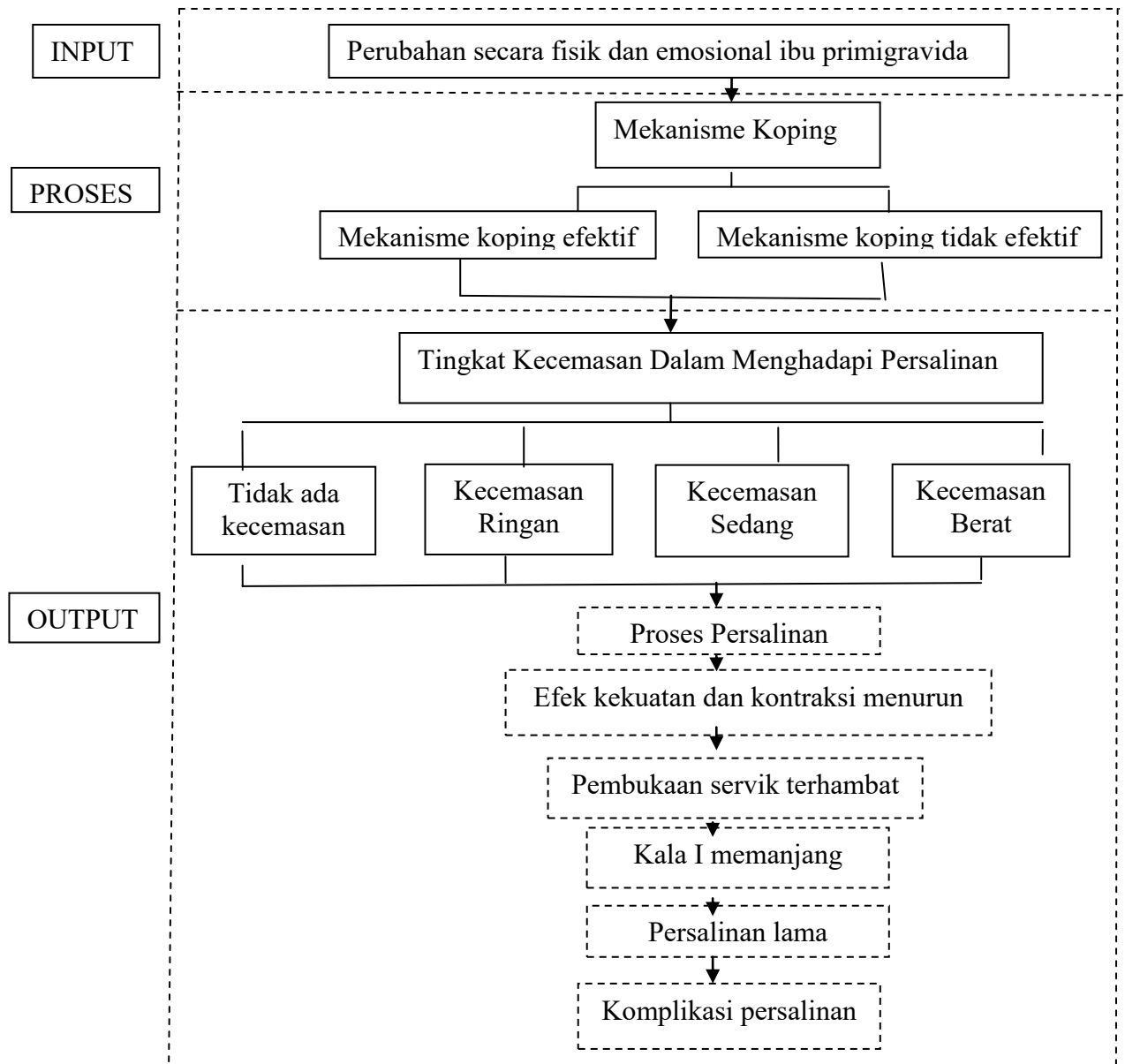
(2). Sumber Ekonomi

Mengatasi keterbatasan masalah lingkungan akan lebih mudah bagi individu yang mempunyai sumber finansial yang memadai karena perasaan ketidakberdayaan terhadap ancaman berkurang.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Tidak diukur
 Diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan Berdasarkan Teori Sistem.

Perubahan secara fisik dan emosional pada ibu primigravida trimester III memunculkan mekanisme koping ibu (Murkoff 2006). Mekanisme koping ibu terbagi menjadi dua yaitu mekanisme koping efektif dan mekanisme koping tidak efektif. Mekanisme koping ibu akan merespon tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan yang akan mempengaruhi tingkatan kecemasan. Kecemasan menurut Nursalam (2007), digolongkan menjadi empat meliputi tidak ada kecemasan, kecemasan ringan, kecemasan sedang, dan kecemasan berat. Kecemasan dapat berpengaruh pada persalinan, seorang ibu yang cemas menurut Henderson (2006), kekuatan dan frekuensi kontraksi uterusnya akan menurun, hal ini dapat mempengaruhi pembukaan serviks menjadi terhambat dan kala I menjadi panjang bahkan bisa menyebabkan persalinan lama, menyebabkan komplikasi persalinan.

3.2 Hipotesis

H1: Terdapat hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

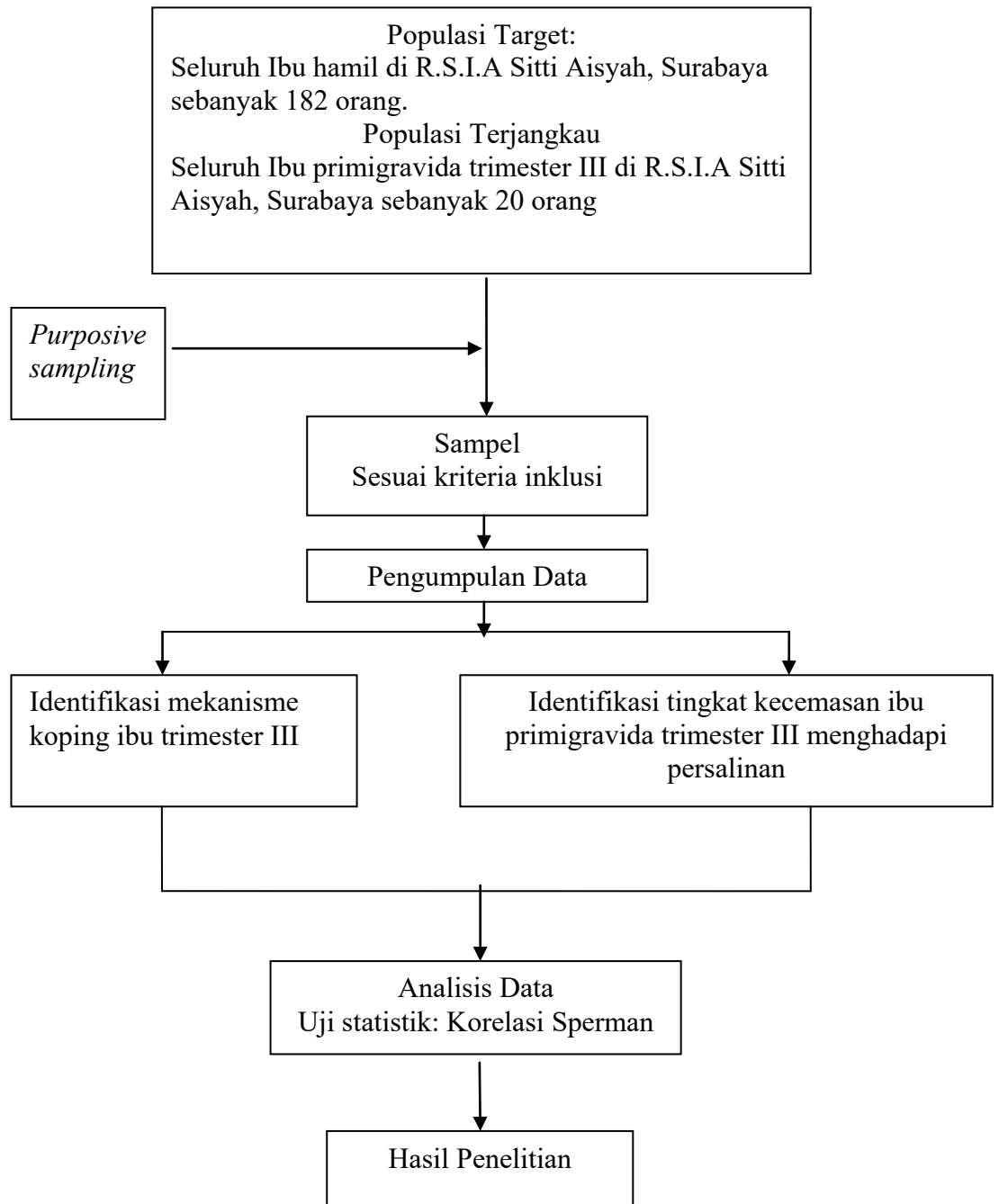
Metode penelitian adalah tatacara bagaimana suatu penelitian dilaksanakan yang mencakup prosedur dan teknik penelitian meliputi desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel, sampling identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data, etika penelitian, dan keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursallam, 2003).

