

**TESIS**

**SYSTEM SUPPORTIVE-EDUCATIVE PADA IBU PRIMIGRAVIDA  
TRIMESTER III DAN KELUARGA DALAM MENURUNKAN  
KECEMASAN DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK**



**FATHIYA LUTHFIL YUMNI  
NIM. 131214153044**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**



**SYSTEM SUPPORTIVE-EDUCATIVE PADA IBU PRIMIGRAVIDA  
TRIMESTER III DAN KELUARGA DALAM MENURUNKAN  
KECEMASAN DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK**

**TESIS**

Untuk memperoleh gelar Magister keperawatan (M.Kep)  
Dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

**Oleh :**

**FATHIYA LUTHFIL YUMNI  
NIM. 131214153044**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**

ANALISIS PERFORMA SISTEM PENDUKUNG PEMBELAJARAN  
MATERI MATEMATIKA ALJABAR PADA SISTEM PENDUKUNG  
PEMBELAJARAN MATEMATIKA ALJABAR

SKRIPSI

(untuk memenuhi persyaratan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan  
pada Jurusan Pendidikan Matematika  
Universitas Airlangga)

1998

DEPT. PEND. MIPA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS PEND. MIPA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
JALAN MOJOKERTO  
66132 SURABAYA

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama** : Fathiya Luthfil Yumni  
**NIM** : 131214153044  
**Tanda Tangan** :   
**Tanggal** : Agustus 2014

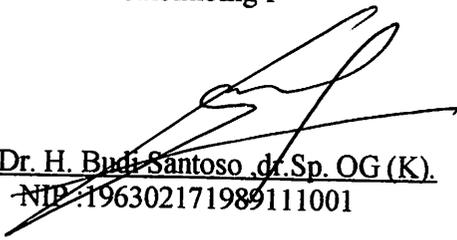
**LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS**

***SYSTEM SUPPORTIVE-EDUCATIVE* PADA IBU PRIMIGRAVIDA  
TRIMESTER III DAN KELUARGA DALAM MENURUNKAN  
KECEMASAN DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK**

FATHIYA LUTHFIL YUMNI  
NIM. 131214153044

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL, Agustus 2014

Oleh:  
Pembimbing I



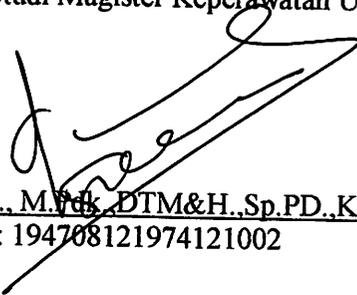
Prof. Dr. H. Budi Santoso, dr. Sp. OG (K).  
NIP: 196302171989111001

Pembimbing II



Mira Triharjini, S.Kp., M.Kep.  
NIP: 197904242006042002

Mengetahui  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., M.Pd., DTM&H., Sp.PD., K-PTL., FINASIM  
NIP : 194708121974121002

## LEMBAR PENGESAHAN TESIS

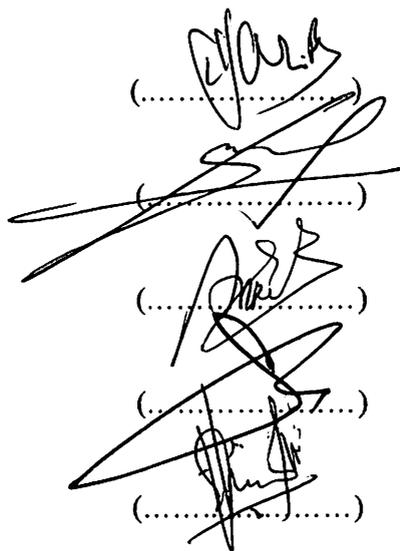
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Fathiya Luthfil Yumni  
NIM : 131214153044  
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya  
Judul : *System Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan Dukungan Keluarga dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
Pada Tanggal: Agustus 2014

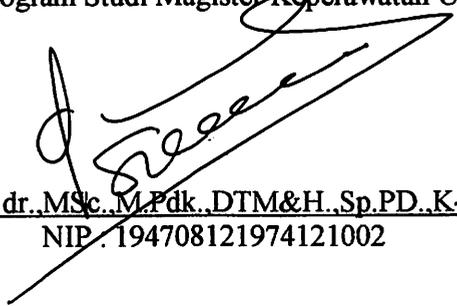
Panitia penguji

1. Ketua Penguji :  
Dr. Hari Basuki Notobroto, dr. M.Kes
2. Penguji I :  
Prof.Dr. H. Budi Santoso, dr.Sp. OG (K)
3. Penguji II :  
Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
4. Penguji III :  
Dr. Hermanto T.J.,dr. Sp. OG (K)
5. Penguji Anggota :  
Diana Setyorini,S.Kep.,Ns.,M.Kep.Sp.Mat



(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)

Mengetahui  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan UNAIR



Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,M.Pdk.,DTM&H.,Sp.PD.,K-PTL.,FINASIM  
NIP. 194708121974121002

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT, Tuhan yang Maha Esa, pencipta langit, bumi dan segala isinya. Hanya dengan petunjuk dan karunia Allah serta atas rahmat dan Ridho-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian dengan judul Pengaruh *Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan Keluarga dalam menurunkan kecemasan

Penulis dapat menyelesaikan proposal ini, tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan Bapak Prof.Dr. dr. H. Budi Santoso, Sp. OG. (K). selaku pembimbing pertama dan Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep , selaku pembimbing kedua, yang dengan penuh perhatian, dan kesabaran selalu meluangkan waktu, memberikan pengarahan dan dorongan sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan baik, serta kerjasama dari berbagai pihak, maka perkenankan saya dengan hati yang tulus ihklas menyampaikan ucapan terima kasih tak terhingga kepada :

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan arahan, kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Mira Triharini, SKp, M.Kep., selaku Wadep I, Yuni Sufyanti Arief, SKp., M.Kes., selaku Wadep II, dan Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns., M.Ng., selaku Wadep III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memfasilitasi kelancaran perkuliahan Program Studi Magister Keperawatan.
4. Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,Sp.PD.,K-PTI.,FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
5. Seluruh Pengajar Program Studi Magister keperawatan, yang telah mentransfer ilmu pengetahuan melalui kegiatan perkuliahan dan praktika.
6. Tim Penguji, atas saran yang diberikan untuk perbaikan tesis ini.

7. dr. Musa Ghufron, MMR., selaku direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik yang telah memberikan izin dan tempat kepada penulis untuk mengambil data awal dan penelitian.
8. Ibu-ibu beserta keluarga yang telah meluangkan waktu dan memberikan partisipasinya menjadi responden dalam penelitian ini, serta staf RS Muhammadiyah Gresik yang banyak membantu peneliti selama pengambilan data penelitian.
9. Seluruh staf Dosen Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dalam rangka penyusunan tesis ini.
10. Suamiku tersayang Andry Yudianto dan anakku tercinta Yufa Fathina Azaria, terima kasih atas do'a, pengertian, motivasi, perhatian, dan kasih sayang kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
11. Keluarga besar Ayah, Ibu, Mama, Alm. Papa yang selalu tulus ikhlas mendoakan dan mendukung baik moril maupun materil sehingga penulisan proposal ini terselesaikan dengan baik.
12. Teman-teman tersayang mbak Yuanita Syaiful, Rista Fauziningtyas, Rr. Dian, Bu Susi, Dek Ike Nesda, mbak Ana Farida, Pak Siswoyo, Putri Kristyaningsih dan masih banyak lagi yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, semoga persahabatan dan persaudaraan kita akan terus terjalin.
13. Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan V yang selalu kompak dan saling mendukung, saling mendoakan baik dalam perkuliahan maupun dalam penyelesaian penulisan tesis ini.
14. Pihak sekretariat Magister Keperawatan dan Ruang Baca Fakultas Keperawatan yang telah membantu penulis hingga terselesaikannya tesis ini.
15. Serta pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah mendukung sepenuhnya kepada penulis.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari masih banyak kekurangan yang terdapat dalam tesis ini dan masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan tulisan ini. Akhirnya penulis berharap penelitian ini dapat

**bermanfaat dan bisa memberikan wawasan serta pengalaman baik bagi penulis, pembaca dan bagi keperawatan.**

**Surabaya, Agustus 2014**

**Penulis**

**Fathiya Luthfil Yumni**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, yang saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fathiya Luthfil Yumni  
NIM : 131214153044  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Departemen : -  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

***“System Supportive-Educative pada Ibu Primigravida Trimester III dan keluarga dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik”***

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya  
Pada tanggal : Agustus 2014

Yang Menyatakan,

Fathiya Luthfil Yumni

## RINGKASAN

Proses persalinan merupakan peristiwa yang melelahkan sekaligus berisiko. Tidak mengherankan, calon ibu yang akan melahirkan pertama kali diselimiuti perasaan takut, panik, dan gugup. Menjelang persalinan, banyak hal mengkhawatirkan muncul dalam pikiran ibu. Terlebih bila sebelumnya ada teman atau kerabat yang menceritakan pengalaman bersalin mereka, ditambah dengan komentar yang menyeramkan (Amalia, 2009). Ibu merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti: apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ibu akan menyadari bahwa dirinya akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi (Varney, 2006). Rasa takut menjelang persalinan menduduki peringkat teratas yang paling sering dialami ibu selama hamil (Budi, 2007). Ibu yang hamil pertama sering memiliki pikiran yang mengganggu sebagai pengembangan reaksi kecemasan terhadap cerita yang diperolehnya karena belum memiliki pengalaman bersalin (Wulandari, 2006). Kecemasan menghadapi persalinan juga dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tentang persalinan.

Berdasarkan salah satu studi di California dilaporkan sebanyak 18% wanita hamil mengalami depresi selama kehamilannya (Vieten&Astin, 2008). Bennett (2004) dalam Vieten & Astin (2008) menemukan prevalensi depresi sebesar 7% pada trimester pertama, 13% pada trimester kedua dan 12% persen pada trimester ketiga. Hasil penelitian tentang kecemasan ibu hamil dalam menghadapi kelahiran anak pertama di Yogyakarta oleh Reta Budi A tahun 2007 menunjukkan bahwa dari 40 sampel, 5% mengalami kecemasan sangat rendah, 52,5% mengalami kecemasan rendah, dan 42,5% mengalami kecemasan sedang. Penelitian yang dilakukan oleh Umamah (2011) didapatkan data bahwa 58% ibu hamil mengalami cemas ringan, 25% tingkat kecemasan sedang, dan 16,67% mengalami tingkat kecemasan berat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Aprianawati (2010) lebih dari 75% ibu hamil mengalami kecemasan pada trimester ketiga. Hasil penelitian oleh Stephanus (2009) sebanyak 85% wanita mengalami kecemasan menjelang persalinan. Hasil penelitian yang didapatkan dapat diartikan bahwa seluruh ibu hamil mengalami kecemasan dalam berbagai tingkatan, mulai dari cemas ringan, cemas sedang, sampai cemas berat. Kecemasan pada ibu hamil bila tidak ditangani dapat memberikan dampak yang kurang baik bagi ibu.

Kecemasan menjelang persalinan dapat diatasi dengan melakukan latihan fisik, pendekatan secara psikologi seperti kehadiran orang dekat, dukungan keluarga, sikap tenaga pemberi pelayanan kesehatan yang baik, serta terapi farmakologi (Muhimah dan Safe'I, 2010). Untuk menghilangkan rasa cemas harus ditanamkan kerja sama antara pasien dengan tenaga kesehatan dengan memberikan informasi kepada ibu hamil selama kehamilan. Tindakan keperawatan *Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan keluarga yang dikenal dengan bimbingan dan pengajaran tentang dukungan dan pendidikan pada ibu hamil dan keluarga akan membantu ibu hamil dan keluarga mencapai perilaku yang adaptif dan kemandirian dalam menjalani kehamilan. Keberhasilan ibu hamil dalam menjalani kehamilan dan kesiapan menghadapi persalinan tidak terlepas dari dukungan keluarga.

Dukungan keluarga sangat penting untuk memotivasi ibu hamil dalam menjalani kehamilan dan mempersiapkan diri dalam menghadapi persalinan (Waspadji, 2005). *Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan keluarga diharapkan dapat menurunkan kecemasan ibu hamil.

*Supportive-educative* yang diberikan pada ibu hamil dan keluarga dalam menurunkan kecemasan berdasarkan teori keperawatan *Adaptif Holistic System* dari Orem. Model ini menekankan pada pemenuhan aspek fisik berupa aspek psikis dengan memfasilitasi koping dan psikologis pasien yang konstruktif sehingga membentuk perilaku adaptif, dan aspek sosial dengan menciptakan hubungan dan lingkungan yang konstruktif dengan melibatkan keluarga dalam perawatan (Ann dan Alligood, 2010). Sentuhan psikologis pasien dan keluarga akan merubah kognitif dan psikologis pasien dan keluarga menjadi perilaku yang adaptif. Tujuan utama tindakan *supportive-educative* pada ibu hamil dan keluarga adalah menurunkan kecemasan. Hal ini terlihat dari ibu hamil merasa nyaman dan penurunan ketegangan, serta peningkatan pengetahuan mengenai kehamilan (Foxy-Orenstein, 2010).

Tujuan Penelitian ini untuk menjelaskan pengaruh *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan. Desain dalam penelitian ini adalah *Quasi Eksperimental (Pre test-Post Test)*. Penelitian ini melibatkan satu kelompok kontrol dan satu kelompok perlakuan. Kelompok perlakuan diberikan pre test sebelum diberikan *Supportive-educative* kemudian dilakukan post test. Kelompok kontrol diberikan pre tes dan Post test. Intervensi dengan media *booklet* diberikan sebanyak 3 kali pertemuan. Tiap pertemuan berlangsung selama 15-30 menit. Kelompok perlakuan dilakukan pre test saat pertemuan pertama sekaligus pemberian materi pertama, dan post test diberikan saat pertemuan ketiga. Kelompok kontrol dilakukan pengukuran pre test saat pertemuan pertama dan post test saat pertemuan kedua. Pertemuan pertama dilakukan di Poli Hamil RS Muhammadiyah, pertemuan kedua dan ketiga dilakukan sesuai dengan kesepakatan responden dan peneliti. Ibu diberikan kuisioner oleh peneliti tentang kecemasan dan dukungan social. Kuisioner berisi kecemasan psikologis, kecemasan fisiologis. Kuisioner juga berisi dukungan sosial emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian. Data diolah dan dianalisis menggunakan uji Mann Whitney U test. Hipotesis diterima jika  $p < 0,05$ .

Dari pengumpulan data, didapatkan 12 responden untuk kelompok kontrol dan 12 responden untuk kelompok perlakuan. Hasil analisis pada perbedaan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada kelompok perlakuan  $p=0,009$ , berarti ada perbedaan kecemasan dan dukungan. Kelompok perlakuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah dan dukungan lebih baik setelah diberi perlakuan. Hasil analisis perbedaan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada kelompok kontrol menunjukkan kecemasan dan dukungan post test lebih rendah dibandingkan pre test dengan  $p=0,0397$ . Perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga adalah  $p=0,089$ . Perbedaan Dukungan pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga adalah  $p=0,024$ . Berdasarkan hasil

penelitian perlu dipertimbangkan pemberian *supportive-educative* sebagai intervensi bagi ibu hamil dan keluarga dalam mempersiapkan dan menghadapi persalinan sebagai proses dukungan kepada ibu dalam persalinan.

## SUMMARY

The delivery process is an exhausting event as well risky. Not surprisingly, mothers who give birth the first time shrouded in feelings of fear, panic, and nervous. Before delivery, many things come to mind worrying mother. Especially if there are friends or relatives before telling their maternity experience, coupled with comments that creepy (Amalia, 2009). She felt anxious about the baby's life and her life, such as: the baby will be born abnormal, about labor and birth (pain, loss of control, and the other that unpredictable), is mother will be aware that she will deliver the baby, or the baby fail to delivered because the stomach is unusually large or the vital organs will get injury cause by the babies' kick (Varney, 2006). Fear before delivery baby is the top of experienced by the mother during pregnancy (Budi, 2007). Primipara often have distracting thoughts as an anxiety reaction because she has not had the maternity experience (Wulandari, 2006).

Based on study in California, it reported that 18% of pregnant women experinced depression during pregnancy (Vieten & Astin, 2008). Bennett (2004) in Vieten & Astin (2008) found the prevalence of depression by 7% in the first trimester, 13% in the second trimester and 12% percent in the third trimester. Results of research on maternal anxiety in the face of the birth of the first child in Yogyakarta by Reta Budi A 2007 showed that of the 40 samples, 5% had very low anxiety, 52.5% had low anxiety, and 42.5% had anxiety being. Research conducted by Umaamah (2011) obtained the data that 58% of pregnant women experience were minor anxiety, mild anxiety (25%) and severe anxiety level (16,67%). Based on research conducted by Aprianawati (2010) more than 75% of pregnant women experience anxiety in the third trimester. The results of the study by Stephanus (2009) as much as 85% of women experience anxiety before delivery. Anxiety before delivery baby can give bad impact for mother, if this untreated well.

Anxiety before delivery can treated by do physical exercise, psychological approaches such as the existence of the close, family support, personnel attitude of good health care providers, and also pharmacological therapy (Muhimah and Safe'I, 2010). To eliminate anxiety should be implanted coordinate among patients and health professionals by providing information to pregnant women during pregnancy. Supportive-Educative nursing intervention in Pregnant Women and families are known as the guidance and teaching of the support and education to pregnant women and families, wich help pregnant women and families achieve adaptive behaviors and independence in carrying out the pregnancy. The success of the pregnant women through pregnancy and childbirth preparedness can not be separated from family support. Family support is very important to motivate pregnant women in pregnancy and undergo prepare for the birth (Waspadji, 2005). Supportive-Educative Infected Pregnant Women and families are expected to decrease the anxiety of pregnant women.

Supportive-educative given to pregnant women and families to reduce anxiety concept model based on nursing theory Adaptive Holistic System of Orem. This model emphasizes the physical aspects such as compliance with the psychological aspects of coping and psychological facilitate constructive patient forming adaptive behavior, and social aspects by creating relationships and constructive environment by involving the family in treatment (Ann and Alligood, 2010). The psychological touch for patient and family will change the cognitive

and psychological patient and family into adaptive behavior. The main objective of supportive-educative in pregnant women and families is reducing maternal anxiety. It can be observed from increasing of comfort, decreasing of stress, and also increasing of knowledge about pregnancy (Fox-Orenstein, 2010).

The objective of this research was to explain the effect of supportive-educative in the third trimester primigravida was families in reducing anxiety. The design of this study was Quasi Experimental (Pre-test Post Test). This study involved a control group and a treatment group. Treatment group was given a pre-test before given Supportive educative then performed post-test. The control group was given a pre-test and post test. Intervention by the media booklet given 3 times. Every meeting is about 15-30 minutes. The treatment group given pre-test during the first meeting at the same time given the first material, and a post-test given at the third meeting. The control group given pre-test during the first meeting and the second meeting when the post-test. The first meeting was in Poly Pregnant RS Muhammadiyah, the second and third meetings conducted in accordance with the agreement of the respondent and the researcher. Mother was given a questionnaire by the researcher on anxiety and social support. This questionnaire consisting of psychological anxiety and physiological anxiety. This questionnaire also consisting of emotional support, informational support, instrumental support, and appraisal support. The data processed and analyzed by Mann Whitney U test. The hypothesis was accepted if  $p < 0.05$ .

Based on data collecting, there was 12 respondent for treatment group and control group. The results of the analysis of the differences in anxiety and support for third trimester primigravida before and after the supportive-educative treatment group  $p = 0.009$ , it is mean there differences in anxiety and support. Treatment group had lower anxiety and better support after given treatment. The results of the analysis of differences in anxiety and support for third trimester primigravida before and after treatment in the control group showed post test anxiety and support lower than pre test with  $p = 0.0397$ . Differences in anxiety in control group and treatment before and after the supportive-educative in the third trimester primigravida and family was  $p = 0.089$ . Differences support in control group and treatment group before and after the supportive-educative in the third trimester primigravida and family was  $p = 0.024$ . Based on the results of this study, it is considered to give supportive-educative for pregnant women and families in preparing and facing childbirth as a process support to the mother in labor.