Berdasarkan tujuan penelitian, maka penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analisis survey yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena terjadi. Kemudian melakukan analisis korelasi antara fenomena. Berdasarkan jenisnya, desain penelitian ini adalah *cross sectional*. Desain penelitian ini menekankan pada waktu pengukuran/ observasi data variable independen atau dependen hanya satu kali, pada satu saat (Arikunto, 1998).

4.2 Kerangka Operasional



Bagan 4.1 Kerangka Operasional Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan.

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah totalitas dari semua objek atau individu yang memiliki karakteristik tertentu, jelas, dan lengkap yang akan diteliti (Hasan, 2002). Populasi pada penelitian ini adalah ibu primigravida di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya sebanyak 182 orang. Sedangkan populasi terjangkau pada penelitian ini adalah ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya, sebanyak 20 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003). Terdapat dua syarat yang harus dipenuhi untuk mendapatkan sampel yaitu : (1) Representatif, sampel dapat mewakili populasi yang ada. (2) sampel harus cukup banyak.

Untuk mendapatkan sampel yang representatif dan hasil penelitian yang seobjektif mungkin, serta menghindari kekeliruan dalam memilih sampel, maka ditetapkan kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi atau karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah :

- 1). Ibu primigravida trimester III.
- 2). Ibu primigravida dengan kehamilan resiko rendah (KSPR skor 2).

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari studi. Kriteria eksklusi:

1. Ibu primigravida trimester III yang tidak bisa membaca dan menulis.

2. Ibu yang tidak bersedia menjadi responden.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dan proporsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *nonprobability sampling* dengan cara *purposive sampling*, di mana penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003). Sampel dalam penelitian ini adalah ibu primigravida trimester III sejumlah 20 orang.

4.4 Identifikasi Variabel

Identifikasi Variabel merupakan bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian (Hidayat, 2007).

4.4.1 Variabel independen

Variabel Independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel independen dalam penelitian ini adalah mekanisme koping ibu primigravida trimester III.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan ibu primigravida dalam menghadapi persalinan.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 : Definisi Operasional Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III dalam Menghadapi Persalinan.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1. <u>Dependen</u> Mekanisme Koping	Respon ibu primigravida trimester III untuk menghadapi persalinan.	<p>1. Mekanisme yang berorientasi pada tugas : perilaku menyerang(<i>fight</i>), kompromi, perilaku menarik diri (<i>withdrawl</i>)</p> <p>2. Mekanisme yang berorientasi pada ego : mengalihkan, penyangkalan,</p>	Kusioner	Ordinal	<p>Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan sebagai berikut: perilaku menyerang(<i>fight</i>) (soal no 1,2,3,4,5) , kompromi (soal no.6,7 ,8,9,10), perilaku menarik diri (<i>withdrawl</i>) (soal no.11,12,13,14,15) dengan ketentuan penilaian positif sebagai berikut: Selalu = 3 Kadang = 2 Tidak Pernah = 1 dan penilaian negative sebagai berikut: Selalu = 1 Kadang = 2 Tidak Pernah = 3</p> <p>Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan sebagai berikut: mengalihkan (soal no.16), penyangkalan (soal no.17),</p>

		<p>kompensasi , disosiasi identifikasi introyeksi, intelektualisasi, rasionalisasi, proyeksi, reaksi formasi, regresi, represi, supresi, splitting, undoing</p>		<p>kompensasi (soal no.18), disosiasi (soal no. 19), identifikasi (soal no.20), introyeksi (soal no.21), intelektualisasi (soal no.22), rasionalisasi (soal no.23), proyeksi (soal no.24), reaksi formasi (soal no.25), regresi (soal no.26), represi (soal no.27), supresi (soal no.28), splitting (soal no.29), undoing (soal no. 30) dengan ketentuan penilaian positif sebagai berikut: Selalu = 3 Kadang = 2 Tidak Pernah = 1 dan ketentuan penilaian negatif sebagai berikut: Selalu = 1 Kadang = 2 Tidak Pernah = 3</p> <p>Skor maksimal = 90 dan Skor minimal = 30</p> <p>Kemudian diklarifikasi sebagai berikut: Skor > 50% = Koping Efektif Skor ≤ 50 = Koping Tidak Efektif</p>
--	--	--	--	---

2. <u>Independen</u> Tingkat Kecemasan	Perasaan tidak menyenangkan atau menyakitkan yang dialami seseorang terhadap sesuatu yang tidak jelas.		Kuesioner	Ordinal	<p>Kuesiner terdiri dari 14 pertanyaan sebagai berikut: perasaan cemas (soal no.1), ketegangan (soal no.2), ketakutan (soal no.3), gangguan tidur (soal no.4), gangguan kecerdasan (soal no.5), perasaan depresi (soal no.6), gangguan somatik (otot-otot) (soal no.7), gangguan sensorik (soal no.8), gangguan kardiovaskuler (soal no.9), gangguan pernapasan (soal no.10), gangguan gastrointestinal (soal no.11), gangguan urogenitalia (soal no.12), gejala vegetatif atau otonom (soal no.13), perasaan ibu (soal no.14) dengan ketentuan penilaian: Jawaban “Ya” dinilai 1 Jawaban “Tidak” dinilai 0</p> <p>Penilaian Derajat Kecemasan < 6 = tidak ada kecemasan. 6-14 = kecemasan ringan. 15-27 = kecemasan sedang. ≥ 27 = kecemasan berat.</p>
--	--	--	-----------	---------	--

4.6 Pengumpulan Data dan Analisa Data

1 Instrumen Penelitian

Instrumen Penelitian adalah alat yang digunakan dalam melakukan pengukuran, dalam hal ini alat untuk mengumpulkan data pada suatu penelitian. (Hasan, 2002). Instrumen yang digunakan pada penelitian ini antara lain kuesioner dan observasi. Kuesioner adalah instrumen yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursallam, 2003). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain kuesioner tentang mekanisme koping menurut teori Stuart&Sundeen (1991), yang terdiri dari mekanisme yang berorientasi pada tugas : perilaku menyerang (*fight*) (soal no 1,2,3,4,5), kompromi (soal no.6,7,8,9,10), perilaku menarik diri (*withdrawl*) (soal no.11,12,13,14,15) dan mekanisme yang berorientasi pada ego : mengalihkan (soal no.16), penyangkalan (soal no.17), kompensasi (soal no.18), disosiasi (soal no. 19), identifikasi (soal no.20), introyeksi (soal no.21), intelek tualisasi (soal no.22), rasionalisasi (soal no.23), proyeksi (soal no.24), reaksi formasi (soal no.25), regresi (soal no.26), represi (soal no.27), supresi (soal no.28), splitting (soal no.29), undoing (soal no. 30) dan kuesioner kecemasan yang dimodifikasi dari Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), yang terdiri dari: perasaan cemas (soal no.1), ketegangan (soal no.2), ketakutan (soal no.3), gangguan tidur (soal no.4), gangguan kecerdasan (soal no.5), perasaan depresi (soal no.6), gangguan somatik (otot-otot) (soal no.7), gangguan sensorik (soal no.8), gangguan kardiovaskuler (soal no.9), gangguan pernapasan (soal no.10), gangguan gastrointestinal (soal no.11), gangguan urogenitalia (soal no.12),