## ABSTRAK

**SYSTEM SUPPORTIVE-EDUCATIVE PADA IBU PRIMIGRAVIDA  
TRIMESTER III DAN KELUARGA DALAM MENURUNKAN  
KECEMASAN DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK**

By  
**Fathiya Luthfil Yumni**

**Pendahuluan:** Ibu yang hamil pertama sering memiliki pikiran yang mengganggu sebagai reaksi kecemasan terhadap cerita yang diperoleh karena belum memiliki pengalaman bersalin. Kecemasan menghadapi persalinan juga dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tentang persalinan. Tindakan keperawatan *Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan keluarga yang dikenal dengan bimbingan dan pengajaran tentang dukungan dan pendidikan pada ibu hamil dan keluarga. Program ini akan membantu ibu hamil dan keluarga mencapai perilaku yang adaptif dan kemandirian dalam menjalani kehamilan dan persalinan.

**Metode:** Desain dalam penelitian ini adalah *Quasi Eksperimental (Pre test-Post Test)*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu primigravida trimester III yang memeriksakan diri ke Poli Kandungan. Ibu diberikan kuesioner oleh peneliti tentang kecemasan dan dukungan social, yang terdiri kecemasan psikologis dan fisiologis serta dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian. Data kemudiandianalisis menggunakan uji Mann Whitney U test, hipotesis diterima jika  $p < 0,05$ .

**Hasil:** Hasil analisis pada perbedaan kecemasan dan dukungan pada kelompok perlakuan  $p = 0,009$ . Hasil analisis perbedaan kecemasan dan dukungan pada kelompok kontrol menunjukkan kecemasan dan dukungan post lebih rendah dibandingkan pre dan hasil  $p = 0,0397$ . Perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga  $p = 0,089$ . Perbedaan dukungan pada kelompok Kontrol dan Perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga  $p = 0,024$ .

**Diskusi:** Dapat disimpulkan bahwa *System Suportive-educative* efektif menurunkan kecemasan ibu primigravida trimester III dan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian ini perlu diperimbangkan pemberian *System Suportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dengan menggunakan media booklet sebagai intervensi pada ibu hamil untuk menurunkan kecemasan, mempersiapkan diri melaksanakan persalinan.

**Kata kunci :** *system supportive-educative*, ibu primigravida trimester III, kecemasan.

**ABSTRACT****SUPPORTIVE- EDUCATIVE SYSTEM ON PRIMIGRAVIDA TRIMESTER III AND FAMILIES IN REDUCING ANXIETY IN HOSPITAL MUHAMMADIYAH GRESIK**

by  
**Fathiya Luthfil Yumni**

**Introduction:** Primipara often have distracting thoughts as an anxiety reaction to story that she heard. Before delivery, many things comes to mind and worried. Anxiety before delivery baby is also influenced by the level of knowledge about childbirth. Supportive-Educative nursing actions in pregnant women and families are known with the guiding and teaching of the support and education to pregnant women and families. It will help pregnant women and families achieve adaptive behaviors and independence through pregnancy and childbirth.

**Methods:** The design of this study was Quasi Experimental (Pre-test Post Test). The population in this study was the third trimester primigravida as patient in Maternity Section. Mother was given a questionnaire by the researcher on anxiety and social support which consist of psychological anxiety, anxiety and physiological also consist of emotional support, informational support, instrumental support, and appraisal support. The data processed and analyzed by Mann Whitney U test. The hypothesis was accepted if  $p < 0.05$ .

**Result:** The results of the analysis of the differences in anxiety and support treatment group was  $p = 0.009$ . The results of differences in anxiety and support for third trimester primigravida before and after treatment in the control group showed post test anxiety and support lower than pre test with  $p = 0.0397$ . The differences in anxiety in the control and treatment groups before and after the supportive-educative in the third trimester primigravida and family was  $p = 0.089$ . The differences support the control and treatment groups before and after the supportive-educative in the third trimester primigravida and family was  $p = 0.024$ .

**Conclusion :** It can be concluded that the System Supportive-effectively reduce anxiety educative third trimester primigravida and family. Based considered the grant of Supportive-educative system in the third trimester primigravida and family using the media as a booklet intervention to reduce maternal anxiety, prepare to implement labor. Based on the results of this study, it is considered to give supportive-educative for primigravida and families by booklet intervention as a media education to reduce maternal anxiety, prepare childbirth.

**Keywords:** supportive-educative system, the third trimester primigravida, anxiety

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Prasyarat Gelar.....	ii
Pernyataan Orisinilitas.....	iii
Lembar Pengesahan Pembimbing.....	iv
Lembar Penetapan panitia penguji tesis.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Pernyataan persetujuan publikasi karya ilmiah .....	ix
Ringkasan.....	x
Summary.....	xiii
Abstrak.....	xv
Abstract.....	xvi
Daftar Isi.....	xvii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Singkatan.....	
Daftar Lampiran.....	
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	7
1.3 Rumusan Masalah.....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Umum.....	8
1.4.2 Tujuan Khusus.....	8
1.5 Manfaat.....	9
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	9
1.5.2 Manfaat Praktis.....	9
1.6 <i>Theoretical Mapping</i> /Riset Pendukung.....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep <i>Supportive-Eduvative</i> .....	12
2.1.1 Sejarah dan Definisi <i>Supportive-Eduvative</i> .....	12
2.1.2 Pengertian Media <i>Supportive-Eduvative</i> .....	14
2.1.3 Tujuan Media Pengajaran.....	14
2.1.4 Pengertian <i>Booklet</i> .....	15
2.2 Konsep Kehamilan.....	17
2.2.1 Pengertian Kehamilan.....	17
2.2.2 Tanda – tanda Kehamilan.....	17
2.2.3 Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan.....	19
2.2.4 Adaptasi Psikologis pada kehamilan.....	24
2.3 Konsep Persalinan.....	29
2.3.1 Pengertian Persalinan.....	29
2.3.2 Tanda – tanda Persalinan.....	30
2.3.3 Tahap – Tahap Persalinan.....	31
2.3.4 Persiapan Menjelang Persalinan.....	31
2.4 Dukungan Sosial.....	35

2.4.1 Pengertian Dukungan Sosial.....	36
2.4.2 Bentuk – bentuk Dukungan Sosial.....	36
2.5 Kecemasan .....	37
2.5.1 Pengertian Kecemasan.....	37
2.5.2 Teori kecemasan .....	37
2.5.3 Gejala Klinis kecemasan.....	40
2.5.4 Faktor – factor yang Mempengaruhi kecemasan.....	42
2.5.5 Klasifikasi Tingkat kecemasan .....	43
2.5.6 Kuisisioner kecemasan .....	44
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL</b>	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	48
3.2 Hipotesis Penelitian .....	49
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	51
4.2 Populasi, Subjek Penelitian, dan Teknik Pengambilan Subjek Penelitian .....	51
4.2.1 Populasi.....	52
4.2.2 Subjek Penelitian .....	52
4.2.3 Besar Subjek penelitian dan Teknik Pengambilan Subjek Penelitian .....	52
4.3 Identifikasi Variabel .....	53
4.3.1 Variabel Independen.....	54
4.3.2 Variabel Dependen .....	54
4.3.3 Definisi Operasional .....	54
4.4 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen .....	56
4.4.1 Instrumen Penelitian .....	56
4.4.2 Uji Coba Instrumen.....	59
4.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	59
4.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	59
4.6.1 Tahap Persiapan.....	60
4.6.2 Tahap pelaksanaan.....	60
4.7 Kerangka Operasional.....	62
4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	62
4.8.1 Uji Validitas.....	63
4.8.2 Uji Reliabilitas .....	64
4.9 Analisa Data.....	65
4.9.1 Analisa Deskriptif.....	65
4.9.2 Analisa Bivariat .....	66
<b>BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN</b> .....	68
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	68
5.2 Data Umum Responden dan Keluarga.....	69
5.3 Data Khusus.....	74
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b> .....	84

6.1 Perbedaan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester 3 sebelum dan sesudah diberikan supportive edukatif pada kelompok perlakuan .....	84
6.2 Perbedaan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester 3 sebelum dan sesudah diberikan supportive-edukatif pada kelompok kontrol .....	87
6.3 Perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan supportive-edukatif pada ibu primigravida trimester 3 .....	88
6.4 Perbedaan dukungan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan supportive-edukatif pada ibu primigravida trimester 3 .....	90
6.5 Keterbatasan Penelitian .....	91
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	93
7.1 Kesimpulan .....	93
7.2 Saran .....	94
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	95
Lampiran 1 .....	104
Lampiran 2 .....	105
Lampiran 3 .....	106
Lampiran 4 .....	107
Lampiran 5 .....	108
Lampiran 6 .....	109
Lampiran 7 .....	110
Lampiran 8 .....	111
Lampiran 9 .....	112
Lampiran 10 .....	115
Lampiran 11 .....	118
Lampiran 12 .....	133

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Riset pendukung tentang <i>Supportive – Educative</i> Pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik .....	10
Tabel 4.2 Definisi Operasional <i>Supportive – Educative</i> Pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik .....	54
Tabel 4.4 Kisi- Kisi Kuesioner Dukungan Sosial .....	58
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur .....	59
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan .....	70
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan .....	71
Tabel 5.4 Distribusi Keluarga Berdasarkan Umur .....	71
Tabel 5.5 Distribusi Keluarga Berdasarkan Pendidikan .....	72
Tabel 5.6 Distribusi Keluarga Berdasarkan Pekerjaan .....	73
Tabel 5.7 Distribusi Keluarga Berdasarkan Hubungan dengan Responden .....	73
Tabel 5.8 Perbedaan Kecemasan pada kelompok perlakuan .....	74
Tabel 5.9 Perbedaan Kecemasan pada kelompok kontrol .....	75
Tabel 5.10 Perbedaan Kecemasan pada kelompok control dan perlakuan .....	75
Tabel 5.11 Perbedaan dukungan pada kelompok control dan perlakuan .....	76
Tabel 5.12 Validitas Konvergen .....	77
Tabel 5.13 Uji Validitas Konstruk .....	77
Tabel 5.14 Uji Realibilitas .....	79
Tabel 5.15 Pengujian <i>Goodnees-Fitmodel</i> .....	80
Tabel 5.16 Penguian <i>Composite Reliability</i> .....	81
Tabel 5.17 Hasil Uji PLS .....	82
Tabel 5.18 Tabel <i>Path Coefficients</i> .....	83

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi Masalah <i>Supportive – Educative</i> Pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.....	7
Gambar 3.1 Kerangka konseptual <i>Supportive – Educative</i> Pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.....	48
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian <i>Supportive – Educative</i> Pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik. ....	62
Gambar 5.1 Gambar hasil uji PLS .....	82

BAB 1  
PENDAHULUAN

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Proses persalinan merupakan peristiwa yang melelahkan sekaligus berisiko. Tidak mengherankan, calon ibu yang akan melahirkan pertama kali diselimuti perasaan takut, panik, dan gugup. Menjelang persalinan, banyak hal mengkhawatirkan muncul dalam pikiran ibu. Terlebih bila sebelumnya ada teman atau kerabat yang menceritakan pengalaman bersalin mereka, ditambah dengan komentar yang menyeramkan (Amalia, 2009). Ibu merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti: apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ibu akan menyadari bahwa dirinya akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi (Varney, 2006). Rasa takut menjelang persalinan menduduki peringkat teratas yang paling sering dialami ibu selama hamil (Budi, 2007). Ibu yang hamil pertama sering memiliki pikiran yang mengganggu sebagai pengembangan reaksi kecemasan terhadap cerita yang diperolehnya karena belum memiliki pengalaman bersalin (Wulandari, 2006). Kecemasan menghadapi persalinan juga dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tentang persalinan.

Kehamilan merupakan masa transisi yang secara signifikan menyebabkan perubahan fisik dan psikologis, sehingga diperlukan mekanisme adaptasi (Consonni, 2010). Kehamilan, persalinan, dan menjadi seorang ibu merupakan peristiwa dan

pengalaman penting dalam kehidupan seorang wanita, sebagaimana tahap transisi dalam fase kehidupan, peristiwa tersebut dapat menimbulkan stress (Reeder et al., 2011). Ibu hamil akan merasa tegang, khawatir, dan takut dalam menghadapi masa persalinan, adanya perubahan fisiologi yang menimbulkan ketidakstabilan kondisi psikologis selama hamil menimbulkan kekhawatiran yang terus-menerus dalam menghadapi kelahiran bayi bagi wanita hamil pertama, perasaan demikian akan terwujud dalam bentuk kecemasan (Zenden, 2007). Ibu hamil akan dibayangi dan dihantui rasa cemas dan takut akan segala sesuatu yang mungkin dapat terjadi pada dirinya dan bayinya, pertanyaan dan bayangan saat melahirkan apakah secara normal, bagaimana cara mengejan, apakah ada sesuatu yang terjadi saat persalinan, apakah bayinya sehat, pertanyaan-pertanyaan tersebut sering muncul dalam benak ibu hamil (Muhimah dan Safe'I, 2010).

Kecemasan merupakan respons terhadap situasi tertentu yang mengancam, ditandai dengan simpton-simptom tubuh, ketegangan fisik dan ketakutan pada hal-hal yang akan terjadi (Litfiah, 2009). Ketakutan ibu menghadapi persalinan pada ibu primigravida, berkaitan dengan emosi ibu yang berpengaruh pada proses persalinan. Kecemasan persalinan pertama merupakan perasaan dan kondisi psikologis yang tidak menyenangkan dikarenakan adanya perubahan fisiologis yang menyebabkan ketidakstabilan kondisi psikologis. Hal ini berkaitan dengan pengalaman baru yang dialami ibu primigravida yang pertama kali menghadapi kehamilan, ketika menghadapi proses persalinan cenderung mengalami kecemasan, dikarenakan proses persalinan merupakan sesuatu yang baru yang akan dialaminya (Musbikin, 2006).

Selama kehamilan, ibu mengalami perubahan fisik dan psikis yang terjadi

akibat ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen yaitu hormon kewanitaannya yang ada di dalam tubuh ibu sejak terjadinya proses kehamilan, untuk itu seorang ibu hamil harus mempersiapkan fisik maupun psikologisnya selama proses kehamilan dan persalinan agar berjalan sesuai harapan, kehamilan pada umumnya menambah intensitas emosi dan tekanan batin pada kehidupan psikisnya. Perkembangan psikis dan pengalaman-pengalaman emosional pada kehamilan ikut berperan dalam kegiatan mempengaruhi mudah sukarnya proses kelahiran bayinya (Kartini, 2006)

Dalam salah satu studi di California dilaporkan sebanyak 18% wanita hamil mengalami depresi selama kehamilannya (Vieten&Astin, 2008). Bennett (2004) dalam Vieten & Astin (2008) menemukan prevalensi depresi sebesar 7% pada trimester pertama, 13% pada trimester kedua dan 12% persen pada trimester ketiga. Hasil penelitian tentang kecemasan ibu hamil dalam menghadapi kelahiran anak pertama di Yogyakarta oleh Reta Budi A tahun 2007 menunjukkan bahwa dari 40 sampel, 5% mengalami kecemasan sangat rendah, 52,5% mengalami kecemasan rendah, dan 42,5% mengalami kecemasan sedang. Penelitian yang dilakukan oleh Umamah (2011) didapatkan data bahwa 58% ibu hamil mengalami cemas ringan, 25% tingkat kecemasan sedang, dan 16,67% mengalami tingkat kecemasan berat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Aprianawati (2010) lebih dari 75% ibu hamil mengalami kecemasan pada trimester ketiga. Hasil penelitian oleh Stephanus (2009) sebanyak 85% wanita mengalami kecemasan menjelang persalinan. Hasil penelitian yang didapatkan dapat diartikan bahwa seluruh ibu hamil mengalami kecemasan dalam berbagai tingkatan, mulai dari cemas ringan, cemas sedang, sampai cemas berat.

Kecemasan pada ibu hamil bila tidak ditangani dapat memberikan dampak

yang kurang baik bagi ibu dan janin diantaranya dapat mengakibatkan bayi dengan berat badan lahir rendah, lahir premature, *fetal distress* serta dapat terjadi abortus (Fishell,2010). Kecemasan dapat mengakibatkan ketegangan yang dapat mempengaruhi sistem limbik yang berperan dalam emosi dan tingkah laku. Ibu hamil yang mengalami kecemasan akan mempengaruhi sistem imunnya karena aksis *hipotalamus pituitari adrenal* (HPA-Axis) meningkatkan sekresi *corticotropin releasing hormone* (CRH) yang akan mempengaruhi kelenjar *pituitary anterior* melepaskan *Adrenal Cortico Tropic Hormone* (ACTH) yang selanjutnya merangsang peningkatan glukokortikoid dan katekolamin pada kelenjar adrenal, yang mengakibatkan penurunan ekspresi sel protein pada sel TH1 dan TH2 sehingga imunitas seluler dan humoral menurun (Putra, 2005). Proses fisiologis ini dapat menyebabkan his menjadi kurang baik, pembukaan kurang lancar, dan dapat mengakibatkan partus lama, kelainan ini sering terjadi pada nullipara (Wiknjosastro, 2007) kecemasan pada ibu hamil dapat berpengaruh pada perilaku sehari-hari sehingga ibu hamil menjadi mudah marah, mudah tersinggung, gelisah, susah berkonsentrasi, bahkan ada yang ingin lari atau meninggalkan kenyataan hidup (Muhimah dan Safe'i, 2010). Stres yang tinggi dan *mood* (suasana hati) yang mengganggu selama kehamilan dapat mengakibatkan bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), kelahiran *preterm*, kromosomal abortus spontan, rendahnya APGAR skor, *neuro endokrin dysregulation* (Vieten&Astin, 2008).

Kecemasan menjelang persalinan dapat diatasi dengan melakukan latihan fisik, pendekatan secara psikologi seperti kehadiran orang dekat, dukungan keluarga, sikap tenaga pemberi pelayanan kesehatan yang baik, serta terapi farmakologi (Muhimah dan

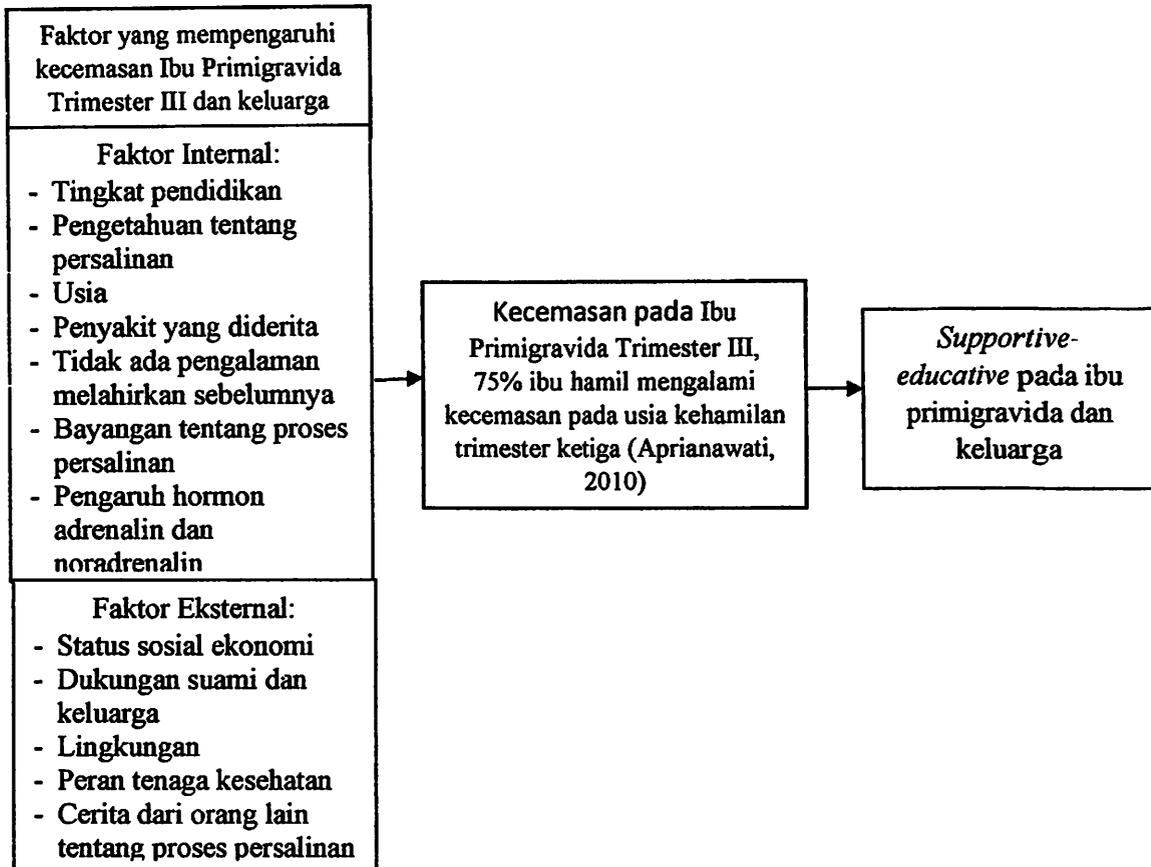
Safe'I, 2010). Untuk menghilangkan rasa cemas harus ditanamkan kerja sama antara pasien dengan tenaga kesehatan dengan memberikan informasi kepada ibu hamil selama kehamilan. Tindakan keperawatan *Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan keluarga yang dikenal dengan bimbingan dan pengajaran tentang dukungan dan pendidikan pada ibu hamil dan keluarga akan membantu ibu hamil dan keluarga mencapai perilaku yang adaptif dan kemandirian dalam menjalani kehamilan. Keberhasilan ibu hamil dalam menjalani kehamilan dan kesiapan menghadapi persalinan tidak terlepas dari dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat penting untuk memotivasi ibu hamil dalam menjalani kehamilan dan mempersiapkan diri dalam menghadapi persalinan (Waspadji, 2005). *Supportive-Educative* pada Ibu Hamil dan keluarga diharapkan dapat menurunkan kecemasan ibu hamil.