gejala vegetatif atau otonom (soal no.13), perasaan ibu (soal no.14) untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan ibu trimester III dalam menghadapi persalinan.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2009.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan izin tertulis dari PSIK FKp UNAIR. Selanjutnya melakukan permohonan izin kepada direktur R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya untuk mendapatkan responden. Setelah mendapatkan izin, dan mendapatkan responden, peneliti melakukan kontrak persetujuan kepada responden dengan menjelaskan maksud penelitian, selanjutnya melengkapi aspek legalitas yaitu penandatanganan surat persetujuan (informed consent) oleh responden. Setelah perijinan dan persetujuan lengkap, peneliti membagikan kuesioner dan mendampingi responden dalam pengisian kuesioner. Data hasil pengisian kuesioner dikumpulkan secara anonim dan dijaga kerahasiaannya untuk dianalisis. Kemudian peneliti melakukan wawancara dengan bidan setempat untuk mengetahui bagaimana penyuluhan tentang kehamilan dan persalinan di R.S.I.A Sitti Aisyah dilakukan dengan menggunakan format wawancara terstruktur.

4.7 Analisis Data

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data dengan membuat penilaian pada kuesioner yang terdiri dari :

1. Analisis Deskriptif

1). Variabel Mekanisme Koping

Berdasarkan teori Stuart&Sundeen (1991).

(1). Berorientasi pada tugas

Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan dengan ketentuan penilaian positif sebagai berikut:

Selalu = 3

Kadang = 2

Tidak Pernah = 1

(2). Mekanisme Pembelaan Ego

Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan dengan ketentuan penilaian negatif sebagai berikut:

Selalu = 1

Kadang = 2

Tidak Pernah = 3

Penghitungan skor maksimal $3 \times 30 = 90$ dan skor minimal $1 \times 30 = 30$

Kemudian diklarifikasi menurut Powell(1997) dikutip oleh Wangmuba (2009), sebagai berikut:

Skor $> 50\%$ = Koping Efektif Kode: 2

Skor $\leq 50\%$ = Koping Tidak Efektif Kode: 1

2). Variabel Kecemasan

Kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Setiap pertanyaan terdiri dari dua pilihan. Jawaban ‘YA’ dinilai 1 dan jawaban ‘TIDAK’ dinilai 0.

Cara Penilaian:

Skor :	Kode:
Apabila > 6 maka tidak ada kecemasan.	4
Apabila skor 6-14 terdapat kecemasan ringan.	3
Apabila skor 15-27 terdapat kecemasan sedang.	2
Apabila lebih dari 27 terdapat kecemasan berat.	1

Data yang terkumpul dan memenuhi syarat diolah menggunakan program SPSS (*Software Product & Service Solution*). Untuk mengetahui hubungan dan seberapa kuat hubungan, diuji menggunakan uji statistik korelasi *Spearman* dengan $\alpha \leq 0,05$, artinya bila $p \leq 0,05$ H_0 ditolak berarti ada hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan. Nilai korelasi (r) diinterpretasikan:

Tabel 4.2: Nilai Koefisien Korelasi (Sugiono, 2002)

Nilai Koefisien	Maknanya
0,800 – 1,00	Sangat kuat
0,600 – 0,799	Kuat
0,400 – 0,599	Sedang
0,200 – 0,399	Lemah
0,00 – 0,199	Sangat lemah (tidak berkorelasi)

Dari analisis tersebut dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh suatu gambaran atau pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

4.8 Etika Penelitian

Etika diperlukan dalam penelitian ini. Apabila manusia dijadikan sebagai subjek suatu penelitian, hak manusia harus dilindungi (Nursalam, 2001). Sebelum penelitian dilakukan, peneliti mengajukan permohonan untuk mendapatkan ijin dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Setelah surat ijin diperoleh penelitian dilakukan dengan memperhatikan etika penelitian.

4.8.1 *Informed Consent*

Bentuk persetujuan menjadi responden ditunjukkan dengan penandatanganan lembar informed consent. Lembar persetujuan diberikan dengan didahului penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian oleh peneliti. Responden berhak untuk menerima atau menolak. Apabila responden menolak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

4.8.2 Anonymity

Kerahasiaan terhadap responden dilakukan dengan tidak menyebutkan nama pada pengisian data demografi.

4.8.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dengan hanya menyajikan kelompok data yang relevan dengan riset tanpa mengungkap sumber informasi secara perorangan.

4.9 Keterbatasan

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1. Instrumen yang dipakai belum pernah diuji coba sehingga belum menjamin tingkat validitas dan reliabilitasnya.
2. Karena lokasi penelitian adalah rumah sakit menengah ke atas yang rata-rata respondennya juga orang menengah ke atas kurang sesuai untuk dijadikan tempat penelitian dalam penelitian ini karena respondennya kurang mewakili tujuan penelitian bila dibandingkan dengan responden di rumah sakit menengah ke bawah.
3. Adanya *Confounding Variable* yang tidak dikendalikan sehingga hasil penelitian tidak signifikan.
4. Pada pengambilan data awal terhadap kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan belum dibedakan antara kecemasan ringan, kecemasan sedang, dan kecemasan berat sehingga pengukuran kecemasan tidak spesifik.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil dan pembahasan penelitian sesuai dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian meliputi gambaran umum dan lokasi penelitian, data demografi responden yang meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat penghasilan, lama perkawinan, jumlah anggota keluarga, kerabat yang tinggal dalam satu rumah, informasi kehamilan, dan rencana kehamilan. Pada hasil penelitian juga diuraikan tentang mekanisme koping dan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan. Pada bagian pembahasan akan diulas tentang hubungan antara hasil penelitian dengan fakta atau dengan teori yang ada dan analisisnya.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Pengambilan data ini dilakukan pada tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 20 orang yaitu ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya. Jumlah personalia 52 orang meliputi; 1 direktur, 1 *manager finance & general affair*, 1 *accounting*, 1 EDP, 1 *nursing manager*, 12 bidan, 4 perawat, 5 pekarya kesehatan, 1 *manager medical affair*, 2 dokter spesialis *obstetric ginekologi*, *logistic*, 3 farmasi, 1 *customer service&marketing*, 1 *manager house keeping*, 3 instalasi gizi, 5 pekarya rumah tangga, 1 *driver*, 3 *cleaning service*, dan 5 keamanan.

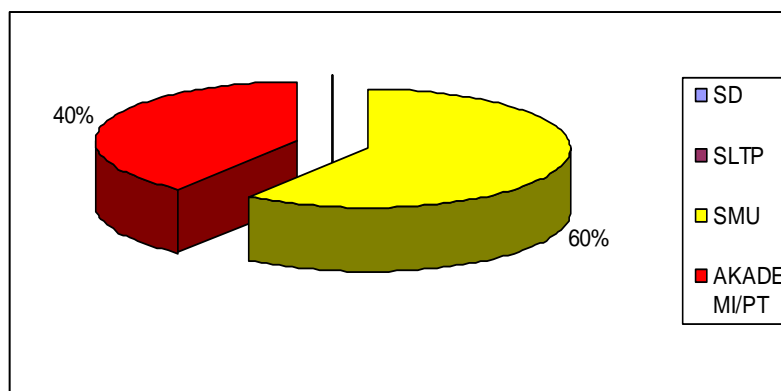
Di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya, pasien berhak memilih tenaga penolong persalinan sesuai yang diinginkan yang terdiri dari bidan atau dokter spesialis *obstetric ginekologi*. Observasi dan pertolongan bagi yang termasuk pasien bidan dilakukan oleh bidan yang bersangkutan, kecuali apabila ada ibu yang perlu mendapatkan tindakan medis seperti *seksio sesarea*, *vacuum extractic* karena ada indikasi tertentu maka tindakan dilakukan oleh dokter spesialis *obstetric ginekologi* sebagai konsultan. Sedangkan bagi yang termasuk pasien dokter spesialis *obstetric ginekologi* observasi dilakukan oleh bidan atas rekomendasi dokter dan pertolongannya oleh dokter spesialis *obstetric ginekologi*.

Pasien hamil di R.S.I.A Sitti Aisyah sering mendapatkan penyuluhan tentang kehamilan dan persalinan baik dari bidan maupun dokter.

Ruang bersalin BKIA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya terdiri dari 4 kamar bersalin dan 1 kamar periksa. Bagi ibu yang pertama kali datang mendaftar di bagian resepsionis, kemudian menunggu antrian untuk dilakukan pemeriksaan di kamar periksa, sedangkan bagi ibu yang sudah terdaftar hanya menunjukkan kartu pasien saja. Apabila dalam pemeriksaan ibu sudah menunjukkan tanda-tanda in partu dan dinyatakan harus opname, maka ibu dipindahkan ke kamar bersalin untuk persiapan persalinan.

5.1.2 Data Demografi

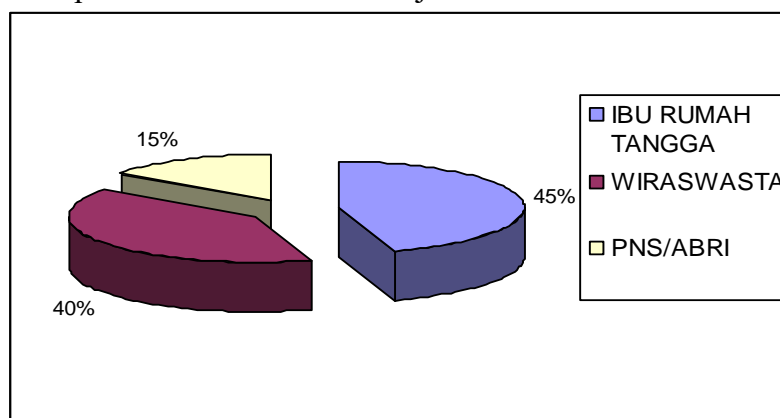
1. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan



Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan responden penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang mempunyai tingkat pendidikan SD dan SLTP tidak ada, sedangkan responden yang mempunyai tingkat pendidikan SMU sebanyak 12 orang atau 60%, dan tingkat pendidikan Akademi atau Perguruan Tinggi sebanyak 8 orang atau 40% .

2. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

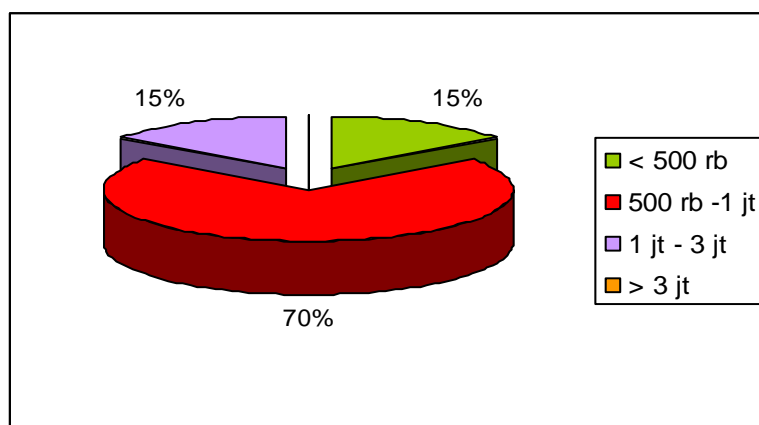


Gambar 5.2 Diagram pie distribusi responden berdasarkan pekerjaan penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang mempunyai

pekerjaan sebagai ibu rumah tangga sebanyak 9 orang atau 45%, yang bekerja wiraswasta sebanyak 8 orang atau 40%, dan yang bekerja sebagai PNS atau ABRI sebanyak 3 orang atau 15%.

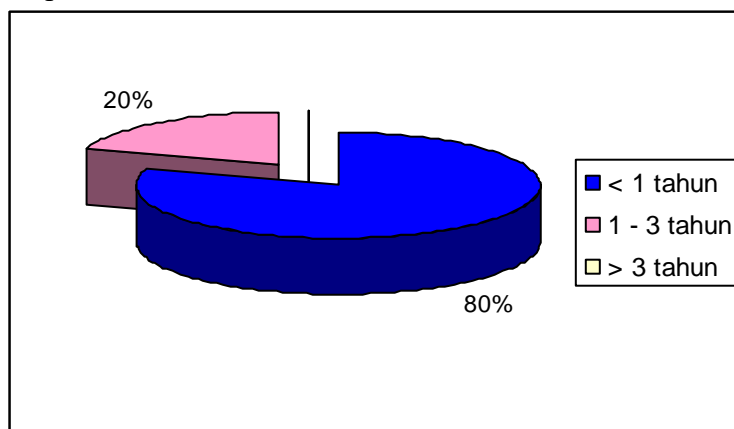
3. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan



Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat penghasilan responden penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang mempunyai tingkat penghasilan < 500.000 sebanyak 3 orang, atau 15% yang berpenghasilan 500 ribu-1 juta sebanyak 14 orang atau 70% , yang berpenghasilan 1 juta- 3 juta sebanyak 3 orang atau 15%, dan yang berpenghasilan > 3 juta tidak ada.

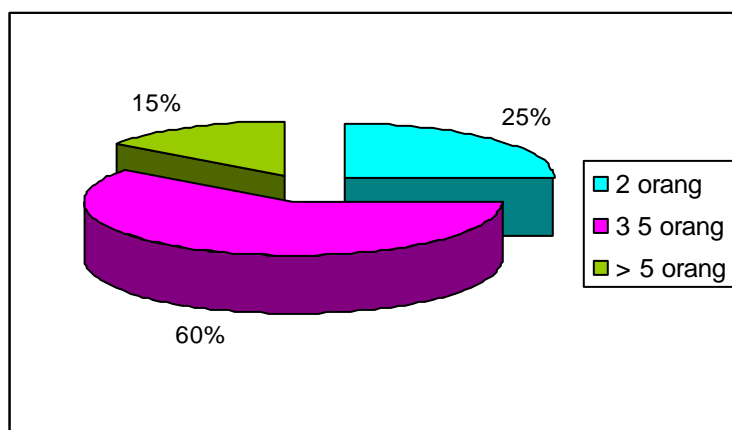
4. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Perkawinan



Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden berdasarkan lama perkawinan, penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang lama perkawinannya < 1 tahun sebanyak 16 orang, atau 80% responden yang lama perkawinannya 1 - 3 tahun sebanyak 4 orang, atau 20% dan responden yang lama perkawinannya > 3 tahun tidak ada.

5. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga Dalam Satu Rumah

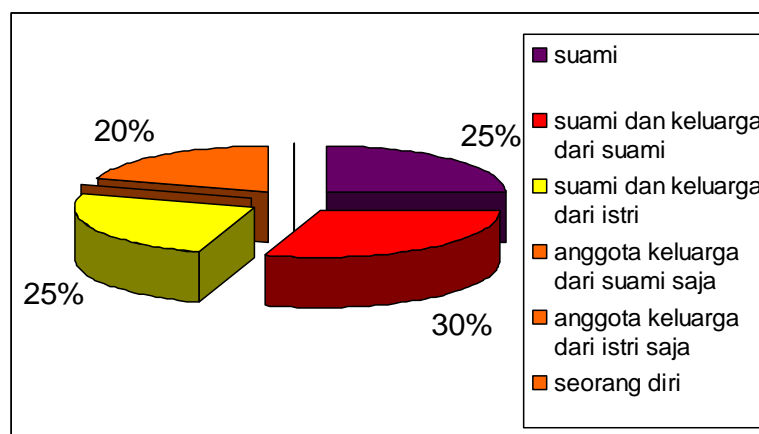


Gambar 5.5 Diagram pie distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang mempunyai anggota keluarga berjumlah 2 orang sebanyak 5 orang atau 25%, responden yang

anggota keluarganya berjumlah 3 – 5 orang sebanyak 12 orang atau 60%, responden yang anggota keluarganya berjumlah > 5 orang sebanyak 3 orang atau 15%.