*Supportive-educative* yang diberikan pada ibu hamil dan keluarga dalam menurunkan kecemasan berdasarkan pendekatan model konsep dan teori keperawatan *Adaptif Holistic System* dari Orem. Model ini menekankan pada pemenuhan aspek fisik berupa aspek psikis dengan memfasilitasi coping dan psikologis pasien yang konstruktif sehingga membentuk perilaku adaptif, dan aspek sosial dengan menciptakan hubungan dan lingkungan yang konstruktif dengan melibatkan keluarga dalam perawatan (Ann dan Alligood, 2010). Sentuhan psikologis pasien dan keluarga akan merubah kognitif dan psikologis pasien dan keluarga menjadi perilaku yang adaptif. Tujuan utama tindakan *supportive-educative* pada ibu hamil dan keluarga dalam menurunkan kecemasan yaitu ketegangan ibu hamil menurun dan rileks, serta pengetahuan ibu tentang kehamilan bertambah sehingga kecemasannya menurun

(Foxx-Orenstein, 2010). Berdasarkan masalah dan fakta tersebut di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tersebut.

Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik merupakan salah satu Rumah Sakit swasta terbesar yang ada di Kabupaten Gresik. Ibu hamil yang memeriksakan diri ke Rumah Sakit Muhammadiyah rata-rata 100 dalam seminggu, dalam program Rumah Sakit Gresik belum diadakannya program yang dapat menurunkan kecemasan pada ibu hamil. Salah satu jenis media promosi adalah media cetak, sebagai bahan bacaan yaitu modul, buklet, buku rujukan, leaflet, majalah, buletin (Notoadmodjo, 2010). Mengintegrasikan kebutuhan klien selaku ibu hamil untuk mengetahui lebih banyak tentang kehamilan yang sering dialami, serta salah satu fungsi sebagai perawat adalah sebagai edukator, maka dibutuhkan media informasi berupa buklet tentang kehamilan untuk menurunkan kecemasan guna dalam kehamilannya. Pemilihan buklet sebagai media dalam memberikan bimbingan dan pengajaran karena dapat memuat informasi relatif lebih banyak dan lebih spesifik serta dapat menimbulkan minat sasaran pendidikan (Sumaryati, 2003)

## 1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah *Supportive-educative System* pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga dalam Menurunkan Kecemasan

Pada ibu Primigravida trimester III dan keluarga, faktor kecemasan yang mempengaruhi ada dari dua pihak yaitu internal dan eksternal. Faktor internal antara lain : tingkat pendidikan, pengetahuan tentang persalinan, dan penyakit yang diderita, tidak ada pengalaman melahirkan sebelumnya, bayangan tentang proses persalinan, pengaruh hormon adrenalin. Faktor eksternal terdiri dari : status sosial ekonomi, dukungan suami dan keluarga, lingkungan, peran tenaga kesehatan, serta cerita dari orang lain tentang proses persalinan. Dampak dari faktor internal dan faktor eksternal yaitu kecemasan pada ibu primigravida trimester III dan keluarga. Penelitian yang

dilakukan Aprianawati tahun 2010 menunjukkan 75% ibu hamil mengalami kecemasan pada kehamilan trimester III. Peneliti ingin menujukan kecemasan pada ibu hamil trimester III dan keluarga dengan memberikan *Supportive – Educative* pada ibu hamil dan keluarga.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh *supportive-educative* pada Ibu Primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik?

### **1.4 Tujuan**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Menjelaskan pengaruh *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada kelompok perlakuan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.
2. Mengidentifikasi kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III sebelum dan setelah diberikan *supportive-educative* pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik
3. Menganalisis perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.

4. Menganalisis perbedaan dukungan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik

## **1.5 Manfaat**

### **1.5.1 Manfaat teoritis**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai wacana dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas yang berhubungan dengan kesehatan pada ibu hamil.

### **1.5.2 Manfaat Praktis**

1. Memberikan masukan bagi profesi keperawatan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya dalam perawatan ibu hamil dan mengoptimalkan perannya sebagai *educator*.
2. Memberikan masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan promosi kesehatan tentang persalinan untuk mengurangi kecemasan pada ibu hamil trimester III dalam mencegah komplikasi pada persalinan dan mengurangi kelainan pada bayi.
3. Memberikan informasi dan referensi kepada peneliti selanjutnya tentang pengaruh *supportive-educative* tentang kehamilan dan persalinan terhadap kecemasan ibu primigravida trimester III dan keluarga.
4. Memberikan informasi kepada ibu primigravida trimester III dan keluarga tentang kehamilan dan persalinan sehingga dapat menurunkan kecemasan ibu primigravida trimester III.

## 1.6 *Theoretical Mapping/ Riset Pendukung*

Beberapa artikel penelitian terkait dengan topik tesis sebagai berikut:

No	Judul/ Penulis	Desain	Sampel	Variabel	Instrumen	Hasil
1.	Hubungan Dukungan Suami Pada Ibu Hamil Dengan Kunjungan ANC Di Rumah Bersalin Bhakti IBI Semarang ( Mulyanti, 2010)	Deskriptif korelatif	Ibu Hamil di RB Bhakti IBI Semarang sebanyak 30 Orang	Ibu Hamil di RB Bhakti IBI Semarang	Kuesioner dan checklist yang berisi data- data dari CM (catatan medik)	Analisis Univariat menganalisis hubungan frekuensi dukungan suami pada ibu hamil dan analisis Bivariat menganalisis hubungan tabulasi silang Antara dukungan suami pada ibu hamil dengan kunjungan ANC
2	Faktor – faktor yang Berhubungan Dengan Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan Di Poli KIA PKM Tuminting( Zamriati, Hutagaol, Wowiling; 2013)	Studi Observasional ( <i>Cross sectional</i> )	Ibu Hamil yang memeriksakan kandungannya di Poli KIA Puskesmas Tuminting	Kecemasan ibu hamil	Alat ur dengan menggunakan skala HARS (Hamilton Anxiet Rating Scala)	Ada hubungan yang signifikan Antara umur dengan kecemasan ibu hamil menjelang persalinan di Poli KIA Tuminting . Tidak ada hubungan

							yang signifikan Antara tingkat pendidikan dengan kecemasan ibu hamil menjelang persalinan
3	Pelatihan Modul Konseling Gizi Intensif bagi Ibu Hamil dan Menyusui (Sutanto, Basuki, Puspongoro, 2013)	Eksperimental ( <i>randomized community trial</i> )	Ibu hamil trimester ketiga usia 20-30 tahun dan ibu menyusui	1. Asupan zat gizi 2. Pengukuran antropometri	1. Kuesioner terstruktur 2. Pengukuran status gizi dengan antropometri		Modul pelatihan yang diberikan bermanfaat meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam memberikan konseling sehingga setara dengan penyuluh bergeser ke Puskesmas
4	Hubungan Antara Dukungan Sosial dan Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester ketiga (Maharani, 2008)	Studi Observasional ( <i>Cross sectional</i> )	Ibu hamil trimester ketiga	1. Dukungan sosial 2. Kecemasan menghadapi persalinan	1. Skala dukungan sosial 2. Skala kecemasan		Ibu hamil memiliki dukungan sosial yang tinggi dalam menghadapi persalinan

5	Pengaruh Psikoedukasi Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan dan Kadar Kortisol Ibu Bersalin Primigravida Fase Laten Di RSE Batam (Martini, 2011)	Pre-Posttest dengan kelompok control (Pre-Posttest with control Group)	Ibu Hamil Primigravida kehamilan 38 – 40 minggu di RSE Batam	1. Psikoedukasi dukungan pada keluarga 2. Kecemasan ibu bersalin	1. Kuesioner 2. Peralatan laboratorial untuk mengukur kadar kortisol	Psikoedukasi mampu menurunkan tingkat kecemasan responden secara signifikan
---	---	--	--	---	---	---

## BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Supportive-Educative*

##### 2.2.1 Sejarah dan Definisi *Supportive-Educative*

*Supportive-Educative* pertama kali dikenalkan oleh Orem pada tahun 1971. *Supportive-Educative* merupakan bagian dari *Self Care Deficit Theory of Nursing* (SCDTN) dalam buku *Nursing Concepts of Practice*. Konsep mayor dari SCDTN antara lain: *Self Care*, *Self Care Deficit*, dan *Nursing System*. Sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan akan *therapeutic self-care* serta menjaga kemampuan pasien untuk melaksanakan *self-care* (Alligood, 2010).

1. Tiga *Nursing System* membantu pasien dalam defisit perawatan diri, yakni:
2. Sistem Bantuan Secara Penuh (*Wholly Copensatory System*). Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulasi serta manipulasi gerakan. Contoh: pemberian bantuan pada pasien koma.
3. Sistem Bantuan Sebagian (*Partially Compensatory System*). Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal. Contoh: perawatan pada pasien post operasi sectio caesaria di mana pasien tidak memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan luka.
4. Sistem *Supportive* dan *Educative* merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan

keperawatan setelah dilakukan pembelajaran. Contoh: pemberian sistem ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi pada ibu hamil trimester ketiga menjelang persalinannya.

*Supportive-educative* terdiri dari 3 teknik yaitu: *support* (dukungan), *guidance* (bimbingan), dan *teaching* (pengajaran). Bimbingan merupakan suatu bantuan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain dalam membuat pilihan-pilihan dan penyesuaian-penyesuaian serta dalam membuat pemecahan masalah (Jones, 1977). Tujuan bimbingan adalah membantu menumbuhkan kebebasan serta kemampuannya agar menjadi individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri. Menurut Mu'awanah (2009), bimbingan merupakan suatu proses pemberian bantuan yang ditujukan kepada individu agar dapat mengenali dirinya sendiri, baik kemampuan-kemampuan yang dimiliki serta kelemahannya agar dapat mengambil keputusan sendiri dan bertanggung jawab dalam menentukan jalan hidupnya, mampu memecahkan sendiri kesulitan yang dihadapi serta dapat memahami lingkungan untuk dapat menyesuaikan diri secara tepat.

Pengajaran merupakan suatu perbuatan yang kompleks dengan menggunakan sejumlah komponen yang terkandung dalam perbuatan mengajar untuk menyampaikan pesan pengajaran untuk penciptaan sistem lingkungan yang memungkinkan terjadinya proses belajar. Sistem lingkungan ini terdiri dari komponen-komponen yang saling mempengaruhi, yakni tujuan instruksional yang ingin dicapai, materi yang diajarkan, promotor dan sasaran memainkan peranan serta dalam hubungan sosial tertentu, jenis kegiatan yang dilakukan, serta sarana dan prasarana belajar mengajar yang tersedia (Fathurrahman, 2010).

Dukungan adalah adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan diperoleh dari individu ataupun kelompok (Cobb, 2002).

Kegiatan bimbingan, pengajaran, dan dukungan ini kontak antara klien dengan kehamilannya dan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya, akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilakunya) (Notoatmodjo, 2010). Dasar digunakan pendekatan individu ini karena setiap individu mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut, agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta membantunya, maka perlu menggunakan metode bimbingan dan pengajaran ini.

### **2.2.2 Pengertian Media *Supportive-Educative***

Media *Supportive-Educative* dalam keperawatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronik (TV, radio, komputer dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

Pengajaran atau pendidikan kesehatan dalam keperawatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga mampu memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif (Notoatmodjo, 2010).

### **2.2.3 Tujuan Media Pengajaran**

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi
3. Dapat memperjelas informasi
4. Media dapat mempermudah pemahaman

5. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
6. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
7. Memperlancar komunikasi (Notoatmodjo, 2010).

#### 2.2.4 Pengertian *Booklet*

Banyak media yang dapat digunakan dalam memberikan *Supportive-Educative*, salah satu media yang digunakan adalah booklet. Booklet merupakan media termasuk dalam kategori media lini bawah (*below the line media*). Sesuai sifat yang melekat pada media lini bawah, pesan yang ditulis pada media tersebut berpedoman pada beberapa kriteria yaitu: menggunakan kalimat pendek, sederhana, singkat, ringkas, dikemas menarik dan kata yang digunakan ekonomis (Suleman, 1998).

*Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk tulisan dan gambar. *Booklet* sebagai saluran, alat bantu, sarana dan sumber daya pendukungnya untuk menyampaikan pesan harus menyesuaikan dengan isi materi yang akan disampaikan (Sa'diyah, 2003). *Booklet* memiliki beberapa kelebihan yaitu:

1. Dapat dipelajari setiap saat, karena desain berbentuk buku
2. Memuat informasi relatif lebih banyak dibandingkan dengan poster.
3. Klien dapat menyesuaikan dari belajar mandiri
4. Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai
5. Informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman
6. Mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan
7. Mengurangi kebutuhan mencatat
8. Dapat dibuat secara sederhana dengan biaya relatif murah
9. Awet

10. Daya tampung lebih luas

11. Dapat diarahkan pada segmen tertentu (Sa'diyah, 2003).

*Booklet* “Intervensi Nutrisi Pasien Gastroparesis Diabetik” menyampaikan pesan melalui tulisan dan gambar yang menarik berisi informasi untuk pasien gastroparesis diabetik tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi.

1. Manfaat *booklet* sebagai media komunikasi pendidikan kesehatan adalah:
2. Menimbulkan minat sasaran pendidikan
3. Membantu di dalam mengatasi banyak hambatan
4. Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat
5. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain
6. Mempermudah penyampaian bahasa pendidikan
7. Mempermudah penemuan informasi oleh sasaran pendidikan
8. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui lalu mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik
9. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

*Booklet* umumnya digunakan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang isu kesehatan, karena *booklet* memberikan informasi dengan spesifik, dan banyak digunakan sebagai media alternatif untuk dipelajari pada setiap saat bila seseorang menghendakinya. Untuk mencapai tujuan yang diinginkan tersebut perlu dilakukan suatu proses pendidikan kesehatan dengan menggunakan media karena keberhasilan proses pendidikan kesehatan yang dilakukan tergantung pada beberapa faktor, diantaranya: kurikulum, sumber bahan ajar, termasuk sarana dan prasarana (Sumaryati, 2003).

Berdasarkan pernyataan tersebut bahwa *booklet* dapat digunakan untuk proses pembelajaran secara mandiri. Penggunaan *booklet* tentang ibu hamil dan persalinan diharapkan dapat menurunkan kecemasan pada ibu primigavida trimester III.

## **2.3 Konsep Kehamilan**

### **2.2.1 Pengertian Kehamilan**

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua adalah 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ketiga adalah 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (Adriaansz, 2008).

Kehamilan adalah masa dimulainya konsepsi sampai lahirnya janin. Lama kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) (Soepardan & Hadi, 2008).

Gravida adalah seorang wanita yang hamil. Sedangkan primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali (Bobak, 2005).

### **2.2.2 Tanda-Tanda Kehamilan**

Pada mata rantai konsepsi (fertilisasi), implantasi (nidasi) terjadi perubahan rohani dan jasmani, karena terdapat pengeluaran hormon spesifik dan menimbulkan gejala dan tanda hamil sebagai tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil dan tanda pasti kehamilan (Manuaba, 1999). Tanda dugaan hamil, tanda ini meliputi :

1. Tidak datang bulan (*amenorea*) dengan konsepsi dan nidasi mulai mengeluarkan hormon, maka pertumbuhan dan perkembangan folikel tidak terjadi sehingga terdapat keadaan tidak datang bulan.
2. Buah dada sakit. Buah dada dipersiapkan sejak semula, dengan terjadi peredaran darah, menahan air dan garam, sehingga ujung saraf tertekan yang menimbulkan rasa penuh dan sakit, terutama kehamilan pertama.
3. Perasaan mengidam (ingin makanan khusus) yang dapat berupa mual-muntah terutama pagi hari (*morning sickness*), kurang suka makanan, tidak tahan bau-bauan, terdapat pengeluaran air liur berlebihan (hipersalivasi), kepala sakit dan pusing, ingin makanan tertentu.
4. Gangguan pencernaan dan perkemihan, sering sulit buang air besar karena kurang makan serat dan pengaruh hormonal, sering kencing berlebihan karena kandung kencing tertekan rahim.
5. Pigmentasi kulit, karena pengaruh hormon tertentu terdapat pigmentasi kulit wajah, sekitar buah dada, dan dinding perut
6. Tanda kemungkinan hamil Pada pemeriksaan dapat diduga hamil bila ada pembesaran rahim dan terdapat tanda *Chadwick*, tanda *Goedell*, dan tanda *Hegar*.
  - 1) Tanda *Chadwick* adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina dan serviks.
  - 2) Tanda *Goedell* adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi bibir) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil.

- 3) Tanda *Hegar* adalah pelunakan dan kompresibilitas isthmus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila isthmus ditekan dari arah yang berlawanan (Adriaansz, 2008).

7. Tanda pasti kehamilan :

- 1) pemeriksaan USG (Ultrasonografi) terdapat "*fetal plate*", kantung gestasi, rahim membesar.
- 2) pemeriksaan konvensional teraba bagian janin, terdengar detak jantung janin (pada kehamilan 12 minggu), dan teraba gerakan janin (pada kehamilan 16-18 minggu). (Manuaba, 1999; Wiknjastro, 2002)

### 2.2.3 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan

1. Perubahan pada sistem Kardiovaskular
2. Meningkatnya beban kerja menyebabkan otot jantung mengalami hipertrofi, terutama ventrikel kiri sebagai pengatur pembesaran jantung, pembesaran uterus menekan jantung ke atas dan ke kiri. Pembuluh jantung yang kuat membantu jantung mengalirkan darah keluar jantung ke bagian atas tubuh. Juga menghasilkan elektrokardiografi dan radiografi yang perubahannya sama dengan iskemik pada kelainan jantung, tetapi perlu diperhatikan juga jantung pada wanita normal. Suara sistolik dan murmur yang berubah adalah normal.
3. Selama hamil, kecepatan darah meningkat (jumlah darah yang dialirkan oleh jantung dalam setiap denyutnya) sebagai hasil dari peningkatan curah jantung. Hal ini meningkatkan volume darah dan oksigen ke seluruh organ dan jaringan tubuh ibu untuk pertumbuhan janin. Denyut jantung meningkat dengan cepat setelah usia kehamilan 4

minggu, dari 15 denyut per menit menjadi 70- 85 denyut permenit, aliran darah meningkat dari 64 ml menjadi 71 ml (Varney, 2006).

Massa sel darah merah yang merupakan total sel darah merah dalam sirkulasi, mengalami peningkatan sebagai akibat dari akselerasi produksi untuk kebutuhan oksigen ekstra untuk maternal dan jaringan plasenta. Terlihat pada peningkatan yang konstan pada kehamilan 10 minggu tetapi tidak sampai pada tingkat maksimum seperti pada kehamilan 30-34 minggu. Hasil dari total peningkatan adalah 18-25% dibandingkan rata-rata wanita yang tidak hamil yaitu 1.400 ml-1.650 ml sampai *aterm*, tetapi dapat ditingkatkan lagi sampai 30% bila suplemen zat besi diberikan.