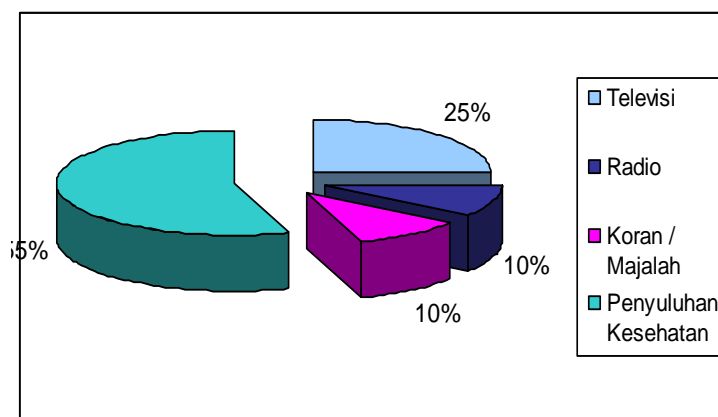
6. Distribusi Responden Berdasarkan Kerabat Yang Tinggal Dalam Satu Rumah



Gambar 5.6 Diagram pie distribusi responden berdasarkan kerabat yang tinggal dalam satu rumah. penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang tinggal serumah dengan suami saja sebanyak 5 orang atau 25%, responden yang tinggal dengan suami dan keluarga dari suami sebanyak 6 orang atau 30%, responden yang tinggal dengan suami dan keluarga dari istri sebanyak 5 orang atau 25%, responden yang tinggal dengan anggota keluarga dari suami sebanyak tidak ada, responden yang tinggal dengan anggota keluarga dari istri sebanyak 4 orang atau 20%, dan responden yang tinggal sendiri tidak ada.

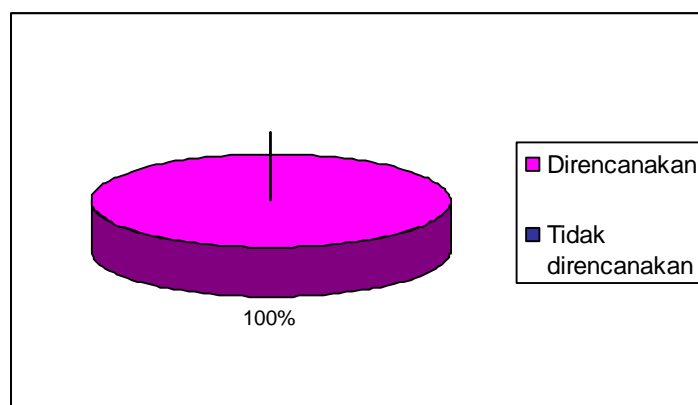
7. Distribusi Responden Berdasarkan Informasi Kehamilan



Gambar 5.7 Diagram pie distribusi responden berdasarkan informasi kehamilan, penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang mendapatkan informasi tentang kehamilan dari televisi sebanyak 5 orang atau 25%, responden yang mendapatkan informasi tentang kehamilan dari radio sebanyak 2 atau 10% orang, responden yang mendapatkan informasi tentang kehamilan dari koran atau majalah sebanyak 2 orang atau 10 %, dan responden yang mendapatkan informasi tentang kehamilan dari penyuluhan sebanyak 11 orang atau 55%.

8. Distribusi Responden Berdasarkan Rencana Kehamilan

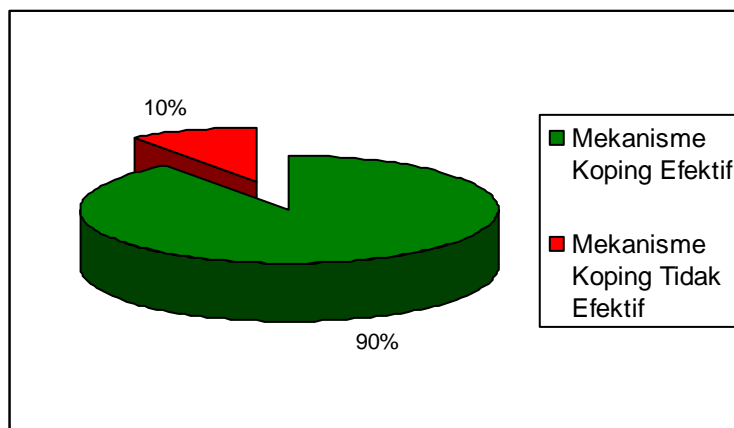


Gambar 5.8 Diagram pie distribusi frekuensi rencana kehamilan responden penelitian di ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli 2009 sampai 27 Juli 2009.

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang kehamilannya direncanakan sebanyak 20 orang atau 100%, dan responden yang kehamilannya tidak direncanakan tidak ada.

5.1.3 Data Khusus

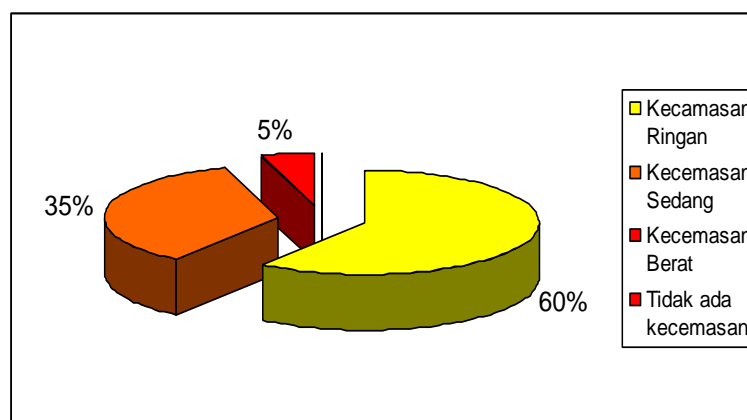
1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Mekanisme Koping Responden



Gambar 5.9 Distribusi frekuensi berdasarkan mekanisme koping responden

Dari gambar di atas didapatkan bahwa responden yang mempunyai mekanisme koping efektif sebanyak 18 orang atau 90% sedangkan responden yang mempunyai mekanisme koping tidak efektif sebanyak 2 orang atau 10%.

2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan



Gambar 5.10 Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat kecemasan responden

Dari gambar di atas di dapatkan bahwa tidak ada responden yang tidak mempunyai kecemasan, responden yang mempunyai kecemasan ringan sebanyak 12 orang atau 60%, responden yang mempunyai kecemasan sedang sebanyak 7 orang atau 35% dan responden yang mempunyai kecemasan berat sebanyak 1 orang atau 5%.

3. Tabulasi Silang Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan

Tabel 5.1 Tabulasi Silang Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III Dalam Menghadapi Persalinan Di Ruang B.K.IA R.S.I.A Sitti Aisyah, Surabaya tanggal 17 Juli sampai 27 Juli 2009.

Mekanisme Koping	Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan								Total	
	Tidak ada kecemasan		Kecemasan Ringan		Kecemasan Sedang		Kecemasan Berat			
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Tidak Efektif	0	0	2	10%	0	0%	0	0%	2	10%
Efektif	0	0	10	50%	7	35%	1	5%	18	90%
Total	0	0	12	60%	7	35%	1	5%	20	100%
$p = 0,253, r = 0, -268$										

Tabel di atas menunjukkan hasil tabulasi silang antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan. Responden yang mempunyai mekanisme koping tidak efektif yaitu sebanyak 2 orang atau 10% dengan tingkat kecemasan ringan, dan tidak ada responden yang mengalami kecemasan sedang maupun yang mengalami kecemasan berat. Sedangkan responden yang mempunyai mekanisme koping efektif sebanyak 18 orang atau 90%, terdiri dari responden yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 10 orang

atau 50%, mengalami kecemasan sedang sebanyak 7 orang atau 35% dan yang mengalami kecemasan berat sebanyak 1 orang atau 5%

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Spearman Rho* didapatkan nilai $p = 0,253$ dengan koefisien korelasi $(r) = 0,-268$ yang berarti tidak ada hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan.