4. Peningkatan volume plasma darah lebih besar daripada massa sel darah merah. Hemodilusi yang terjadi lebih terlihat pada kehamilan 32-34 minggu. Hal ini dapat dilihat dengan perhitungan sel darah merah dan juga kadar hemoglobin yang turun jumlahnya. Konsentrasi hematokrit atau *packed cell volume* mengalami penurunan, yaitu sebanyak 35% pada kehamilan 3 minggu dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Efek ini disebut anemia. Adanya anemia merupakan suatu tanda yang fisiologis, tetapi kadar hemoglobin merupakan tanda yang patologis dalam kehamilan (Salmah, 2006).

5. Perubahan pada sistem urinaria

Pada trimester kedua aliran darah di ginjal meningkat dan tetap terjadi sampai kehamilan 30 minggu, setelah itu menurun secara perlahan. Walaupun masih diatas tingkatan wanita tidak hamil. Sebagai hasilnya, ginjal mengalami pembesaran dan filtrasi glomerulus, yang dapat dilihat dengan uji klirens kreatinin meningkat 45% pada kehamilan 8 minggu. Hal ini tetap terjadi sampai trimester II dan secara signifikan

menurun pada akhir kehamilan. Pola normal berkemih wanita tidak hamil pada siang hari berkebalikan dengan pola pada wanita hamil. Wanita yang hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul dan vena kava inferior, dan kemudian mensekresi cairan tersebut pada malam hari melalui kedua ginjal ketika wanita berbaring, terutama pada posisi *lateral* kiri (Salmah, 2006).

6. Perubahan pada sistem pernafasan
7. Adaptasi ventilasi dan struktural selama masa hamil bertujuan menyediakan kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respons terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Janin membutuhkan oksigen dan suatu cara untuk pembuangan karbondioksida (Bobak, 2005).
8. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Karena rahim membesar, panjang paru-paru berkurang. Diameter transversal kerangka thoraks meningkat sekitar 2 cm dan lingkaran kerangka iga meningkat 5-7 cm. Tinggi diafragma bergeser sebesar 4 cm selama masa hamil. Dengan semakin tuanya kehamilan dan seiring pembesaran uterus ke rongga abdomen, pernafasan dada menggantikan pernafasan perut dan penurunan diafragma saat inspirasi semakin sulit. (Bobak, 2005; Salmah, 2006; Varney, 2006)
9. Perubahan pada sistem gastrointestinal
10. Gusi menjadi bengkak, lunak dan berlubang saat hamil, kemungkinan karena efek estrogen yang bisa mengarah pada perdarahan karena trauma atau karena sakit gigi. Gusi yang rapuh dapat juga menyebabkan gingivitis. *Saliva* (ludah) menjadi lebih asam

(Salmah, 2006; Varney, 2006). *Tonus* pada *sfincter* esofagus bagian bawah melemah serta peristaltik menurun. Hal ini karena hormon progesteron menyebabkan relaksasi otot polos. Hal ini menyebabkan absorpsi air di usus besar meningkat sehingga dapat terjadi konstipasi. Suplemen zat besi juga dapat meningkatkan konstipasi. (Bobak, 2005; Salmah, 2006; Varney, 2006)

#### 11. Perubahan pada Muskuloskeletal

12. Estrogen dan relaksasi memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligamen pelvik pada akhir kehamilan. Ligamen pada simfisis pubis dan sakroiliaka akan menghilang karena berelaksasi. Simfisis pubis melebar sampai 4 cm pada usia gestasi 32 minggu dan sakrokoksigeus tidak teraba, diikuti terabanya koksigs sebagai pengganti bagian belakang. Meningkatnya pergerakan pelvik juga menyebabkan pergerakan pada vagina dan hal ini menyebabkan sakit punggung dan ligamen pada hamil tua (Salmah, 2006).

13. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara mencolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat pinggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut, dan peningkatan berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian-ulang (*realignment*) kurvatura spinalis. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Akan tetapi, wanita yang lebih tua, yakni wanita yang mengalami gangguan punggung atau wanita yang memiliki sensasi keseimbangan yang buruk, dapat mengalami nyeri punggung yang berat selama dan setelah hamil (Bobak, 2005).

#### 14. Perubahan pada sistem endokrin

#### 15. Hormon plasenta

16. Sekresi hormon plasenta dan *HCG* dari plasenta janin mengubah organ endokrin secara langsung. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan produksi globulin meningkat dan menekan produksi tiroksin, kortikosteroid dan steroid. Akibatnya plasma yang mengandung hormon-hormon ini akan meningkat jumlahnya, tetapi kadar hormon bebas tidak mengalami peningkatan yang besar (Salmah, 2006).

#### 17. Kelenjar hipofisis

Pada kehamilan, prolaktin serum mulai meningkat pada trimester pertama dan meningkat secara progresif sampai aterm. Secara umum diyakini bahwa walaupun semua unsur hormonal (estrogen, progesteron, tiroid, insulin dan kortisol bebas) yang diperlukan untuk pertumbuhan payudara dan produksi susu terdapat dalam kadar darah yang meningkat selama kehamilan, kadar estrogen yang tinggi menghambat sekresi alveolar aktif dengan menghambat peningkatan prolaktin pada jaringan payudara, sehingga menghambat prolaktin pada epitel target (Bobak, 2005).

#### 18. Kelenjar tiroid

Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran kira-kira 13% karena adanya hiperplasia dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas. Secara fisiologis akan meningkatkan ambilan iodin sebagai kompensasi kebutuhan ginjal terhadap iodin yang meningkatkan laju filtrasi glomerulus (Salmah, 2006).

#### 19. Perubahan pada payudara

20. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam setelah gestasi/kehamilan. Puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada areola, dan puting susu menjadi

lebih erektil. Selama trimester kedua dan ketiga pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta pada masa hamil meningkatkan proliferasi duktus latiferus dan jaringan lobus-alveolar sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran nodul kasar. Kolostrum, cairan sebelum menjadi susu, yang berwarna krem atau putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester ketiga (Bobak, 2005).

#### 2.2.4 Adaptasi Psikologis pada kehamilan

Selama kehamilan berlangsung, terdapat rangkaian proses psikologis khusus yang lebih jelas, yang terkadang tampak berkaitan erat dengan perubahan biologis yang sedang terjadi. Respons psikologis ini dapat terulang pada kehamilan berikutnya pada setiap wanita.

##### 1) Trimester pertama

- a. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Sebagian besar wanita merasa sedih dan ambivalen tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi, dan kesedihan. Namun, perasaan ambivalen ini biasanya akan berakhir dengan sendirinya seiring dengan penerimaan kehamilannya. Penerimaan ini biasanya terjadi pada akhir trimester pertama dan difasilitasi oleh perasaannya sendiri yang merasa cukup aman untuk mulai mengungkapkan perasaan-perasaan yang menimbulkan konflik yang ia alami. Sementara itu, beberapa ketidaknyamanan pada trimester pertama, seperti *nausea*, kelemahan,

perubahan nafsu makan, kepekaan emosional, dapat mencerminkan konflik dan depresi yang ia alami dan pada saat bersamaan hal-hal tersebut menjadi pengingat tentang kehamilannya.

- b. Berat badan sangat bermakna bagi wanita hamil selama trimester pertama. Berat badan dapat menjadi salah satu uji realitas tentang keadaannya karena tubuhnya hamil. Bagi kebanyakan wanita, peningkatan berat badan dini dapat dilihat sebagai bukti bahwa janin yang berada didalam kandungan mengalami pertumbuhan meski buktinya tidak terlihat secara fisik. Wanita tersebut merasa peningkatan berat badan ini berada pada kendalinya dan memberi kontribusi pertumbuhan abdomennya. Sebaliknya, wanita yang mengandung dan berusaha menyembunyikannya (contohnya: pada beberapa remaja yang belum menikah) akan berusaha menahan lapar supaya tidak terlihat hamil.
- c. Hasrat seksual pada trimester pertama sangat bervariasi antara wanita satu dan yang lainnya. Meski beberapa wanita mengalami peningkatan hasrat seksual, tetapi secara umum trimester pertama merupakan waktu terjadinya penurunan libido dan hal ini memerlukan komunikasi yang jujur dan terbuka terhadap pasangan masing-masing. Banyak wanita merasakan kebutuhan kasih sayang yang besar dan cinta kasih tanpa seks. Libido secara umum sangat dipengaruhi oleh keletihan, *nausea*, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran dan

masalah-masalah lain yang merupakan hal yang normal terjadi pada trimester pertama (Varney, 2006).

## 2. Trimester kedua

- a. Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, dimana wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Trimester kedua sebenarnya terbagi atas 2 fase: *pra-quickening* dan *pasca-quickening*. *Quickening* menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua yaitu mengembangkan identitasnya sebagai ibu pada dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya.
- b. Dengan timbulnya *quickening*, muncul sejumlah perubahan karena kehamilan telah menjadi jelas dalam pikirannya. Kontak sosialnya berubah. Ia lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil atau ibu baru lainnya, dan minat serta aktivitasnya berfokus pada kehamilan, cara membesarkan anak, dan persiapan untuk menerima peran baru. *Quickening* memudahkan wanita mengkonseptualisasi bayinya sebagai individu yang terpisah dari dirinya sendiri. Kesadaran baru ini memulai perubahan dalam fokusnya dari diri sendiri kepada bayi yang ia kandung. Secara bertahap perubahan ini terlihat dari pengalaman mimpi bahwa orang lain yang tidak dikenal sedang terluka. Mimpi-mimpi ini umumnya diartikan sebagai ekspresi kewaspadaan ibu mengenai ancaman terhadap bayinya.

Sebagian besar wanita merasa lebih erotis selama trimester kedua, kurang lebih 80% wanita mengalami kemajuan yang nyata dalam hubungan seksual mereka dibanding pada trimester pertama dan sebelum hamil. Trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, dan ukuran perut wanita belum menjadi masalah besar, lubrikasi vagina semakin banyak pada masa ini, kecemasan, kekhawatiran dan masalah-masalah yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada wanita tersebut mereda, dan ia telah mengalami perubahan dari seseorang yang menuntut kasih sayang dari ibunya menjadi seseorang yang mencari kasih sayang dari pasangannya, dan semua faktor ini mempengaruhi peningkatan libido dan kepuasan seksual (Varney, 2006).

## 2. Trimester ketiga

1) Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ketiga. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti: apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Mimpi-mimpi yang dialaminya merefleksikan rasa penasaran dan ketakutannya. Ia mengalami mimpi yang sebagian besar mengenai bayi, anak-anak, persalinan, kehilangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain dan menutup diri karena perasaan rentannya.

- 2) Wanita akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya. Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternatif posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternatif untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika ia merasa tidak nyaman dengan cara-cara tersebut. Berbagi perasaan secara jujur dengan pasangan dan konsultasi mereka dengan petugas kesehatan sangatlah penting (Varney, 2006).
- 3) Pada trimester ini wanita sering mengalami kecemasan, apalagi pada ibu primigravida yang belum memiliki pengalaman sebelumnya. Seringkali kecemasan tersebut disebabkan oleh bayangan tentang proses persalinan yang menakutkan karena mendengar cerita dari orang lain tentang proses persalinan yang menakutkan. Adanya pikiran-pikiran ini menyebabkan peningkatan kerja sistem saraf simpatik. Sistem endokrin yang terdiri dari kelenjar-kelenjar seperti kelenjar adrenal, tiroid, dan pituitari (pusat pengendalian kelenjar), melepaskan pengeluaran hormon masing-masing ke aliran darah. Akibatnya sistem saraf otonom mengaktifkan kelenjar adrenal yang berfungsi memberi tenaga pada individu serta mempersiapkan secara fisik dan psikis. Adanya hormon adrenalin dan hormon noradrenalin menimbulkan disregulasi biokimia tubuh, sehingga muncul ketegangan fisik pada ibu hamil. Dampak dari proses psikologis ini akan timbul pada perilaku ibu hamil. Yaitu menjadi mudah marah, gelisah, tidak

mampu memusatkan perhatian, ragu-ragu, bahkan keinginan untuk lari dari kenyataan hidup. Pada gilirannya, kondisi ini dapat menyebabkan kecemasan dan ketegangan lebih lanjut sehingga membentuk siklus umpan balik yang dapat meningkatkan intensitas emosional secara keseluruhan (Wulandari, 2006).

- 4) Stress yang tinggi dan *mood* (suasana hati) yang mengganggu selama kehamilan ini dapat mengakibatkan bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), kelahiran *preterm*, kromosomal abortus spontan, rendahnya *APGAR* skor, *neuro endokrin dysregulation* (Vieten&Astin, 2008). Selain itu suasana psikologis ibu yang tidak mendukung dapat mempersulit proses persalinan. Seperti ibu dalam kondisi cemas yang berlebihan, khawatir dan takut tanpa sebab, hingga akhirnya berujung pada stres. Kondisi stres inilah yang mengakibatkan otot tubuh menegang, terutama otot-otot yang berada di jalan lahir ikut menjadi kaku dan keras sehingga sulit mengembang. Tak hanya itu, emosi yang tidak stabil hanya akan membuat ibu merasakan sakit yang semakin menjadi-jadi (Stres menjelang persalinan, 2008).

## 2.3 Konsep Persalinan

### 2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan (*partus*) adalah pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 2002).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan Kelahiran Normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan

cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi ibu maupun janinnya (Syaifudin, 2002).

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Bobak, 2005)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam, dan tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Soepardan&Hadi, 2008).

### 2.3.2 Tanda-Tanda Persalinan

1. Lendir vagina yang keluar semakin banyak akibat besarnya kongesti selaput lendir vagina.
2. Keluar lendir servik berwarna kecoklatan atau berbercak darah (*bloody show*)
3. Serviks menjadi lunak, sebagian menipis dan mulai berdilatasi
4. Kontraksi uterus yang kuat, teratur, dan ritmik. Kontraksi timbul secara teratur dan rasanya kira-kira seperti ada orang yang menarik ikat pinggang kita dengan sangat kencang selama 20 detik. Sepanjang proses kelahiran, mula-mula kontraksi hanya sebentar kemudian akan bertambah lama, kuat dan semakin sakit. Selalu ada jeda di antara setiap kontraksi, bahkan pada yang paling menyakitkan. Kontraksi terjadi simetris di kedua sisi perut mulai dari bagian atas dekat dengan saluran telur sampai ke seluruh rahim, dan nyeri tidak akan hilang atau berkurang hanya dengan istirahat atau elusan.
5. Ketuban pecah dengan spontan (normal air ketuban adalah cairan yang bersih, jernih dan tidak berbau).(Bobak, 2005; Aienuha, 2009)

### 2.3.3 Tahap-Tahap persalinan

Menurut Bobak (2005) dalam persalinan dibagi menjadi empat tahap yaitu:

1. Tahap pertama, ditetapkan sebagai tahap yang berlangsung sejak terjadi kontraksi uterus yang teratur sampai dilatasi serviks yang lengkap. Tahap pertama biasanya berlangsung lebih lama daripada waktu yang diperlukan untuk tahap kedua. Tahap pertama persalinan dibagi menjadi tiga bagian: fase laten, fase aktif, fase transisi. Selama fase laten *effacement* lebih banyak mengalami kemajuan daripada penurunan janin. Pada fase aktif dan fase transisi, dilatasi serviks dan penurunan bagian presentasi berlangsung lebih cepat.
2. Tahap kedua persalinan berlangsung sejak dilatasi servik lengkap sampai janin lahir.
3. Tahap ketiga persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir. Plasenta harus dilahirkan pada kontraksi uterus yang kuat setelah bayi lahir. Plasenta harus dilahirkan pada kontraksi uterus berikutnya. Namun, kelahiran plasenta setelah 45 sampai 60 menit masih dianggap normal.
4. Tahap keempat persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera setelah homeostasis berlangsung dengan baik. Masa ini merupakan periode yang penting untuk memantau adanya komplikasi, misalnya perdarahan abnormal.

### 2.3.4 Persiapan Menjelang Persalinan

Menjelang persalinan ada beberapa hal yang perlu dipersiapkan yaitu:

1. Latihan jasmani.

- 1) Kegiatan sehari-hari yang biasanya dikerjakan sebelum hamil, seperti berjalan-jalan.
- 2) Olahraga yang agak berat yang tidak membahayakan kandungannya, misalnya berenang.
- 3) Mengepel lantai dengan tangan dan merangkak.

Tujuan : melemaskan dan melonggarkan sendi-sendi tulang belakang dan panggul serta memperkuat otot-otot dinding perut yang diinginkan pada kehamilan maupun dalam persalinan.

## 2) Senam hamil

Senam hamil adalah senam yang dilakukan oleh ibu hamil dan dimulai pada usia kehamilan 22 minggu yang ditujukan pada ibu hamil dengan kondisi kehamilan normal sampai saat melahirkan (Patriani, 2009). Adapun tujuannya menurut Patriani (2009) adalah:

- a) Mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, Memperkuat ligamen-ligamen, otot-otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan.
  - b) Membentuk sikap tubuh.
  - c) Memperoleh relaksasi tubuh yang sempurna dengan memberikan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.
  - d) Menguasai teknik-teknik pernapasan yang mempunyai peranan penting dalam persalinan.
4. Menentukan tempat di mana persalinan akan berlangsung. Memilih tempat bersalin menurut Patriani (2009) dengan mempertimbangkan:
- 1) Jarak tempat bersalin dengan rumah

- 2) Sulit atau mudahnya lokasi tersebut dapat ditempuh
  - 3) Kualitas pelayanannya
  - 4) Ketersediaan tenaga penolong.
  - 5) Fasilitas yang dimiliki.
  - 6) Kemampuan pembiayaan.
  - 7) Nutrisi.
5. Makanan yang cukup mengandung zat gizi selama hamil penting artinya. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa apabila jumlah makanannya dikurangi maka berat bayi yang akan dilahirkan menjadi lebih kecil. Gizi yang adekuat selama hamil akan mengurangi resiko dan komplikasi pada ibu, menjamin pertumbuhan jaringan sehingga bayi baru lahir memiliki berat badan optimal (Erfandi, 2008).
6. Persiapan biaya.
- Besar atau kecil, persalinan tentu memerlukan biaya. Oleh karena itu sebaiknya sudah menganggarkan biaya untuk persalinan. Biaya yang di anggarkan disesuaikan dengan tarif persalinan di tempat di mana anda merencanakan persalinan. Selain itu juga disesuaikan dengan perkiraan jenis persalinan. Jika kehamilannya tanpa komplikasi dan persalinan diperkirakan berlangsung secara normal, maka biaya persalinan dianggarkan untuk persalinan normal. Akan tetapi apabila dokter memperkirakan persalinan harus berlangsung dengan cara bedah *caesar* misalnya, berarti anggarkan biaya untuk cara persalinan tersebut (Persiapan Menghadapi Persalinan, 2009).
7. Kontrol kehamilan secara teratur. Kontrol secara teratur penting agar kehamilan dapat termonitor dengan baik, sehingga apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan

dapat segera diambil tindakan (Persiapan dan Proses Persalinan, 2009). Ibu harus mengontrolkan kehamilannya ke tempat pelayanan kesehatan (puskesmas, bidan, dokter) minimal 4 kali selama kehamilan. Dengan waktu sebagai berikut: kehamilan trimester I (<14 minggu) satu kali kunjungan, kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester III (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan. Walaupun demikian, disarankan kepada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dengan jadwal sebagai berikut: sampai dengan kehamilan 28 minggu periksa 4 minggu sekali, 28-36 minggu periksa 2 minggu sekali, 36-40 minggu periksa 1 minggu sekali.