5.2 Pembahasan

Proses persalinan merupakan stressor dengan tingkat adaptasi yang berbeda tergantung dari kemampuan koping yang digunakan oleh ibu. Sebagian besar responden mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi persalinan. Faktor eksternal dalam penelitian ini seperti tingkat pendidikan, tingkat pekerjaan, tingkat penghasilan, lama perkawinan, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, kerabat yang tinggal dalam satu rumah, informasi kehamilan, dan rencana kehamilan mendukung sebagai faktor eksternal yang juga ikut mempengaruhi mekanisme koping ibu dalam menghadapi persalinan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Brunner&Suddart (2002) bahwa mekanisme koping dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal.

Pendapat lain yang sesuai adalah menurut Rasmun (2004) koping yang efektif akan menghasilkan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru, dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan mal adaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain atau lingkungan. Pendapat lain juga dikemukakan oleh Notosoedirjo M, 1998 dan Kelliat, 1999

yang menyatakan bahwa mekanisme koping yang efektif, menempati tempat yang central terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, spiritual. Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar yang dimaksud adalah kemampuan menyesuaikan diri atau adaptasi pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursallam, 2007).

Mekanisme koping ibu yang efektif didukung oleh banyak faktor sehingga dukungan psikososial dari keluarga dan perawat sangat perlu bagi ibu untuk membantu ibu mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam mengatasi kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

Kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan dapat menyebabkan kemajuan persalinan melambat (Simkin, 2005). Respon kecemasan sebagian besar responden berada pada tingkat kecemasan sedang dalam menghadapi persalinan, hal ini berarti responden memusatkan perhatian pada masalah yang dihadapinya. dengan bimbingan akan berhasil dengan baik untuk melakukan tugasnya sebagai calon ibu. Kecemasan responden ini disebabkan oleh banyak faktor seperti takut akan proses persalinan berjalan sulit, takut akan nyeri persalinan, takut akan komplikasi persalinan. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Simkin (2005) yang menyatakan kecemasan dan ketakutan yang umum terjadi pada ibu yang akan bersalin adalah takut akan peningkatan nyeri, takut terhadap kerusakan bentuk tubuh, takut akan SC, dan lain sebagainya. Menurut Kaplan&Sadock (2008), kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan, ia memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Respon seseorang terhadap

kecemasan hanya dapat dideteksi melalui perilaku yang dimunculkan oleh individu tersebut (Stuart&Sundeen, 1995).

Kecemasan ini jarang diutarakan oleh ibu dengan spontan bila tidak ditanya, oleh sebab itu penting bagi perawat wanita untuk menanyakan pada ibu yang akan bersalin tentang apa yang dicemaskan dan diharapkan ibu tidak terjadi salah pengertian dalam proses persalinan atau menganjurkan klien bertanya kepada tenaga kesehatan.

Dari hasil uji statistik ternyata tidak ada hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan. Dari pengumpulan data sebagian besar ibu mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi persalinan namun tetap mempunyai kecemasan dalam menghadapi persalinan. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notosoedirjo M (1998)& Kelliat (1999) yang menyatakan bahwa mekanisme koping yang efektif akan menempati tempat yang sentral terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, social, dan spiritual.

Pendapat lain yang juga tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan dikemukakan oleh Powell (1997) yang dikutip oleh Wangmuba (2009) menyatakan bahwa koping yang efektif seharusnya bias mengurangi beban tantangan dari tekanan singkat jangka pendek dan seharusnya juga membantu mengatasi masalah jangka panjang. Dampak jangka panjang terutama terjadi ketika koping positif yang akan menghasilkan mekanisme koping efektif membantu mengembangkan potensi untuk menghindari tekanan masa depan,

potensi tersebut bisa fisik, contohnya status kesehatan yang lebih baik, psikologi, seperti *subjective wellness* yang lebih besar, sosial yang baik.

Hal ini dimungkinkan karena tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor mekanisme koping saja tetapi faktor-faktor lain juga mempengaruhi. Faktor yang sangat mempengaruhi tingkat kecemasan responden adalah pengalaman melahirkan. Karena responden adalah ibu primigravida, persalinan merupakan sebuah pengalaman baru dan pertama baginya yang membutuhkan adaptasi fisik dan psikologis. Oleh sebab itu banyak dari ibu primigravida yang mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi persalinan masih mengalami kecemasan dalam menghadapi persalinan. Ternyata faktor mekanisme koping yang efektif saja tidak cukup untuk menghilangkan kecemasan dalam menghadapi persalinan, ada faktor lain yang jauh lebih berperan dalam menghilangkan kecemasan ibu yaitu faktor pengalaman melahirkan. Bagi ibu primigravida mempunyai pengalaman melahirkan sangat mempengaruhi tingkat kecemasan ibu yang akan menghasilkan kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Di samping itu untuk membuat ibu siap dalam menghadapi persalinan butuh banyak faktor yang mendukung kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Ibu membutuhkan dukungan dari keluarga dan perawat, tersedianya biaya persalinan, pelayanan di Rs yang baik, dan informasi kehamilan dan persalinan yang jelas, diharapkan dapat menunjang kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga kecemasan ibu menurun bahkan tidak ada cemas dalam menghadapi persalinan meskipun baru pertama kali bersalin.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran-saran berdasarkan temuan penelitian tentang hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan melalui pengumpulan data di B.K.I.A R.S Sitti Aisyah Surabaya pada tanggal 17 Juli sampai 27 Juli 2009 dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian dan analisa data dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Mekanisme koping ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya sebagian besar efektif dalam menghadapi persalinan.
2. Tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya dalam menghadapi persalinan sebagian besar adalah berada pada tingkat sedang.
3. Tidak ada hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan dalam menghadapi persalinan pada ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya.

6.2 Saran

Sesudah mengetahui hasil penelitian, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

Ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya sebagian besar mempunyai tingkat kecemasan sedang dalam menghadapi persalinan. Hali ini dapat diatasi dengan melakukan:

1. Teknik Relaksasi

Karena teknik relaksasi akan membantu menenangkan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

2. Membantu Dalam Penggunaan Pendekatan Masalah

Karena ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya jarang mengungkapkan kecemasan dalam menghadapi persalinan sehingga diharapkan bisa menggali masalah yang membuat ibu cemas.

3. Mekanisme Koping

Karena dengan mekanisme koping yang efektif diharapkan akan membuat kecemasan ibu primigravida trimester III di R.S.I.A Sitti Aisyah Surabaya menurun.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto (2003). *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta , hal 245.
- Bobak (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta. EGC, hal: 131, 184,
- Brayshow (2007). *Senam Hamil & Nifas: Pedoman Praktis Bidan*. EGC, hal 74
242,301
- Brunner & Suddarth (2002). Alih bahasa Agung W. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC, hal 215.
- Cunningham (1995). *Obstetri Williams (Williams Obstetries)*. Alih bahasa Joko Suyono, Andry Hartono. Jakarta. EGC, hal 214-216.
- David (2009). Coping Mechanisms. http://www.changingminds.org/coping_mechanisms.
- Hanifa (2007). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Pustaka Sarwono Prawiroharjo, hal182-186.
- Hamilton (1995). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*. Jakarta. EGC, hal: 178
- Henderson(2006). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta. EGC, hal: 277-288
- Kitzinger (1996). *Kehamilan: Apa Yang Anda Hadapi Hari Per Hari*. Jakarta. Arcan, hal 85-90.
- Bostrom (1995). *Psychiatric Nursing 2nd edition*. Mosby-Year Book. USA, hal: 423.
- Mander (2004). *Nyeri Persalinan*. Jakarta. EGC, hal: 179.
- Manuaba (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta. EGC, hal 106, 125, 129, 133, 149-150, 157-159, 165.
- Manuaba (2001). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta. EGC, hal 19, 125-126, 184, 191-192
- Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*. Jakarta Salemba Medika, hal 97, 183-188.