8. Bila ada masalah atau gangguan kehamilannya, ibu segera menemui petugas kesehatan profesional (bidan atau dokter) untuk penanganan lebih lanjut (Salmah, 2006).
9. Mengetahui tanda-tanda persalinan, dengan mengetahui tanda-tanda persalinan, diharapkan :
  - 1) Ibu siap dalam persalinan
  - 2) Ibu dan keluarga dapat lebih cepat pergi ke penolong (Puskesmas, klinik bersalin, Rumah Sakit)
  - 3) Memperkecil kematian ibu dan bayi (Salmah, 2006)
10. Mempersiapkan perlengkapan yang akan dibawa saat bersalin.
  - 1) Persiapan ibu:
    - 1) Baju atasan dengan kancing depan dan menyerap keringat supaya ibu merasa nyaman dan mempermudah ibu menyusui bayi
    - 2) Sarung atau kain panjang

- 3) Pembalut
- 4) Gurita ibu
- 5) Persiapan bayi:
- 6) Baju bayi
- 7) Popok
- 8) Gurita
- 9) Selimut
- 10) Sarung tangan dan kaki
- 11) Bedak
- 12) Minyak telon

Tindakan yang bisa dilakukan keluarga saat tanda-tanda persalinan sudah terasa. Jika tanda-tanda persalinan telah dirasakan oleh ibu maka yang bisa dilakukan oleh keluarga adalah:

- 1) Memberi dukungan moral dan spiritual pada ibu dengan selalu mendampingi ibu
- 2) Memberi kompres hangat pada daerah punggung
- 3) Menggunakan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri
- 4) Segera membawa ibu ke tempat pelayanan kesehatan (puskesmas, klinik bersalin, Rumah Sakit) (Sarengat, 2007)

#### **2.4. Dukungan Sosial**

Dukungan sosial yang diterima oleh ibu hamil dapat menurunkan kecemasannya, dengan bentuk materi, informasi atau dukungan sosial sehingga ibu hamil merasa diperhatikan dan dicintai.

### 2.4.1. Pengertian Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan bantuan yang diterima individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupannya dan berada dalam lingkungan sosial tertentu seperti suami, orangtua, mertua, teman atau tetangga yang membuat penerima merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai.

### 2.4.2. Bentuk-bentuk Dukungan Sosial

Bentuk dukungan sosial yang dapat diberikan untuk ibu hamil trimester ketiga dalam menghadapi masa persalinan adalah sebagai berikut (House, Watson & Thoits dalam Firman & Khairani, 2000).

1. **Bantuan materi**, yaitu dukungan sosial yang diberikan dalam bentuk uang atau barang yang ditujukan untuk membantu ibu hamil dalam menyelesaikan keperluan-keperluannya sebelum kelahiran, pada saat kelahiran maupun setelah kelahiran (bisa dalam bentuk pemberian ataupun pinjaman).
2. **Informasi**, yaitu dukungan sosial yang diberikan dengan memberikan gagasan untuk bertindak dalam mengatasi kesulitan. Contohnya adalah bimbingan, nasihat, pemberian *literature*, info, atau dapat juga berupa komunikasi tentang opini atau kenyataan yang relevan dengan berbagai kesulitan yang dialami ibu hamil dan juga saran
3. **Emotional Support**, yaitu dukungan sosial yang ditujukan untuk memastikan bahwa orang lain memperhatikan individu yang sedang menghadapi kesulitan seperti interaksi intim (dapat dilakukan dengan cara mendengarkan masalah yang sedang diungkapkan ibu hamil), partisipasi sosial (dapat dilakukan dengan cara bergurau untuk menghibur ibu hamil) ataupun memberikan pernyataan yang memperlihatkan cinta, perhatian, penghargaan, simpati untuk memperbaiki perasaan yang dialami ibu hamil yang

disebabkan oleh kecemasan, penilaian atas usaha-usaha yang dilakukan, dan peran sosial yang terdiri atas umpan balik (membantu memahami masalah ibu hamil)

## **2.5. Kecemasan**

### **2.5.1 Pengertian Kecemasan**

Kecemasan (*ansietas/anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA* masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Hawari, 2004).

Kecemasan adalah respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar atau konfliktual (Kaplan & Sadock, 2002).

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2007).

### **2.5.2 Teori Kecemasan**

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal ansietas:

1. Dalam pandangan psikoanalisis, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian: id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.
2. Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan

perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami ansietas yang berat.

3. Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencepai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan ansietas; konflik menimbulkan ansietas, dan ansietas menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.
4. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. gangguan ansietas tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.
5. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk *benzodiazepine*, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi *gamma-aminoburat acid (GABA)*, yang berperan dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stresor. (Stuart, 2007)

6. Teori kognitif. Perasaan subjektif terhadap ansietas secara langsung berkaitan dengan pikiran individu tersebut tentang dirinya sendiri, masa depannya, dan dunia. Pola kognitif yang salah dapat menyebabkan kesalahan persepsi tentang makna berbagai hal yang terjadi (dan karenanya menimbulkan ansietas)
7. Teori humanistik. Ansietas berkaitan dengan hilangnya arti dalam kehidupan seseorang. (Isaacs, 2005)
8. Greenberger & Padesky (2004) dalam Wangmuba (2009) menyatakan bahwa kecemasan berasal dari dua aspek, yakni aspek kognitif dan aspek kepanikan yang terjadi pada seseorang. diantaranya adalah :

1) Aspek kognitif, yang meliputi :

a. Kecemasan disertai dengan persepsi bahwa seseorang sedang berada dalam bahaya atau terancam atau rentan dalam hal tertentu, sehingga gejala fisik kecemasan membuat seseorang siap merespon bahaya atau ancaman yang menurutnya akan terjadi.

Ancaman tersebut bersifat fisik, mental atau sosial, diantaranya adalah:

- a) Ancaman fisik terjadi ketika seseorang percaya bahwa ia akan terluka secara fisik.
  - b) Ancaman mental terjadi ketika sesuatu membuat khawatir bahwa dia akan menjadi gila atau hilang ingatan.
  - c) Ancaman sosial terjadi ketika seseorang percaya bahwa ia akan ditolak, dipermalukan, merasa malu atau dikecewakan.
- b. Persepsi ancaman berbeda-beda untuk setiap orang.

Sebagian orang, karena pengalaman mereka bisa terancam dengan begitu mudahnya dan akan lebih sering cemas. Orang lain mungkin akan memiliki rasa aman

dan keselamatan yang lebih besar. Tumbuh di lingkungan yang kacau dan tidak stabil bisa membuat seseorang menyimpulkan bahwa dunia dan orang lain selalu berbahaya.

c. Pemikiran tentang kecemasan berorientasi pada masa depan dan sering kali memprediksi malapetaka. Pemikiran tentang kecemasan sering dimulai dengan “Bagaimana kalau...” dan berakhir dengan hal yang kacau. Pemikiran tentang kecemasan juga sering meliputi citra tentang bahaya. Pemikiran-pemikiran ini semua adalah masa depan dan semuanya memprediksi hasil yang buruk.

e. Aspek kepanikan

Panik merupakan perasaan cemas atau takut yang ekstrim. Rasa panik terdiri atas kombinasi emosi dan gejala fisik yang berbeda. Seringkali rasa panik ditandai dengan adanya perubahan sensasi fisik atau mental, dalam diri seseorang yang menderita gangguan panik, terjadi lingkaran setan saat gejala-gejala fisik, emosi, dan pemikiran saling berinteraksi dan meningkat dengan cepat. Pemikiran ini menimbulkan ketakutan dan kecemasan serta merangsang keluarnya adrenalin. Pemikiran yang katastrofik dan reaksi fisik serta emosional yang lebih intens yang terjadi bias menimbulkan dihindarinya aktivitas atau situasi saat kepanikan telah terjadi sebelumnya.

### 2.5.3 Gejala Klinis Cemas

1. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan menurut Hawari (2004) antara lain sebagai berikut:
2. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung
3. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
4. Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang

5. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan
6. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
7. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala

Dalam Teori kecemasan (2009) penderita yang mengalami kecemasan biasanya memiliki gejala-gejala yang khas dan terbagi dalam beberapa fase, yaitu:

#### 1. Fase 1

Keadan fisik sebagaimana pada fase reaksi peringatan, maka tubuh mempersiapkan diri untuk *fight* (berjuang), atau *flight* (lari secepat-cepatnya). Pada fase ini tubuh merasakan tidak enak sebagai akibat dari peningkatan sekresi hormon adrenalin dan nor adrenalin.

Oleh karena itu, maka gejala adanya kecemasan dapat berupa rasa tegang di otot dan kelelahan, terutama di otot-otot dada, leher dan punggung. Dalam persiapannya untuk berjuang, menyebabkan otot akan menjadi lebih kaku dan akibatnya akan menimbulkan nyeri dan spasme di otot dada, leher dan punggung. Ketegangan dari kelompok agonis dan antagonis akan menimbulkan tremor dan gemetar yang dengan mudah dapat dilihat pada jari-jari tangan. Pada fase ini kecemasan merupakan mekanisme peningkatan dari sistem saraf yang mengingatkan kita bahwa sistem saraf fungsinya mulai gagal mengolah informasi yang ada secara benar.

#### 2. Fase 2

Disamping gejala klinis seperti pada fase satu, seperti gelisah, ketegangan otot, gangguan tidur dan keluhan perut, penderita juga mulai tidak bisa mengontrol emosinya

dan tidak ada motivasi diri. Labilitas emosi dapat bermanifestasi mudah menangis tanpa sebab, yang beberapa saat kemudian menjadi tertawa. Mudah menangis yang berkaitan dengan stres mudah diketahui. Akan tetapi kadang-kadang dari cara tertawa yang agak keras dapat menunjukkan tanda adanya gangguan kecemasan fase dua. Kehilangan motivasi diri bisa terlihat pada keadaan seperti seseorang yang menjatuhkan barang ke tanah, kemudian ia berdiam diri saja beberapa lama dengan hanya melihat barang yang jatuh tanpa berbuat sesuatu.

### 3. Fase 3

Keadaan kecemasan fase satu dan dua yang tidak teratasi sedangkan stresor tetap saja berlanjut, penderita akan jatuh kedalam kecemasan fase tiga. Berbeda dengan gejala-gejala yang terlihat pada fase satu dan dua yang mudah diidentifikasi kaitannya dengan stres, gejala kecemasan pada fase tiga umumnya berupa perubahan dalam tingkah laku dan umumnya tidak mudah terlihat kaitannya dengan stres. Pada fase tiga ini dapat terlihat gejala seperti : intoleransi dengan rangsang sensoris, kehilangan kemampuan toleransi terhadap sesuatu yang sebelumnya telah mampu ia toleransi, gangguan reaksi terhadap sesuatu yang sepele terlihat sebagai gangguan kepribadian.

#### 2.5.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor yang menimbulkan kecemasan menurut Hidayat (2006) dapat berasal dari sumber internal dan eksternal.

##### 1. Faktor internal

Faktor internal kecemasan dapat bersumber dari diri sendiri antara lain yaitu: tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dan penyakit yang dialami.

2. Faktor eksternal. Faktor eksternal kecemasan dapat bersumber dari keluarga (dukungan dari orang tua dan suami), masyarakat (peran tenaga kesehatan), dan lingkungan (lingkungan fisik biologis, dan sosial).

#### 2.5.6. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

1. Ada empat tingkat kecemasan menurut Stuart (2007), yaitu:
2. Kecemasan ringan; Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, *irritable*, lapang persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat dan tingkah laku sesuai situasi.
3. Kecemasan sedang; Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal, kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.
4. Kecemasan berat; Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang

muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, *nausea*, tidak dapat tidur (*insomnia*), sering kencing, diare, palpitasi, lahan persepsi menyempit, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi.

**Panik;** Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan; jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

## 2.6 Kuesioner Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan individu apakah termasuk tingkat ringan, sedang, atau berat dapat menggunakan beberapa alat ukur atau instrumen yang biasa digunakan, antara lain :

### 1. *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu dewasa yang mengalami kecemasan secara umum. Skala tingkat kecemasan HARS mengukur aspek kognitif dan afektif serta mengetahui sejauh mana derajat atau tingkat kecemasan individu (Hawari, 2008). Pengukuran HARS terdiri dari 14 kelompok gejala. Pada masing-masing kelompok gejala akan dilakukan skor :

0 : Tidak ada ( tidak ada gejala sama sekali)

1 : Ringan (satu gejala dari pilhan yang ada)

- 2 : Sedang (separuh dari gejala yang ada)
- 3 : Berat (lebih dari separuh gejala yang ada)
- 4 : Sangat Berat (semua gejala ada)

Kemudian setelah dilakukan skor pada masing-masing kelompok gejala akan dilakukan penilaian dengan cara menjumlahkan skor yang telah didapat yaitu cara penilaian tingkat kecemasan :

Skor < 6 = tidak ada kecemasan

Skor 6-14 = kecemasan ringan

Skor 15-27 = kecemasan sedang

Skor > 27 = kecemasan berat

## 2. *COVI Anxiety Rating Scale*

*COVI Anxiety Rating Scale* merupakan skala tingkat kecemasan yang ditujukan pada individu dewasa dengan gangguan kecemasan secara umum (Lang, 2005). *COVI Anxiety Rating Scale* terdiri dari 3 kelompok gejala yaitu respon verbal, sikap, dan gejala somatis. Pada masing-masing kelompok gejala dilakukan skor :

- 0 : Tidak ada ( tidak ada gejala sama sekali)
- 1 : Ringan (satu gejala dari pilhan yang ada)
- 2 : Sedang (separuh dari gejala yang ada)
- 3 : Berat (lebih dari separuh gejala yang ada)
- 4 : Sangat Berat (semua gejala ada)

Kemudian setelah dilakukan skor pada masing-masing kelompok gejala akan dilakukan penilaian dengan cara menjumlahkan skor yang telah didapat yaitu cara penilaian tingkat kecemasan :

0 : tidak ada kecemasan

1-3 : kecemasan ringan

4-6 : kecemasan sedang

7-12 : kecemasan berat

### 3. *Strait Trait Anxiety Inventory* (STAI)

*Strait Trait Anxiety Inventory* (STAI) merupakan skala tingkat kecemasan yang ditujukan pada individu dewasa dengan gangguan kecemasan secara umum (Lang, 2005). *Strait Trait Anxiety Inventory* (STAI) terdiri dari 20 gejala yaitu : 1) Saya merasa tidak tenang 2) Saya merasa tidak yakin 3) Saya merasa tegang 4) Saya merasa penuh penyesalan 5) Saya merasa tidak nyaman 6) Saya merasa kacau 7) Saya merasa khawatir 8) Saya merasa dapat beristirahat dengan tenang 9) Saya merasa cemas 10) Saya merasa tidak aman 11) Saya merasa tidak percaya diri 12) Saya merasa gugup 13) Saya merasa lemah 14) Saya merasa menyesal 15) Saya merasa tidak santai 16) Saya merasa tidak puas hati 17) Saya merasa takut 18) Saya merasa tidak bersemangat 19) Saya merasa tidak bergembira 20) Saya merasa tidak enak hati Pada tiap-tiap gejala dilakukan skor :

1 : tidak pernah

2 : kadang-kadang

3 : sering

4 : selalu Kemudian skor dijumlah :

Skor 1-20 : Tidak ada kecemasan

Skor 21-39 : Kecemasan ringan

Skor 40-59 : Kecemasan sedang

Skor 60-80 : Kecemasan berat

Selama ini *Strait Trait Anxiety Inventory* (STAI) dipakai dalam beberapa penelitian mengukur tingkat kecemasan pada remaja, yaitu penelitian Guerrero, A et al (2000) pada tingkat kecemasan remaja yang sedang hamil, penelitian Parish, T dan Rasid, Z (1998) dalam pengukuran tingkat kecemasan siswa SMA setelah melakukan perlakuan relaksasi otot progresif, penelitian Chang, A dan Janita, P.c (1999) melakukan pengukuran kecemasan remaja dengan STAI setelah diberikan penyuluhan pengetahuan tentang *premenstrual syndrome*. Sehingga pada penelitian ini digunakan *Strait Trait Anxiety Inventory* (STAI) untuk mengukur tingkat kecemasan pada siswi yang mengalami *premenstrual syndrome* di SMA Negeri 4 Singaraja.

#### 4. Kuesioner Dhiana Setyorini

Kuesioner ini merupakan skala tingkat kecemasan yang ditujukan pada ibu hamil yang akan menjalani persalinan. Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, bagian pertama berisi tentang dampak psikologis kecemasan pada ibu hamil, dan bagian kedua berisi dampak secara fisiologis pada ibu hamil. Pada masing-masing kelompok gejala dilakukan skor :

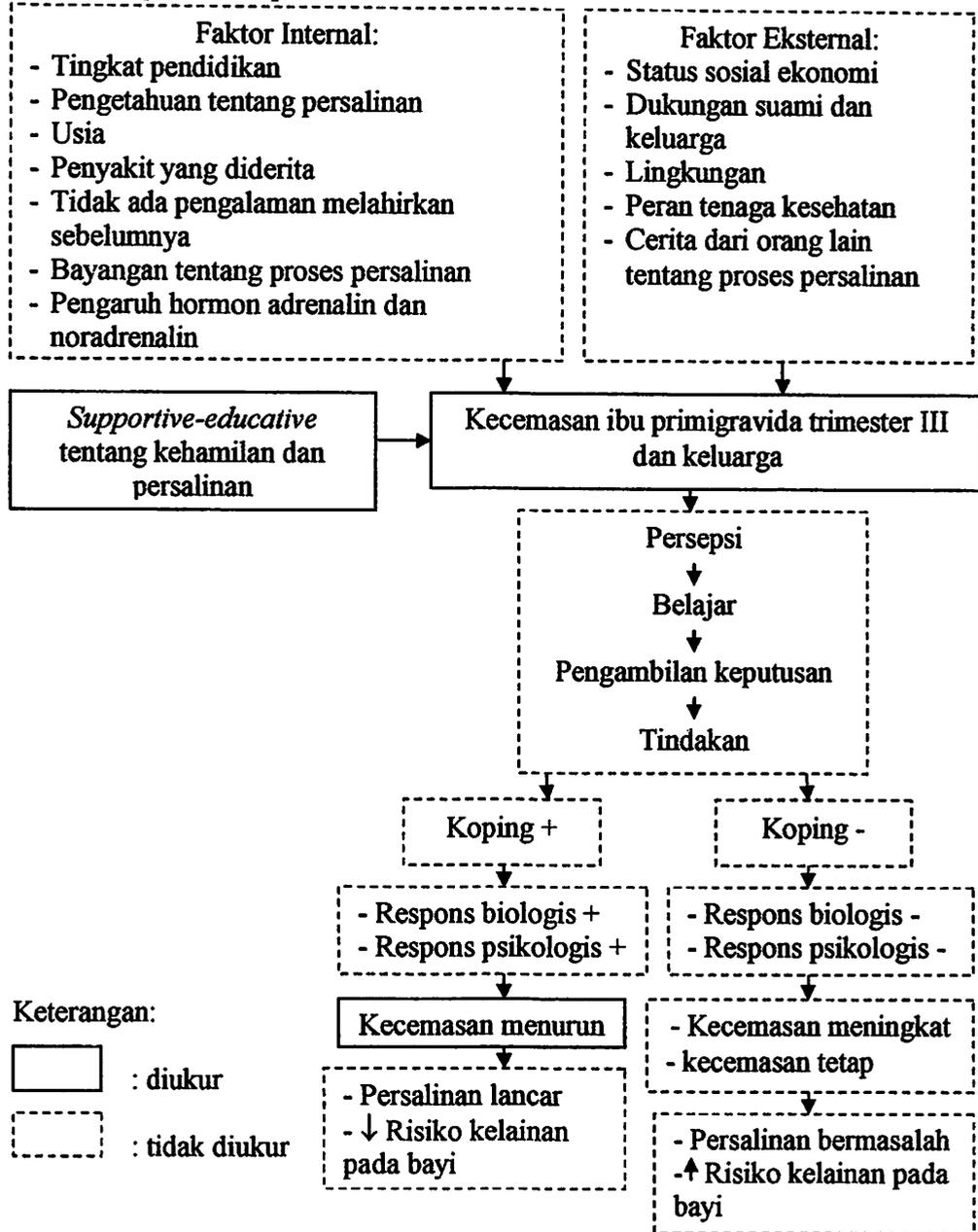
Setiap jawaban “ya”	= 2
Setiap jawaban “tidak”	= 1
Jumlah total skor	= 60
Skor 0 – 12	= tidak ada kecemasan
Skor 23 – 24	= kecemasan ringan
Skor 25 – 36	= kecemasan sedang
Skor 37 – 48	= kecemasan berat
Skor $\geq$ 49	= kecemasan berat sekali

BAB 3  
KERANGKA KONSEPTUAL &  
HIPOTESIS PENELITIAN

### BAB 3

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

### 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.

Faktor yang menimbulkan kecemasan dapat berasal dari sumber internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari tingkat pendidikan, pengetahuan tentang persalinan, usia, dan penyakit yang diderita, tidak ada pengalaman melahirkan sebelumnya, bayangan tentang proses persalinan, pengaruh hormone adrenalin dan nonadrenalin. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari status sosial ekonomi, dukungan suami dan keluarga, lingkungan, dan peran tenaga kesehatan, cerita dari orang lain tentang proses persalinan (Hidayat, 2006). Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk menambah pengetahuan ibu primigravida trimester III yang tentang persalinan. Informasi yang diterima ibu akan ditransformasikan menjadi persepsi, kemudian terjadi proses belajar yang berhubungan dengan proses imitasi dan penguatan (*reinforcement*). Proses belajar tersebut akan membantu dalam pengambilan keputusan yang berakhir pada tindakan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Hal ini akan membentuk coping individu yang positif, mekanisme coping yang maksimal ini akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu sehingga respons biologis dan psikologis yang timbul akan positif dan tingkat kecemasan dapat menurun (Nursalam, 2008). Jika kecemasan ibu dapat menurun, diharapkan ibu dapat menghadapi saat-saat menjelang persalinan dengan tenang sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan dapat menurunkan risiko kelainan pada bayi seperti rendahnya *APGAR* skor.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

*1. Supportive-educative System* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dapat menurunkan kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.