- Nursalam (2007). *Asuhan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta. Salemba Medika, hal: 24-27.
- Otong, Da (ed) (1995). *Psychiatric Nursing Biological and Behavioral Concepts*. W.B Saunders Company. Philadelphia, Pennsylvania, USA, hal: 194.
- Rochjati (2003). *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Airlangga University Press, Surabaya.
- Rasmun (2004). *Stres, Koping dan Adaptasi*. Jakarta. EGC, hal: 29.
- Rustam (1998). *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi Jilid 1*. Jakarta. EGC, hal: 94.
- Salmah (1996). *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta. EGC, hal 82.
- Simkin (2005). *Buku Saku Keperawatan*. Alih Bahasa Chrisdiono M. Achadiat. Jakarta. EGC, hal: 38.
- Stuart & Sundeen. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC, hal:
- Stright (2004). Alih Bahasa Maria A. *Keperawatan Ibu-Bayi Lahir*. Jakarta. EGC, hal: 42-43, 101, 164-166
- Wangmuba (2009). *Psikologi Kesehatan*. [http:// www.wangmuba.com/health](http://www.wangmuba.com/health)
- Wydiastuti (2006). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Percepatan Kala I Fase Laten*. Surabaya. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, hal: 23,26,28

Lampiran 1



97

UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 17 Juli 2009

Nomor : 1785./H3.1.12/PPd/2009
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur R.S.I.A. Sitti Aisyah Surabaya
di –
Surabaya

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Devia Listiyana
NIM : 010511011B
Judul Penelitian : Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat
Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III dalam
Menghadapi Persalinan di R.S.I.A. Sitti Aisyah Surabaya
Tempat : R.S.I.A. Sitti Aisyah Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan



Lampiran 2



Rumah Sakit Ibu dan Anak
Sitti 'Aisyah
SURABAYA

98
Jl. Pacarkeling 15A Surabaya 60131
Telp. 031-503 5053 - 5019164
Fax. 031-501 9146
E-mail: sitti.aisyah.hospital@gmail.com

No : 203/StA/5-a/VII/2007
Perihal : Surat Keterangan telah Melakukan Penelitian
Lamp : -

Kepada Yth.
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Di
Surabaya

Yang bertanda tangan dibawah ini direktur RS. Ibu dan Anak Sitti Aisyah Surabaya,
menerangkan bahwa :

Nama : Devia Listiyana.
NIM : 010511011B
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan.
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

telah selesai mengumpulkan data di RSIA Sitti Aisyah Surabaya untuk keperluan penelitian,
dengan judul “ **Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Dalam
Menghadapi Persalinan** ” Selama bulan Juli 2009.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya..

Surabaya, 31 Juli 2009

Direktur
RSIA “Sitti ‘Aisyah” Surabaya.



Rumah Sakit Ibu dan Anak
Sitti 'Aisyah
SURABAYA

dr. H. Sugeng Ristanto, M.Kes

Lampiran 3

Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Devia Listiyana

NIM : 010511011B

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, Saya akan melakukan penelitian dengan judul :

“Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III dalam Menghadapi Persalinan ”.

Tujuan penelitian ini untuk menjelaskan hubungan antara tingkat mekanisme koping dengan tingkat kecemasan ibu primigravida trimester III dalam menghadapi persalinan.

Saya mengharapkan partisipasi ibu-ibu untuk memberikan tanggapan/jawaban dari pertanyaan yang diberikan. Tanggapan/jawaban bersifat bebas dan tanpa paksaan. Saya akan menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

Apabila ibu bersedia menjadi responden, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan (pada halaman selanjutnya).

Surabaya, Juli 2009

Devia Listiyana

0105110011B

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada halaman pertama, maka :

Saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Devia Listiyana (010511011B), mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul **“Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida Trimester III dalam Menghadapi Persalinan”**.

Saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan bagi saya. Oleh karena itu saya, menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dengan sebenar-benarnya tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

No. Responden :

Surabaya, Juli 2009

(Tanda Tangan)

Lampiran 5**KUESIONER DAN DATA DEMOGRAFI****No. Responden** :**Tanggal Pengisian** :

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti semua pertanyaan di bawah ini.
2. Mohon kesediaan ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia.
3. Berilah tanda tangan silang (X) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat dan keadaan yang sebenarnya.

A. Data Demografi**Kode diisi petugas**

- 1) Pendidikan terakhir yang ibu tempuh?
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SMU
 - d. Akademi/Perguruan Tinggi
- 2) Pekerjaan Ibu?
 - a. Ibu rumah tangga
 - b. Wiraswasta/swasta
 - c. PNS/ABRI
- 3) Berapa penghasilan Ibu per bulan?
 - a. < 500.000
 - b. 500.000-1.000.000
 - c. 1.000.000-3.000.000
 - d. > 3.000.000
- 4) Lama Perkawinan?
 - a. < 1 tahun
 - b. 1 - 3 tahun
 - c. > 3 tahun
- 5) Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah?
 - a. 2 orang
 - b. 3-5 orang

- c. > 5 orang
- 6) Sekarang ini saudara tinggal dengan siapa?
- a. Suami saja
 - b. Suami dan anggota keluarga dari suami
 - c. Suami dan anggota keluarga dari istri
 - d. Anggota keluarga dari suami saja
 - e. Anggota keluarga dari istri saja
 - f. Seorang diri.
- 7) Ibu mendapatkan informasi tentang kehamilan? (boleh menjawab lebih dari satu)
- a. Televisi
 - b. Radio
 - c. Koran/majalah
 - d. Penyuluhan oleh tenaga kesehatan
- 8) Kehamilan sekarang
- a. Sudah direncanakan bersama suami
 - b. Tidak direncanakan bersama suami

Lampiran 6

Kuesioner Tentang Mekanisme Koping

Berilah tanda (√) yang menurut anda sesuai dengan kondisi yang anda rasakan:

No.	Pernyataan	Selalu	Kadang	Tidak Pernah	Skor
1.	Saya tidak suka dengan persalinan yang akan saya hadapi ini				
2.	Saya tidak memikirkan anjuran dari dokter atau perawat tentang persalinan saya nanti				
3.	Saya tidak ingin mengulangi menghadapi persalinan				
4.	Saya tidak akan berusaha mencari bimbingan orang lain bagaimana cara menyelesaikan kecemasan saya menghadapi persalinan				
5.	Saya akan memukuli bantal atau tembok ketika sedang cemas menghadapi persalinan				
6.	Saya dapat berdiskusi dengan baik bersama orang lain tentang persalinan saya nanti				
7.	Saat bingung memikirkan proses persalinan, saya membicarakannya dengan suami, keluarga serta orang lain				
8.	Menghadapi persalinan saya makin dekat pada Tuhan, agar persalinan saya diberi kelancaran				
9.	Saya mematuhi anjuran orang lain tentang hal-hal penting berkaitan dengan				

	persalinan saya nanti				
10.	Dalam menghadapi proses persalinan ini, saya berbagi atau berdiskusi dengan suami dan keluarga serta orang lain				
11.	Saya tidak mau tahu tentang proses persalinan saya nanti				
12.	Saya malas memikirkan persalinan saya nanti				
13.	Saya memilih menjauh dari suami dan keluarga ketika sedang bingung memikirkan persalinan nanti				
14.	Saya ingin lepas dari persalinan saya nanti				
15.	Saya tidak ingin mencari informasi tentang persalinan				
16.	Saya berusaha instropeksi diri atas proses persalinan yang akan saya jalani				
17.	Saya percaya persalinan saya akan lancar dan tidak akan terjadi hal-hal yang buruk				
18.	Saya berusaha dan tidak menyerah atas proses persalinan yang akan saya jalani nanti				
19.	Saya melupakan peringatan dari dokter untuk tidak minum minuman beralkohol, merokok selama hamil dan menghadapi persalinan ini				
20.	Saya pasti bisa menjalani persalinan seperti ibu saya dulu				
21.	Saya dapat berdiskusi dengan baik bersama				