**2. *Supportive-educative System* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dapat meningkatkan dukungan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik**

# BAB 4

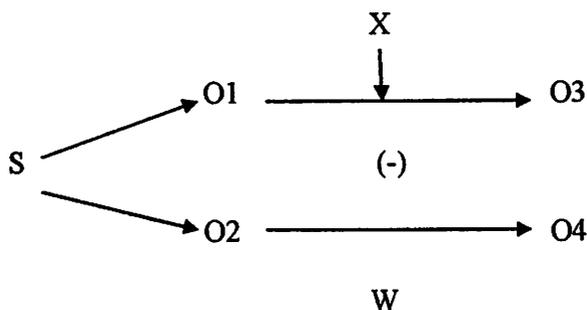
## METODE PENELITIAN

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis rancangan pada penelitian ini adalah *Quasi Eksperimental (Pre test-Post Test)*. Rancangan penelitian ini melibatkan satu kelompok kontrol dan satu kelompok perlakuan. Kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Kelompok perlakuan diberikan diberikan pre test sebelum diberikan *Supportive-educative* kemudian dilakukan post test. Kelompok kontrol diberikan pre tes dan Post test.



Gambar 4.1 Desain Penelitian Pengaruh *Supportive-Educative* Pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga dalam menurunkan kecemasann

Keterangan:

- S = Subyek (ibu primigravida trimester III dan suami atau keluarga )
- O1 = Observasi sebelum pemberian *Supportive-Educative* (Kelompok Perlakuan)
- O2 = Observasi sebelum perawatan konvensional (Kelompok Kontrol)
- O3 = Observasi sesudah perlakuan
- O4 = Observasi sesudah tanpa perlakuan
- W = Waktu

#### 4.2 Populasi, Subjek penelitian dan Teknik Pengambilan Subjek penelitian

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu primigravida trimester III

yang memeriksakan kehamilan di RS Muhammadiyah Gresik. Penelitian pada bulan Juni 2014. Sampel penelitian terbagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### **4.2.2 Subjek Sampel Penelitian**

Pada penelitian ini terdapat kriteria pemilihan sampel, yaitu:

1) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- (1) kehamilan tunggal
- (2) Usia > 18 tahun dan < 35 tahun
- (3) Pendidikan minimal SMU

2) Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- (1) Ibu hamil yang menderita penyakit kronis, penyakit immunosupresi, penyakit jantung, penyakit gangguan jiwa, penyakit gagal ginjal dan diabetes mellitus.
- (2) Ibu hamil yang harus dirawat di Rumah Sakit
- (3) Ibu (Responden) menolak melanjutkan penelitian

#### **4.2.3 Besar Sampel Penelitian dan Teknik Pengambilan Sampel Penelitian**

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*, dimana pengambilan sampel dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma, 2011). Pengambilan sampel penelitian dilakukan pada bulan Juni 2014 sampai jumlah besar sampel minimal terpenuhi.

Unit sampel yang sudah ditentukan kemudian dibagi kedalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan *System Supportive-educative* dan kelompok kontrol.

Penentuan besar sampel menggunakan rumus *comparison of two groups for univariate dichotomous outcome* (Pollit, & Beck, 2003) yaitu :

$$n \text{ total} = \frac{\{Z_{1/2\alpha}\sqrt{2\rho(1-\rho)} + \sqrt{\rho_1(1-\rho_1) + \rho_2(1-\rho_2)}\}^2}{(\rho_1 - \rho_2)}$$

keterangan :

n total : Besar sampel

$$\rho : \frac{\rho_1 + \rho_2}{2}$$

P1 : presentase ibu primigravida trimester III yang dapat menurunkan kecemasan dengan *system supportive-educative* pada kelompok perlakuan yaitu 90%

P2 : presentase ibu primigravida trimester III yang dapat menurunkan kecemasan dengan *system supportive-educative* pada kelompok kontrol yaitu 30%

$$Z_{1/2\alpha} : 1,96$$

$$Z_{\beta} : 0,84$$

Untuk mengantisipasi drop out pada responden peneliti melakukan penambahan jumlah dengan menggunakan rumus :

$$F \text{ koreksi} = \frac{1}{1-f}$$

$$F = \text{proporsi DO } 10\% (0,1)$$

$$\text{Sehingga } n = \frac{1}{1-0,1} \times 10 = 12$$

Berdasarkan rumus diatas, maka besar sampel yang diperlukan untuk masing-masing kelompok baik kelompok control maupun kelompok perlakuan adalah 12 orang ibu primigravida trimester III yang memenuhi kriteria inklusi.

#### 4.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh sekelompok tersebut (Nursalam, 2011).

#### 4.3.1 Variabel independen

Pada penelitian ini, variabel independen yang digunakan adalah pemberian *supportive-educative* dengan pemberian booklet disertai diskusi dan tanya jawab.

#### 4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah penurunan kecemasan ibu hamil dalam menjalani kehamilannya, proses persalinan, serta merawat diri dan bayinya serta dukungan keluarga yang diberikan kepada ibu hamil dalam menurunkan kecemasannya.

#### 4.3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional mempunyai tujuan untuk menciptakan variable yang jelas dan terukur (Dharma, 2011).

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skoring	Skala
1. Independen : <i>Supportive - Educative</i>	Sistem bantuan yang diberikan pada ibu hamil dan keluarga tentang informasi pendidikan tentang kehamilan dengan harapan kecemasan ibu hamil menurun setelah dilakukan pembelajaran melalui modul dan teaching	Booklet <i>supportive-educative</i> berisikan materi tentang : perubahan-perubahan kehamilan, perawatan kehamilan, tanda-tanda persalinan, perawatan nifas, KB pasca salin, perawatan bayi baru lahir, mitos berkaitan dengan	Satuan Acara Bimbingan dan Pengajaran		

		<p>ibu dan anak, penyakit menular serta pengurusan akte kelahiran kiat sehat dan cantik setelah melahirkan, manajemen stress dan cemas, manfaat relaksasi secara teratur, persiapan relaksasi, pernafasan untuk rileks, pelaksanaan relaksasi</p> <p><b>Waktu :</b> Selama 3x pertemuan, setiap pertemuan 15-30 menit. Semua materi pengajaran dan bimbingan diberikan di poli/ rumah pasien</p> <p><b>Media :</b>Modul</p> <p><b>Metode :</b> diskusi; Responden diberikan kebebasan untuk mengekspresikan pengalamannya selama sakit, apabila ada kesenjangan dikoreksi dan dibimbing.</p>			
2. <b>Dependen</b> : Perilaku Dukungan Keluarga atau sosial	Penilaian pengaruh interpersonal dukungan suami	Persepsi ibu mengenai dukungan yang diberikan suami atau anggota keluarga lainnya kepada ibu dalam bentuk: a) Dukungan emosional yaitu perhatian, empati mengenai masalah	Kuesioner menurut NSSQ (Norbeck Social Support Questionnar ) (Norbeck, 1995)	Ordinal	Rendah =0 Sedang =1 Tinggi =2 (Sugiyono, 2011)  Dukungan

		ibu dalam menghadapi persalinan; b) Dukungan instrumental yaitu dukungan yang diberikan suami atau keluarga dalam bentuk dana, waktu atau kesempatan dalam perawatan kehamilan dan persalinan; c) Dukungan informasi yaitu dukungan yang diberikan suami atau keluarga kepada ibu dalam bentuk pemberian informasi untuk menambah pengetahuan ibu tentang kehamilan, dan persalinan; d) Dukungan <i>appraisal</i> yaitu dukungan yang diberikan suami atau keluarga kepada ibu berupa penghargaan yang dapat mempertinggi keyakinan diri dalam menghadapi persalinan.			<p>sosial tinggi=<math>\geq 85</math>  Sedang =57-84  Rendah =<math>\leq 57</math>  24-120=  normal (Azwar, 2003)</p>
3. Kecemasan Ibu Hamil	Perasaan atau kondisi psikologis yang tidak menyenangkan dikarenakan adanya perubahan-perubahan fisiologis dan psikologis kehamilan	Respon fisik dan psikologis	Kuesioner kecemasan Dhiana Setyorini, 2010	Numerik	<p>0-12=  tidak ada kecemasan  23-24=  kecemasan ringan</p>

					25-36= kecema san sedang
					37-48= kecema san berat
					≥49= kecema san berat sekali

#### 4.4 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen

##### 4.4.1 instrument penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berisi pertanyaan tertutup.

1. Kuesioner untuk mengukur variabel luar yang berupa karakteristik demografi responden meliputi umur, pendidikan, dan pekerjaan.
2. Kuesioner untuk mengukur dukungan sosial menggunakan kuesioner yang dibuat oleh peneliti yang mengacu pada kuesioner NSSQ (*Norbeck Social Support Questionnaire*) (Norbeck, 1995). Kuesioner dukungan sosial terdiri dari 4 item pertanyaan dukungan yaitu: dukungan *emotional*, *informational*, *instrumental* dan *appraisal*. Kuesioner bersifat tertutup dengan alternatif jawaban terdiri dari 5 pilihan, yaitu: selalu, sering, kadangkala, jarang dan tidak pernah. Penilaian bersifat mendukung (*favourable*) diberi nilai 5-1 dan pernyataan tidak mendukung (*unfavourable*) diberi nilai 1-5 (Sugiyono, 2011).

Dukungan sosial dinilai dengan perhitungan kategori berdasarkan perhitungan pendapat Azwar (2003) yaitu kategori tinggi nilai  $\geq 85\%$ , sedang nilai 57-84 % dan rendah  $\leq 57\%$ .

Tabel 2. Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Sosial

Bentuk Dukungan Sosial	Komponen Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Dukungan Emosional	1,2,3,4	5,6	6
Dukungan Informasi	7,8,10,11,12	9	6
Dukungan Instrumental	13,14,15,16	17,18	6
Dukungan penilaian positif	19,21,22,23	20,24	6
	Total		24 item

3. Kuesioner untuk mengukur kecemasan dengan menggunakan kuesioner dari Ns. Dhiana Setyorini, M.Kep.,Sp.Mat, tahun 2010. Kuesioner ini merupakan skala tingkat kecemasan yang ditujukan pada ibu hamil yang akan menjalani persalinan. Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, bagian pertama berisi tentang dampak psikologis kecemasan pada ibu hamil, dan bagian kedua berisi dampak secara fisiologis pada ibu hamil. Pada masing-masing kelompok gejala dilakukan skor :

Setiap jawaban “ya”	= 2
Setiap jawaban “tidak”	= 1
Jumlah total skor	= 60
Skor 0 – 12	= tidak ada kecemasan
Skor 23 – 24	= kecemasan ringan
Skor 25 – 36	= kecemasan sedang
Skor 37 – 48	= kecemasan berat

Skor  $\geq 49$  =kecemasanberatsekali

#### 4.4.2 Uji coba instrumen

##### 1) Uji validitas

Validitas menunjuk kepada sejauh mana alat pengukur itu mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur. Menurut Kuntoro (2008) uji validitas dapat menggunakan uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai  $r$  tabel dan  $r$  hitung. Jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka pernyataan dikatakan valid.

##### 2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan keajegan seandainya alat pengukur yang sama itu digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implisit juga mengandung objektivitas. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang bisa diterima adalah 0,80. Untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Kuntoro, 2008).

#### 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RS Muhammadiyah Gresik. Waktu penelitian ini secara keseluruhan mulai dari pengamatan pendahuluan adalah mulai bulan Juni 2014.

#### 4.6 Prosedur Pengumpulan Data

#### 4.6.1 Tahap Persiapan

- 1) Sebelum penelitian dilakukan, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Direktur RS Muhammadiyah Gresik dengan tembusan Kepala Bidang Keperawatan melalui surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan.
- 2) Setelah mendapat ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan RS Muhammadiyah Gresik, kemudian perawat poli hamil menjaring responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian.
- 3) Peneliti mengumpulkan responden dalam 2 tahap, pertama responden untuk kelompok perlakuan, dan kedua untuk kelompok yang merupakan kontrol.
- 4) Pada pertemuan pertama peneliti memberikan *informed consents*, kuesioner data demografi dan materi boklet pada kelompok perlakuan dan *informed consents* dan *kuesioner data demografi* kelompok kontrol.
- 5) Pada pertemuan kedua, peneliti memberikan materi kedua pada kelompok perlakuan dan kuesioner kecemasan dan dukungan keluarga pada kelompok kontrol.
- 6) Pada pertemuan ketiga, peneliti memberikan materi ketiga boklet, kuesioner dukungan keluarga, dan kuesioner kecemasan.

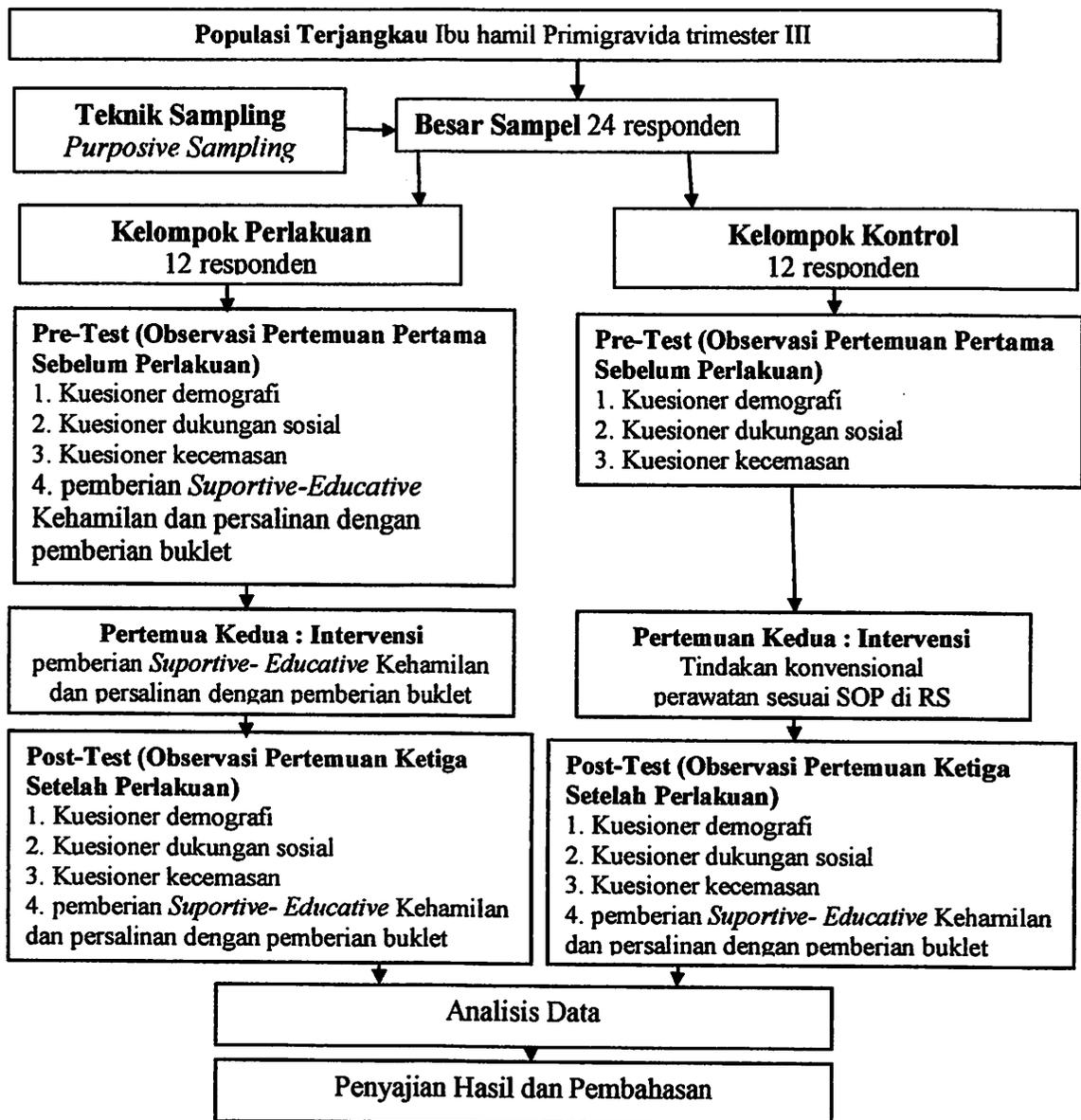
#### 4.6.2 Tahap Pelaksanaan

- 1) Penelitian dilakukan selama 2 bulan. Penelitian diawali dengan pengisian kuesioner tentang data demografi responden kedua kelompok, serta pengisian kuesioner kecemasan.

2) Peneliti memberikan *supportive-educative* melalui buklet yang diberikan sebanyak 3 kali pertemuan yang di tiap pertemuan dilakukan selama 15-30 menit. Intervensi diberikan pada ibu hamil usia 28 minggu – 40 minggu. Metode yang diberikan adalah konseling dan diskusi serta pemberian booklet.

3) Data kemudian dianalisis dan diolah, setelah diberikan *supportive-educative* pada pertemuan ke-3, responden kelompok perlakuan diberi kuesioner pengukuran kecemasan untuk mengetahui tingkat kecemasan setelah diberi perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol pengukuran kecemasan dilakukan pada pertemuan kedua diukur pada saat responden datang melakukan pemeriksaan kehamilan atau perjanjian dengan peneliti.

#### 4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional *Supportive-educative* Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga dalam menurunkan kecemasan di RS Muhammadiyah Gresik

#### 4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

Dalam penelitian ini menggunakan kuesioner tertutup, setelah data terkumpul dilakukan uji instrumen, dengan tujuan untuk menunjukkan kesahihan instrumen, Suatu instrumen yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi, dan

sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini, uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kuesioner perilaku khusus kognisi dan afeksi (manfaat tindakan, hambatan tindakan, *self efficacy*, aktivitas terkait sikap), dukungan suami, komitmen. Kuesioner tersebut memiliki skala data ordinal.

#### 4.9.1. Uji Validitas

Instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan (Arikunto, 2006). Pengujian dalam penelitian ini menggunakan pengujian validitas internal. Menurut Arikunto (2006) dapat dilakukan dengan analisis butir yaitu dengan mengkorelasikan antara skor yang ada pada butir yang dimaksud dengan skor total. Skor butir dipandang sebagai nilai X dan skor total dipandang sebagai nilai Y. Validitas uji dengan analisa butir menggunakan rumus korelasi *product moment*. Semakin tinggi harga  $r_{xy}$  maka didapatkan instrumen semakin valid. Adapun rumus korelasi *Product Moment*, yaitu :

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

$r$  = Koefisien korelasi antar skor item dengan total item

$\Sigma$  = Sigma/Jumlah

X = Skor pertanyaan

Y = Skor total

N = Skor responden

Sebagai kriteria pemilihan item didasarkan pada korelasi dengan item total. Semua item yang mencapai koefisien korelasi minimal 0,30 daya pembedanya dianggap memuaskan dan telah dapat memberikan kontribusi yang baik. Item yang memiliki harga  $r_{xy}$  kurang dari 0,30 dapat diinterpretasikan memiliki daya diskriminasi rendah (Azwar, 2008). Sugiyono (2010) menetapkan kategori koefisien korelasi *Product Moment*.