	suami dan keluarga tentang persalinan yang akan saya jalani.				
22.	Saya tidak perlu setakut ini menghadapi persalinan, karena persalinan memang sakit				
23.	Saya memandang persalinan ini sebagai beban menjadi ibu jadi cukup sekali saja saya menjalani persalinan seperti ini				
24.	Saat kebingungan dan ketakutan memikirkan persalinan, saya sering bercanda dengan orang lain				
25.	Saya merasa tidak perlu mengambil hikmah dari proses persalinan yang saya jalani				
26.	Saya lebih memilih tidur dari pada cerita kepada orang lain saat stres dan cemas memikirkan persalinan				
27.	Saya kadang tidak memikirkan anjuran dari dokter atau perawat tentang hal-hal yang berkaitan dengan proses persalinan saya karena kadang saya tidak setuju dan beranggapan buruk pada mereka				
28.	Saat mengetahui bahwa persalinan sakit, saya tidak ingin memikirkannya				
29.	Saya tidak berusaha untuk mencari informasi tentang persalinan yang saya jalani ini				
30.	Saya berani menghadapi persalinan, dan saya akan melupakan kecemasan saya dalam menghadapi				

	persalinan				
--	------------	--	--	--	--

Skor:

Efektif = $> 50\%$

Tidak Efektif = $\leq 50\%$

Lampiran 7

Kuesioner Tingkat Kecemasan (HARS).

Petunjuk :**Jawaban Ya : jika anda mengalaminya****Jawaban Tidak : jika anda tidak mengalaminya**

Berilah tanda (√) menurut anda sesuai dengan yang anda rasakan dalam menghadapi persalinan:

(1). Perasaan Cemas

Firasat buruk	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Takut pikiran sendiri	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Mudah tersinggung	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

(2). Ketegangan

Merasa tegang	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Lesu	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Mudah terkejut	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tidak dapat istirahat dengan nyaman	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Mudah menangis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Gemetar	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Gelisah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

(3). Ketakutan

Pada gelap	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Ditinggal sendiri	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

Pada orang asing	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
(4). Gangguan tidur		
Terbangun malam hari	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tidur pulas	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Mimpi buruk	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
(5). Gangguan Kecerdasan		
Daya ingat buruk	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sulit berkonsentrasi	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sering bingung	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
(6). Perasaan Depresi		
Kehilangan minat	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Sedih	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Perasaan berubah-ubah tentang persalinan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
(7). Gejala Somatik (Otot-Otot)		
Nyeri otot	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kaku	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kedutan otot	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Gigi gemeretak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Suara tak stabil	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
(8). Gejala Sensorik		
Telinga berdengung	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Penglihatan kabur	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Pucat	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Merasa lemah	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

- Perasaan tersakiti Ya Tidak
- (9). Gejala Kardiovaskuler
- Denyut nadi cepat Ya Tidak
- Berdebar-debar Ya Tidak
- Rasa lemah seperti mau pingsan Ya Tidak
- (10). Gejala Pernapasan
- Rasa tertekan di dada Ya Tidak
- Sering menarik napas panjang Ya Tidak
- (11). Gejala Gstrointestinal
- Sulit menelan Ya Tidak
- Mual muntah Ya Tidak
- Berat badan menurun Ya Tidak
- Sulit buang air besar Ya Tidak
- (12). Gejala Urogenetalia
- Sering kencing Ya Tidak
- Tidak dapat menahan kencing Ya Tidak
- (13). Gejala vegetatif/otonom
- Mulut kering Ya Tidak
- Muka kering Ya Tidak
- Mudah berkeringat Ya Tidak
- Pusing/ sakit kepala Ya Tidak
- Bulu roma berdiri Ya Tidak
- (14). Apakah ibu merasa:
- Tidak tenang Ya Tidak

Jari gemetar	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Muka tegang	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Nafas pendek dan cepat	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Kening berkerut	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	Skor	<input type="text"/>

- (1). Skor < 6 = Tidak ada kecemasan.
- (2). Skor 6-14 = Kecemasan ringan.
- (3). Skor 15-27 = Kecemasan sedang.
- (4). Skor ≤ 27 = Kecemasan berat.

Lampiran 8

WAWANCARA TERSTRUKTUR DENGAN BIDAN

1. Bu, apakah pernah dilakukan penyuluhan tentang kehamilan dan persalinan di R.S.I.A Sitti Aisyah ini?
2. Seberapa sering dilakukan penyuluhan tentang kehamilan dan persalinan di R.S.I.A Sitti Aisyah ini?

Lampiran 9

Tabulasi Data Nilai Mekanisme Koping & Tingkat Kecemasan Ibu Dalam Menghadapi Persalinan

No. Responden	Mekanisme Koping	Tingkat Kecemasan
1	52	23
2	50	8
3	52	7
4	57	35
5	54	9
6	51	24
7	50	8
8	51	24
9	57	14
10	55	23
11	55	18
12	56	22
13	57	13
14	52	7
15	52	23
16	56	10
17	55	9
18	53	11
19	51	14
20	57	12

Keterangan:

Mekanisme Koping

Cara Penilaian:

Skor > 50% = Koping Efektif

Kode = 2

Skor ≤ 50% = Koping Tidak Efektif

Kode = 1

Tingkat Kecemasan

Cara Penilaian:

Skor :

Apabila > 6 maka tidak ada kecemasan.

Kode = 4

Apabila skor 6-14 terdapat kecemasan ringan.

Kode = 3

Apabila skor 15-27 terdapat kecemasan sedang.

Kode = 2

Apabila lebih dari 27 terdapat kecemasan berat.

Kode = 1

Lampiran 10

Hasil Analisis Statistik

1. Tabulasi Data

No. Responden	Mekanisme Koping		Tingkat Kecemasan	
	Nilai	Kode	Nilai	Kode
1	52	2	23	2
2	50	1	8	3
3	52	2	7	3
4	57	2	35	1
5	54	2	9	3
6	51	2	24	2
7	50	1	8	3
8	51	2	24	2
9	57	2	14	3
10	55	2	23	2
11	55	2	18	2
12	56	2	22	2
13	57	2	13	3
14	52	2	7	3
15	52	2	23	2
16	56	2	10	3
	55	2	9	3
18	53	2	11	3
19	51	2	14	3
20	57	2	12	3

2. Hasil

Correlations

			mekanisme koping	tingkat kecemasan
Spearman's rho	mekanisme koping	Correlation Coefficient	1.000	-.268
		Sig. (2-tailed)	.	.253
		N	20	20
	tingkat kecemasan	Correlation Coefficient	-.268	1.000
		Sig. (2-tailed)	.253	.
		N	20	20

Frequencies

Statistics

		mekanisme koping	tingkat kecemasan
N	Valid	20	20
	Missing	0	0

Frequency Table

mekanisme koping

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	koping tidak efektif	2	10.0	10.0	10.0
	koping efektif	18	90.0	90.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

tingkat kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kecemasan berat	1	5.0	5.0	5.0
	kecemasan sedang	7	35.0	35.0	40.0
	kecemasan ringan	12	60.0	60.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
mekanisme koping * tingkat kecemasan	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

mekanisme koping * tingkat kecemasan Crosstabulation

Count		tingkat kecemasan			Total
		kecemasan berat	kecemasan sedang	kecemasan ringan	
mekanisme koping	koping tidak efektif	0	0	2	2
	koping efektif	1	7	10	18
Total		1	7	12	20

Nonparametric Correlations

Correlations

			mekanisme koping	tingkat kecemasan
Spearman's rho	mekanisme koping	Correlation Coefficient	1.000	-.268
		Sig. (2-tailed)	.	.253
		N	20	20
	tingkat kecemasan	Correlation Coefficient	-.268	1.000
		Sig. (2-tailed)	.253	.
		N	20	20