Tabel 4.4 Pedoman Interpretasi Koefisien Korelasi

No	Koefisien Korelasi	Tingkat Hubungan
1	0,00 – 0,199	Sangat Rendah
2	0,20 – 0,399	Rendah
3	0,40 – 0,599	Sedang
4	0,60 – 0,799	Kuat
5	0,80 – 1,000	Sangat Kuat

Sumber : Sugiyono, 2010

#### 4.9.2 Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas digunakan untuk menguji sejauhmana alat ukur relatif konsisten apabila pengukuran diulang dua kali atau lebih. Reliabilitas menunjukkan bahwa suatu instrumen dapat dipercaya sebagai alat pengumpul data. Untuk menguji reliabilitas angket dalam penelitian ini digunakan rumus koefisien *alpha Cronbach* dengan Rumus:

$$r_1 = \left\{ \frac{k}{k-1} \right\} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{St^2} \right\}$$

Keterangan:

$k$	= Banyaknya item
$\Sigma S_i$	= Jumlah varian item
$S_t$	= Varian total

Rumus varian total dan varian item:

$$S_i^2 = \frac{JK_i}{N} - \frac{JK_s}{n}$$

Keterangan:

$Jk_i$	= Jumlah seluruh skor
$JK_s$	= Jumlah Kuadran subyek

Hasil uji reliabilitas pada nilai  $r$  pada taraf kepercayaan 5%. Jika  $r$  hasil penghitungan lebih besar dari  $r$  tabel, maka dikatakan instrumen tersebut reliabel dan dapat digunakan untuk alat pengumpulan data. *Alpha Cronbach* Pada penelitian ini penghitungan dilakukan secara komputasi dengan program SPSS 15.0 for *Windows*.

## 4.9 Analisa Data

Data yang terkumpul dari kuesioner yang telah diisi kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut :

### 4.9.1 Analisa deskriptif

Penelitian ini akan dilakukan analisa deskriptif untuk semua variabel penelitian, dengan menghitung mean, median, modus, dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan masing-masing variabel. Analisis univariat ini pada

umumnya hanya menghasilkan distribusi dan prosentase dari masing-masing variabel. Analisis bivariat secara deskriptif dilakukan pada variabel dalam bentuk kategori dengan pendekatan tabulasi silang.

#### **4.9.2 Analisa bivariat**

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berpengaruh. Untuk menguji ada pengaruh buklet sebelum dan sesudah intervensi menggunakan menggunakan uji statistik *wilcoxon sign rank test* dan untuk menguji kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menggunakan uji statistik *mann whitney* dengan  $\alpha \leq 0,05$  dan kriteria pengujiannya *p-value* lebih kecil atau sama dengan  $\alpha$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima.

#### **4.10 Etika Penelitian**

##### **4.10.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)**

Responden ibu hamil dan suami yang kontrol di Poli hamil yang terpilih, sebelumnya diberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian oleh peneliti. Selanjutnya responden diminta menandatangani lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika subyek menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

##### **4.10.2 Tanpa nama (*Anonimity*)**

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada lembar kuesioner. Tetapi peneliti akan memberikan kode tertentu pada lembar jawaban yang telah diisi oleh responden.

##### **4.10.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

**Kerahasiaan informasi yang telah diberikan oleh responden selaku subyek penelitian dijamin oleh peneliti. Data hanya akan disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian ini**

BAB 5  
ANALISIS HASIL PENELITIAN

## **BAB 5**

### **ANALISIS HASIL PENELITIAN**

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian yang meliputi gambaran umum Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik dan karakteristik ibu hamil yang meliputi umur, pendidikan, dan pekerjaan. Selain itu juga dijelaskan karakteristik keluarga yang mendampingi ibu yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan responden. Selanjutnya pemaparan data pengaruh *System Supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan, baik kecemasan psikologis dan kecemasan fisiologis.

#### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik yang sebelumnya adalah BKIA Aisyiah dan beralih menjadi rumah sakit sejak tahun 2005. Rumah Sakit ini beralamat di Jalan KH. Kholil No. 88, Kebungson Gresik yang merupakan salah satu rumah sakit swasta type D. Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik memprioritaskan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Instalasi Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik dibagi menjadi beberapa unit pelayanan kesehatan yaitu unit gawat darurat, unit rawat inap, unit rawat jalan, dan kamar operasi. Pelayanan kesehatan kebidanan ada pada ruang Poli Spesialis Obstetri Gynekologi, Poli KIA, VK bersalin, dan ruang nifas.

Bentuk pelayanan kebidanan yang diberikan antara lain pertolongan persalinan normal, pertolongan persalinan patologis, operasi Caesar, dan USG. Pelayanan kandungan meliputi pemeriksaan dan penanganan penyakit kandungan, vaksinasi serviks dan pap smear. Pelayanan lain yang diberikan meliputi konsultasi program

kehamilan, konsultasi KB, konsultasi masalah reproduksi, program tabungan buah hati yang memberikan fasilitas pijat relaksasi pada saat control ANC dan program perawatan terapi spa pada ibu nifas. Pada pelayanan pediatric meliputi konsultasi dan pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak, imunisasi dan pijat bayi. Staf yang bertugas di unit kebidanan dan kandungan terdiri dari 3 orang dokter spesialis tamu, 17 orang bidan, dan 4 orang asisten bidan, 6 pekarya dan 1 tata usaha.

## 5.2 Data Umum Responden dan Keluarga

### 5.2.1 Data demografi Responden

Pada penelitian ini jumlah responden adalah 12 ibu kelompok kontrol dan 12 ibu kelompok intervensi yang diambil pada tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014.

#### 5.2.1.1 Distribusi reponden berdasar umur

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur ibu di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014.

no	umur	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	18-25	10	83,3	8	66,7
2	26-35	2	16,7	4	33,3
	Total	12	100,0	12	100

Berdasarkan Tabel 5.1 di atas sebagian besar responden berumur 18-25 tahun sebanyak 10 orang (83,3%) pada kelompok kontrol, sedangkan untuk kelompok intervensi sebanyak 8 orang (66,67%). Uji homogenitas antara kelompok kontrol dan perlakuan menunjukkan bahwa  $p=0,640$ , sehingga  $p>0,05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu

karakteristik umur responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan.

### 5.2.1.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan ibu di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014.

no	Pendidikan Ibu	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	SMU	2	16,7	3	25,0
2	D3	2	16,7	4	33,3
3	S1	8	66,7	5	41,7
	Total	12	100,0	12	100

Berdasarkan Tabel 5.2 di atas sebagian besar pendidikan responden adalah S1 sebanyak 8 orang (66,7%) pada kelompok kontrol, dan untuk kelompok intervensi sebanyak 5 orang (41,7%) pada kelompok intervensi. Uji homogenitas antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menunjukkan bahwa  $p=0,459$ , nilai  $p>0.05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu karakteristik pendidikan responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan.

### 5.2.1.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan ibu di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014.

no	pekerjaan	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	bekerja	7	58,3	10	83,3
2	Tidak bekerja	5	41,7	2	18,7
	Total	12	100,0	12	100

Berdasarkan Tabel 5.3 di atas sebagian besar responden yang bekerja sebanyak 7 orang (53,3%) pada kelompok kontrol dan sebanyak 10 orang (83,3%) pada kelompok intervensi. Uji homogenitas antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menunjukkan bahwa  $p=0,371$ , nilai  $p>0.05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu karakteristik paritas responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok control dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan.

### 5.2.2 Data Demografi Keluarga

#### 5.2.2.1 Distribusi keluarga berdasarkan umur

Tabel 5.4 Distribusi keluarga berdasarkan umur di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014.

no	Umur keluarga	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	18-25	6	50,0	5	41,7
2	26-35	6	50,0	7	58,3
	Total	12	100,0	12	100

Berdasarkan Tabel 5.4 di atas sebagian besar suami atau keluarga berumur 26-35 tahun sebanyak 6 orang (50%) pada kelompok kontrol dan sebanyak 7 orang (54,2%) pada kelompok intervensi. Uji homogenitas antara kelompok kontrol dan kelompok

intervensi menunjukkan bahwa  $p=1,000$ , nilai  $p>0.05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu karakteristik paritas responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok control dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan.

#### 5.2.2.2 Distribusi keluarga berdasarkan pendidikan

Tabel 5.5 Distribusi keluarga berdasarkan pendidikan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

no	Pendidikan keluarga	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	SMU	2	16,7	2	16,7
2	D3	2	16,7	3	25,0
3	S1	8	66,7	7	58,3
	Total	12	100,0	12	100

Berdasarkan table 5.5 di atas sebagian besar pendidikan keluarga responden adalah S1 yaitu sebanyak 8 orang (66,7%) pada kelompok kontrol dan sebanyak 7 orang (58,3%) pada kelompok intervensi. Uji homogenitas antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan bahwa  $p=0,875$ , nilai  $p>0.05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu karakteristik paritas responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok control dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan.

### 5.2.2.3 Distribusi keluarga berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.6 Distribusi keluarga berdasarkan pekerjaan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

no	Pekerjaan keluarga	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	bekerja	12	100	12	100
2	Tidak bekerja	0	0	0	0
	Total	12	100,0	12	100

Berdasarkan table 5.6 semua suami atau keluarga responden bekerja baik kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebanyak 12 orang (100%). Uji homogenitas pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menunjukkan bahwa nilai  $p > 0.05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu karakteristik paritas responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan

### 5.2.2.4 Distribusi keluarga berdasarkan hubungan dengan responden

Tabel 5.7 Distribusi keluarga berdasarkan hubungan dengan responden di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

no	Hubungan dengan responden	Kelompok kontrol		perlakuan	
		n	%	n	%
1	suami	12	100,0	12	100,0
2	Saudara kandung	0	0	0	0
3	Ibu responden	0	0	0	0
	Total	12	100,0	12	100,0

Berdasarkan table 5.7 semua hubungan dengan responden adalah suami, baik kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebanyak 12 orang (100%). Uji homogenitas pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menunjukkan bahwa nilai  $p > 0.05$  sehingga  $H_0$  diterima yaitu karakteristik paritas responden awal sebelum dilakukan penelitian antara kelompok kontrol dan perlakuan adalah homogen / tidak ada perbedaan

### 5.3 Data Khusus (Variabel penelitian)

#### 5.3.1 Perbedaan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III Sebelum dan Sesudah diberikan *supportive-educative* pada Kelompok Perlakuan

Untuk melihat perbedaan kecemasan sebelum dan setelah pada kelompok kelompok perlakuan dapat dilihat pada Table berikut :

Tabel 5.8. Perbedan Sebelum dan Setelah Pada Variabel Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

Kategori	Med (min-max)	Sig.
Pre	31 (24 - 49)	0,009
Post	27,5 (24 - 32)	

Hasil perhitungan menunjukkan kecemasan setelah perlakuan lebih rendah dibandingkan sebelum perlakuan dan hasil perhitungan statistik dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,009. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan kecemasan pada kelompok perlakuan sebelum dan

setelah perlakuan, dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan

Tabel 5.9 Perbedan Sebelum dan Setelah Pada Variabel Dukungan Pada Kelompok Perlakuan

Kategori	Med (min-max)	Sig.
Pre	53,5 (41 – 92)	0,041
Post	66,5 (54 – 96)	

Hasil perhitungan menunjukkan dukungan setelah perlakuan lebih tinggi dibandingkan sebelum perlakuan dan hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,041. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan dukungan pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah perlakuan, dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki dukungan yang lebih tinggi atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan.

### 5.3.2 Perbedaan Kecemasan dan Dukungan Ibu Primigravida Trimester III Sebelum dan Sesudah diberikan *supportive-educative* pada Kelompok Kontrol

Untuk melihat perbedaan kecemasan sebelum dan setelah pada kelompok kelompok kontrol dapat dilihat pada Table berikut :

Tabel 5.10 Perbedan Sebelum dan Setelah Pada Variabel Kecemasan Pada Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

Kategori	Med (min-max)	Sig.
Pre	32,5 (27 – 53)	0,397
Post	30 (26 – 50)	

Hasil perhitungan menunjukkan kecemasan post lebih rendah dibandingkan pre dan hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,397. Oleh karena signifikansi lebih besar dari 0,05 maka dikatakan tidak ada perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah.

Tabel 5.11 Perbedan Sebelum dan Setelah Pada Variabel Dukungan Pada Kelompok Kontrol

Kategori	Med (min-max)	Sig.
Pre	56,5 (53 – 76)	0,906
Post	57 (44 – 90)	

Hasil perhitungan menunjukkan dukungan post lebih tinggi dibandingkan pre dan hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,906. Oleh karena signifikansi lebih besar dari 0,05 maka dikatakan tidak ada perbedaan dukungan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah

### 5.3.3 Perbedaan Kecemasan pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik

Untuk melihat perbedaan kecemasan sebelum dan sesudah antara kelompok kontrol dan perlakuan dapat dilihat pada Table berikut :

Tabel 5.12 Perbedaan Kecemasan Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

Kelompok	Med (min : max)	Sig.
Kontrol	-2 (-14 : 9)	0,089
Perlakuan	-4,5 (-20 : 3)	

Hasil perhitungan menunjukkan pada kecemasan pada kelompok perlakuan lebih kecil dibandingkan kelompok kontrol. Hasil perhitungan statistic dengan uji Mann Whitney diperoleh nilai signifikansi 0,089. Nilai signifikansi ini lebih besar dari 0,05 sehingga tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel kecemasan.

#### 5.3.4 Perbedaan Dukungan pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik

Untuk melihat perbedaan dukungan sebelum dan sesudah antara kelompok kontrol dan perlakuan dapat dilihat pada Table berikut :

Tabel 5.13 Perbedaan Dukungan Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, tanggal 1 Juni sampai dengan 31 Juli 2014

Kelompok	Med (min : max)	Sig.
Kontrol	0 (-21 : 28)	0,024
Perlakuan	15,5 (-28 : 25)	

Hasil perhitungan menunjukkan pada dukungan pada kelompok perlakuan lebih meningkat dibandingkan kelompok kontrol. Hasil perhitungan statistik dengan uji Mann Whitney diperoleh nilai signifikansi 0,024. Nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0,05 sehingga ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel dukungan.

### **5.3.5 Pengaruh Dukungan Terhadap Kecemasan**

Pada penelitian ini disamping menguji perbedaan kecemasan dan dukungan sebelum dan setelah, perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan juga menguji pengaruh dukungan dan kecemasan. Pengujian pengaruh dukungan terhadap kecemasan dilakukan uji PLS. PLS sebagai model prediksi tidak mengasumsikan distribusi tertentu untuk mengestimasi parameter dan memprediksi hubungan kausalitas. Evaluasi model PLS dilakukan dengan mengevaluasi *outer model* dan *inner model*. *Outer model* merupakan model pengukuran untuk menilai validitas dan reliabilitas model. *Inner model* merupakan model struktural untuk memprediksi hubungan kausalitas antarvariabel laten.

#### **5.3.5.1 Outer Model (Model Pengukuran)**

Suatu konsep dan model penelitian tidak dapat diuji dalam suatu model prediksi hubungan relasional dan kausal jika belum melewati tahap purifikasi dalam model pengukuran. Model pengukuran sendiri digunakan untuk menguji validitas konstruk dan reliabilitas instrumen. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui kemampuan instrumen penelitian mengukur apa yang seharusnya diukur. Sedangkan

uji reliabilitas digunakan untuk mengukur konsistensi alat ukur dalam mengukur suatu konsep atau dapat juga digunakan untuk mengukur konsistensi responden dalam menjawab item pertanyaan dalam kuesioner atau instrumen penelitian. Berikut adalah tahapan dalam proses outer model yang ada dalam model PLS.

### 1. Validitas Konvergen

Parameter uji validitas konvergen dilihat dari nilai loading faktor harus bernilai diatas 0,5. Artinya probabilitas indikator suatu konstruk masuk ke variabel lain lebih rendah (kurang 0,5) sehingga probabilitas indikator tersebut konvergen dan masuk di konstruk yang dimaksud lebih besar, yaitu diatas 50 persen. Selain dari nilai loading factor juga dapat juga dilihat dari nilai t yang lebih dari 1,96. T sebesar 1,96 berasal dari konversi harga alpha pada kurva normal dengan tingkat kesalahan 5 %.

Tabel 5.14 Hasil Olah Data Outer Weights First Order (Mean, STDEV, T-Values)

Variabel	Dimensi	Factor Loading (O)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics ( O/STERR )
Kecemasan	cemasfisik <- Kecemasan	0.853	0.038	0.038	22.541
	cemaspsikis <- Kecemasan	0.889	0.024	0.024	37.798
Dukungan	emosi <- Dukungan	0.397	0.169	0.169	2.347
	informasi <- Dukungan	0.852	0.034	0.034	25.388
	instrumen <- Dukungan	0.832	0.060	0.060	13.817
	penilaian <- Dukungan	0.835	0.058	0.058	14.400

Sumber : Hasil uji PLS

Hasil pengujian pada tabel *outer weight* menunjukkan bahwa seluruh dimensi baik variabel dukungan dan kecemasan mempunyai nilai t value lebih dari 1,96. Dengan hasil ini seluruh dimensi kecemasan dan dukungan valid.

## 2. Uji Validitas Konstruk

Model Pengukuran berikutnya adalah nilai *Avarage Variance Extracted (AVE)*, yaitu nilai menunjukkan besarnya varian indikator yang dikandung oleh variabel latennya. Konvergen Nilai AVE lebih besar 0,5 juga menunjukkan kecukupan validitas yang baik bagi variabel laten. Pada variabel indikator reflektif dapat dilihat dari nilai *Avarage variance extracted (AVE)* untuk setiap konstruk (variabel). Dipersyaratkan model yang baik apabila nilai AVE masing-masing konstruk lebih besar dari 0,5

Tabel 5.15 *Average variance extracted (AVE)*

Hubungan antar Variabel	Factor Loading (O)
Dukungan	0.568313
Kecemasan	0.759533

Sumber : Hasil Uji PLS

Hasil pengujian menunjukkan bahwa nilai AVE untuk konstruk (variabel) dukungan dan kecemasan memiliki nilai lebih besar dari 0,5, sehingga validitas konstruk untuk seluruh variabel adalah baik.

## 3. Uji Reliabilitas

Reliabilitas konstruk yang diukur dengan nilai *composite reliability*, konstruk reliabel jika nilai *composite reliability* di atas 0,70 maka indikator disebut konsisten dalam mengukur variabel latennya. Hasil perhitungan *Composite reliability* dapat dilihat pada tabel. sebagai berikut :

Tabel 5.16 Composite Reliability

Hubungan antar Variabel	Factor Loading (O)
Dukungan	0.831229
Kecemasan	0.863285

*Sumber : Hasil Uji PLS*

Hasil pengujian menunjukkan bahwa konstruk (variabel) dukungan dan kecemasan memiliki nilai *composite reliability* lebih besar dari 0,7 sehingga reliabel.

#### 4.5.1 Inner Model (Model Pengukuran)

Model struktural dalam PLS dievaluasi dengan menggunakan  $R^2$  (R-Square) untuk konstruk dependen, nilai koefisien *path* atau *t-values* tiap *path* untuk uji signifikansi antarkonstruk dalam model struktural.

##### 1. Pengujian goodness-fit model

Pengujian terhadap model struktural dilakukan dengan melihat nilai R-Square yang merupakan uji goodness-fit model. Nilai  $R^2$  juga menjelaskan seberapa besar variabel eksogen (independen/bebas) pada model mampu menerangkan variabel endogen (dependen/terikat). Semakin tinggi nilai  $R^2$  berarti semakin baik model prediksi dari model penelitian yang diajukan.

Tabel 5.17 R Square untuk uji *goodness-fit* model

Hubungan antar Variabel	R square
Kecemasan (Y)	0,211

Sumber : Hasil uji PLS

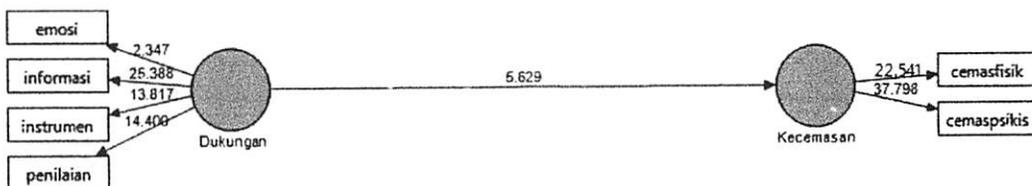
Hasil perhitungan nilai R square dari Tabel diperoleh hasil sebagai berikut :

$$R^2 = 1 - (1 - 0,211) = 0,211.$$

Hal ini dapat diinterpretasikan bahwa model mampu menjelaskan kecemasan sebesar 21,1 %. Sedangkan sisanya (78,9 %) dijelaskan oleh variabel lain (selain dukungan) yang belum masuk ke dalam model.

**4.2.2.2 Pengujian Hipotesis**

Nilai koefisien *path* atau *inner model* menunjukkan tingkat signifikansi dalam pengujian hipotesis. Skor koefisien *path* atau *inner model* yang ditunjukkan oleh nilai *t-Statistic*, harus > 1,96. Berikut hasil pengujian PLS selengkapnya :



Gambar 4. Hasil uji PLS

Untuk memastikan ada tidaknya pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen, dan variabel endogen terhadap endogen dapat dilihat pada Tabel dibawah ini

Tabel 5.18 .Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values)

Hubungan antar Variabel	Koefisien Path (O)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)	T Statistics ( O/STERR )
Dukungan (X) -> Kecemasan (Y)	-0.458974	0.081536	0.081536	5.629090

Dukungan (X) berpengaruh terhadap kecemasan (Y) dengan koefisien path sebesar -0,458974. Arti tanda negatif tersebut adalah semakin tinggi dukungan maka semakin rendah tingkat kecemasan, dan sebaliknya semakin rendah dukungan maka semakin tinggi tingkat kecemasan. Kemudian pengujian hipotesis diperoleh nilai t-Statistic = 5,629090. Nilai ini lebih besar dari nilai  $Z \alpha = 0,05 (5\%) = 1,96$ , maka dapat dikatakan ada pengaruh yang negatif signifikan dukungan terhadap tingkat kecemasan. Dengan hasil ini maka hipotesis penelitian diterima kebenarannya.

# BAB 6

## PEMBAHASAN

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 6 ini akan dijelaskan tentang pembahasan berupa ulasan dan telaah yang meliputi interpretasi terhadap hasil penelitian, kemudian keterkaitan dengan teori dan hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya. Selain itu bab ini menggambarkan keterbatasan penelitian yang telah dilakukan dan hasil penelitian untuk menurunkan kecemasan ibu primigravida trimester III melalui *System Supportive-educative*.

#### **6.1 Perbedaan Kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III**

##### **Sebelum dan Sesudah diberikan *supportive-educative* pada Kelompok Perlakuan**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan kecemasan setelah perlakuan sama dengan dibandingkan sebelum perlakuan dan hasil perhitungan statistik dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,009. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan kecemasan pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah perlakuan, dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan, ada perbedaan bermakna akan manfaat *System Supportive-educative* yang dirasakan kelompok perlakuan.

*Supportive-Educative* pertama kali dikenalkan oleh Orem pada tahun 1971. *Supportive-Educative* merupakan bagian dari *Self Care Deficit Theory of Nursing* (SCDTN) dalam buku *Nursing Concepts of Practice*. Konsep mayor dari SCDTN

antara lain: *Self Care*, *Self Care Deficit*, dan *Nursing System* Penerimaan manfaat tindakan merupakan hasil positif yang dirasakan merupakan hasil positif yang diharapkan dari menurunkan kecemasan. Sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan akan therapeutic self-care serta menjaga kemampuan pasien untuk melaksanakan self-care (Alligood, 2010). *Perceived benefit* yaitu persepsi positif atau kosekuensi / keuntungan yang menguatkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Penerimaan manfaat tindakan yang berupa pengetahuan atau kognitif merupakan domain untuk membentuk tindakan seseorang (Notoadmodjo, 2007). Pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu dan perubahan pengetahuan melalui proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2010).

Alligood (2010) menyatakan bahwa sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan akan therapeutic self-care serta menjaga kemampuan pasien untuk melaksanakan *self care*. *Nursing System* membantu pasien dalam melakukan perawatan diri meliputi sistem bantuan secara penuh (*Wholy Copensatory System*), sistem bantuan sebagian (*Wholy Copensatory System*), dan sistem *Supportive-educative*. *System Supportive-Educative* merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran. Proses pembelajaran dipengaruhi oleh kondisi subyek belajar yaitu intelegensia, daya tangkap,

ingatan, motivasi dan sebagainya. Kelompok perlakuan mendapatkan intervensi berupa *system supportive-educative* berupa *booklet*, terbukti dari data menunjukkan kecemasan setelah perlakuan sama dibandingkan sebelum perlakuan dan hasil perhitungan statistik dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,009. Oleh karena signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dikatakan ada perbedaan kecemasan pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah perlakuan, dimana kelompok yang mendapat perlakuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah atau lebih baik dibandingkan sebelum diberi perlakuan. penerimaan manfaat yang baik pada kelompok perlakuan dalam penelitian ini sesuai dengan pendapat Mu'awanah (2009) bimbingan merupakan suatu proses pemberian bantuan yang ditujukan kepada individu agar dapat mengenali dirinya sendiri, baik kemampuan-kemampuan yang dimiliki serta kelemahannya agar dapat mengambil keputusan sendiri dan bertanggung jawab dalam menentukan jalan hidupnya, mampu memecahkan sendiri kesulitan yang dihadapi serta dapat memahami lingkungan untuk dapat menyesuaikan diri secara tepat.

Dukungan adalah adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan diperoleh dari individu ataupun kelompok (Cobb, 2002). Kegiatan bimbingan, pengajaran, dan dukungan ini kontak antara klien dengan keahliannya dan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya, akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilakunya) (Notoatmodjo, 2010). Dasar digunakan pendekatan individu ini karena setiap individu mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut, agar petugas

kesehatan mengetahui dengan tepat serta membantunya, maka perlu menggunakan metode bimbingan dan pengajaran ini. Dalam kecemasan terdapat faktor eksternal dan internal, yang dalam faktor tersebut terdapat hal-hal yang tidak dapat kita rubah dalam kurun waktu yang singkat, misalnya status sosial ekonomi dan pengaruh hormon adrenalin dan non adrenalin tiap ibu yang berbeda, peneliti tidak dapat merubah kecemasan yang berasal dari faktor tersebut.

## **6.2 Perbedaan Kecemasan dan Dukungan Ibu Primigravida Trimester III**

### **Sebelum dan Sesudah diberikan *supportive-educative* pada Kelompok Kontrol.**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan kecemasan post lebih rendah dibandingkan pre dan hasil perhitungan statistic dari uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,397. Oleh karena signifikansi lebih besar dari 0,05 maka dikatakan tidak ada perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol sebelum dan setelah. Kecemasan dan dukungan terdiri dari beberapa faktor, yang faktor tersebut tidak dapat dirubah oleh peneliti dengan memberikan ilmu pengetahuan atau waktu yang singkat, misalnya faktor yang bersumber dari faktor ekonomi sosial ibu dan pengaruh hormone adrenalin dan nonadrenalin.

Teori Adaptasi Roy menjelaskan bahwa seseorang dianggap sebagai suatu sistem yang adaptif. Pemberian *supportive-educative* pada ibu primigravida dan keluarga merupakan input (informasi) yang akan diproses di otak dan meningkatkan pemahaman keluarga sehingga terjadi perubahan respon adaptasi psikis keluarga

dengan peningkatan dukungan nutrisi kepada pasien DM dengan gastroparesis (Ann & Alligood, 2010).

*Supportive-educative* merupakan sistem bantuan dari perawat dimana perawat berkoordinasi dengan pasien dan keluarga untuk mengetahui, merumuskan kebutuhan pasien dan keluarga serta meningkatkan kemandirian pengelolaan masalah bagi pasien dan keluarga. *Supportive-educative* merupakan kombinasi dari beberapa teknik yaitu: pengajaran, dukungan, bimbingan, dan perkembangan lingkungan (Kauric-Klein, 2011). Kegiatan dalam *supportive-educative* ini, kontak antara klien-keluarga dengan petugas kesehatan lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya, akhirnya keluarga dengan penuh kesadaran dan pengertian tentang kondisi ibu hamil akan memberikan dukungan kepada ibu hamil. Keluarga merupakan kelompok utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan yang terdekat dengan ibu hamil, segala keluh kesah yang dirasakan biasanya diungkapkan pada anggota keluarga. Disamping itu keluarga meringankan beban penderitaan selama hamil dan menjelang persalinan.

Faktor yang mempengaruhi kecemasan ibu berasal dari faktor internal dan eksternal, faktor internal antara tingkat pendidikan, setiap ibu mempunyai tingkat pendidikan yang berbeda, teknik dalam memberikan informasi harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan ibu.

### **6.3 Perbedaan Kecemasan pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan Sebelum dan Sesudah diberikan *Supportive-educative* pada Ibu Primigravida Trimester III dan Keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan pada kecemasan pada kelompok perlakuan lebih kecil dibandingkan kelompok kontrol. Hasil perhitungan statistic dengan uji Mann Whitney diperoleh nilai signifikansi 0,089. Nilai signifikansi ini lebih besar dari 0,05 sehingga tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel kecemasan. *Supportive-Educative* dalam keperawatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, elektronika (TV, radio, komputer dan sebagainya) dan media luar ruang, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Pengajaran atau pendidikan kesehatan dalam keperawatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga mampu memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif (Notoatmodjo, 2010).

Selama kehamilan berlangsung, terdapat rangkaian proses psikologis khusus yang lebih jelas, yang terkadang tampak berkaitan erat dengan perubahan biologis yang sedang terjadi. Respons psikologis ini dapat terulang pada kehamilan berikutnya pada setiap wanita. Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ketiga. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti: apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Mimpi-mimpi yang dialaminya merefleksikan rasa penasaran dan ketakutannya.

Ia mengalami mimpi yang sebagian besar mengenai bayi, anak-anak, persalinan, kehilangan bayi. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain dan menutup diri karena perasaan rentannya (Varney, 2006). Pada trimester ini wanita sering mengalami kecemasan, apalagi pada ibu primigravida yang belum memiliki pengalaman sebelumnya. Seringkali kecemasan tersebut disebabkan oleh bayangan tentang proses persalinan yang menakutkan karena mendengar cerita dari orang lain tentang proses persalinan yang menakutkan (Wulandari, 2006).

#### **6.4 Perbedaan Dukungan pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan pada dukungan pada kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Hasil perhitungan statistic dengan uji Mann Whitney diperoleh nilai signifikansi 0,024. Nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0,05 sehingga ada perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada variabel dukungan. *Supportive-educative* merupakan kombinasi dari beberapa teknik yaitu: pengajaran, dukungan, bimbingan, dan perkembangan lingkungan (Kauric-Klein, 2011). Kegiatan dalam *supportive-educative* antara klien-keluarga dengan petugas kesehatan lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya, akhirnya keluarga dengan penuh kesadaran dan pengertian tentang kondisi ibu akan memberikan dukungan kepada ibu. Keluarga merupakan kelompok utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan yang terdekat dengan penderita, segala keluhan kesah yang dirasakan biasanya diungkapkan pada

anggota keluarga. Disamping itu keluarga meringankan beban selama proses kehamilan.

Salah satu faktor yang mempengaruhi penerimaan dukungan keluarga adalah keintiman (Suhita, 2005). Semakin intim seseorang maka dukungan yang diperoleh akan semakin besar. Dukungan dari keluarga sangat membantu ibu dalam menjalani kehamilan dan menghadapi persalinan. Faktor yang mempengaruhi kecemasan pada ibu hamil bersumber dari faktor internal dan eksternal, yang dalam menurunkan kecemasannya berbeda tehnik dan pelaksanaannya, sebagai petugas kesehatan wajib mempunyai teknik tersebut, misalnya disesuaikan dengan tingkat pendidikan, disesuaikan dengan karakter psikologis ibu, dan ada beberapa faktor yang kita dapat bekerjasama dengan pemerintah, misalnya kecemasan ibu yang bersumber dari status ekonomi sosialnya, kita dapat mengusahakan agar ibu memperoleh keringanan sehingga kecemasan ibu dapat diturunkan bahkan dihilangkan.

### **6.5 Keterbatasan Penelitian**

1. Penelitian ini menggunakan jumlah sampel yang minimal, sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan ke seluruh rumah sakit.
2. Data yang diambil selama penelitian dilakukan di poli dan di rumah karena tidak semua responden di minggu berikutnya kontrol ke poli, sehingga suasana rumah dan lingkungan saat *supportive-educative* sangat bervariasi.

BAB 7  
KESIMPULAN & SARAN

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di RS Muhammadiyah Gresik, maka kesimpulan yang didapat adalah :

1. Ada pengaruh *supportive-educative* pada Ibu Primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.
2. Ada perbedaan signifikan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada kelompok perlakuan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.
3. Tidak ada perbedaan kecemasan dan dukungan ibu primigravida trimester III sebelum dan setelah diberikan *supportive-educative* pada kelompok kontrol di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik
4. Ada perbedaan kecemasan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.
5. Ada perbedaan dukungan pada kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik

## 7.2 Saran

1. *System Supportive-educative* merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat digunakan oleh perawat sebagai upaya memberikan informasi tentang kehamilan dan persalinan sehingga dapat menurunkan kecemasan pada ibu primigravida trimester III dan keluarga.
2. *System Supportive-educative* dalam bentuk *booklet* merupakan media yang dapat digunakan untuk memberikan informasi tentang kehamilan dan persalinan sehingga dapat diaplikasikan di rumah sakit.
3. Kegiatan *System Supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dapat dijadikan SOP bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.
4. Bagi responden, khususnya ibu primigravida trimester III dan keluarga agar dapat memahami dan mengaplikasikan materi yang sudah diberikan dalam mempersiapkan persalinan.
5. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi untuk penelitian lanjutan tentang *System Supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dalam metode lain dan jumlah responden yang lebih banyak.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Aden C. (2008). *Pengaruh paket aman terhadap pengetahuan dan pelaksanaan perawatan kehamilan oleh ibu risiko persalinan prematur serta efektivitasnya terhadap maturitas kehamilan di Jakarta*. Tesis FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Adriaansz, G, (2008). *Asuhan Antenatal*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi. [www.pkmi-online.com/download/asuhan-antenatal.doc](http://www.pkmi-online.com/download/asuhan-antenatal.doc). Diakses tanggal 6 Januari 2013 pukul 12.00
- Alfiben., Wiknjastro G.H., dan Elvira S.D (2000). Efektivitas peningkatan dukungan suami dalam menurunkan terjadinya depresi postpartum. *MajObst Gin Indon*
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition (Text Revision). Washington,DC:American Psychiatric Assosiation (APA).
- Aprianawati, R. B. (2010). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Kelahiran Anak Pertama Pada Masa Triwulan Ketiga*. [Http//www.find.dosc.com/jurnal](http://www.find.dosc.com/jurnal). Kecemasan Ibu Hamil. Diakses tanggal 6 Maret 2014
- Ariawan. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. FKM.UI: Tidak Dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2007). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Atmadibrata, B.P. (2005). *Punya bayi kok malah sedih*. *Femina*, Agustus.
- Beck, C.T. (1998). A checklist to identify woman at risk for developing postpartum depression. *JOGNN Principles & Practice*.
- Beck, C.T, & Galbe, R.K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Journal of Nursing Research*.
- Bick, D., Arthur, M.C., Knowles, H., & Winter, H. (2003). *Postnatal care, evidence and guidelines for management*. China: Churchill Livingstone.
- Bobak I, M., Lowdermilk, & Jensen, M. D. (2003). *Maternity and womens health*

*care*. 7th ed. St Louis: Mosby.

\_\_\_\_\_. (2000) *Maternity Nursing*. 4th ed. St.Louis: Mosby

Leigh, B, & Milgrom, J. (2007). Acceptability Of Antenatal Screening For Depression In Routine Antenatal Care. *Australian Journal of Advanced Nursing; Vol; 24, No 3*.

Buckley, K., and Kulb, N.W. (1993). *High risk maternity nursing manual.nursing*. (2nd ed). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Chen, C., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (2000). Effects of support group in postnatally distress woman: A Controlled studi in Taiwan. *Journal Psychosomatic Research*,

Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsycchiatry*, 73, 441-454.

Cleveland Clinic. (2009). *Depression after the birth of a child or pregnancy loss*. Diunduh December 9, 2013 [http://my.clevelandclinic.org/disorders/Depression/hic\\_Depression\\_After\\_the\\_Birth\\_of\\_a\\_Child\\_or\\_Pregnancy\\_Loss.aspx](http://my.clevelandclinic.org/disorders/Depression/hic_Depression_After_the_Birth_of_a_Child_or_Pregnancy_Loss.aspx).

Consonni, E. B. 2010. A Multidisciplinary Program of Preparation for childbearth and Motherhood : Maternal Anxiety and perinatal Outcomes. *Reproductive Health Journal*. Vol 7

Demaria, F. (2005). *Urinary incontinence, 3D US reliably measures postpartum urine retention*. diunduh December 10, 2013 <http://proquest.umi.com/pqdweb>

Dempsey, P.A & Dempsey, A.D. (2003). *Nursing research: riset keperawatan*. Alih bahasa Palupi Widyastuti. Jakarta: EGC.

Depkes RI, (2007). *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*. Diunduh 20 April 2013 <http://125.160.76.194/bidang/yanmed/farmasi/Pharmaceutical/DEPRESI.pdf>.

Djamarah, S.B & Zain, A. (2002). *Strategi belajar mengajar*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Elvira D.S, Ismail R.I, Kusumadewi I, dan Wibisono S. (1999). Positive risk factors in Dr. Ciptomangunkusumo, Fatmawati and Persahabatan general hospital in 1998, A pilot study. *Indon Psychiat*.
- Epperson C.N, & Ballew, J. (2007). *A common complication of childbirth*. Diunduh April 18, 2013 [http:// www .springerlink .com / content /r643087u623p4t42/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/r643087u623p4t42/fulltext.pdf).
- Gilbert, E. S., & Harmon, J. S. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. (3rd ed). Missouri: Mosby Elsevier ; p.130-40, 184-194.
- Glascoe, P. F. (2005). *Screening for maternal perinatal depression: Tools and exemplary approaches for screening*. Diunduh January 18, 2013 <http://www.dbpeds.org/articles/detail.cfm?TextID=356>
- Hadi, P. (2004). *Depresi dan Solusinya*. Yogyakarta: Tugu.
- Hanusa B.H, Scholle S.H, Haskett R.F, Spadaro K, & Wisner K.L. (2008). Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. *Journal Womens Health*.
- Hawari, D, (2004). *Manajemen Stress, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hurlock. (2002). *Psikologi perkembangan*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Hyun Ju Cho, Jung Hye Kwon, Jeong Jhe Lee. (2008). Antenatal cognitivebehavioral therapy for prevention of postpartum depression: A pilot study. *Yonsei Med.Vol 49,No 4*. Diunduh October 11, 2013 [http:// www . eymj . org/2008/pdf/08553.pdf](http://www.eymj.org/2008/pdf/08553.pdf).

- Iskandar. (2007). Postpartum blues. Diunduh October 11, 2013, <http://www.mitrakeluarga.com/kemayoran/kesehatan005.html>.
- Ismail, R.I. (2002). Diunduh 25 April 2013 <http://www.litbang.depkes.go.id/download/penelusuran/abstrak/Abstrak2004.pdf>.
- \_\_\_\_\_. (2001). Faktor risiko depresi prabersalin dan depresi pascabersalin. Minat khusus pada dukungan sosial dan kesesuaian hubungan suami isteri. Disertasi. FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Jayalangkara, A. (2005). Gangguan jiwa pada kehamilan. *Jurnal Medika Nusantara*, 26:268-272.
- Kaplan & Sadock. (1998). Depresi postpartum. Diunduh April 25, 2013 <http://klinis.wordpress.com/2007/12/29/depresi-postpartum/>.
- Kassel, K. (2010). Postpartum Care for Mothers. Diunduh December 9, 2013 <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkiid=101235>.
- Kozier, B. (2003). *Fundamentals of nursing concepts, process, and practice*. (5th ed), California: Addison wesley.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (1999). *Maternity nursing*. (5th ed), St Louis: Mosby.
- Litfiah. (2008). *Psikologi Abnormal*. Semarang : Widya Karya

- Lubis, L. N. (2009). *Depresi tinjauan psikologis*, Edisi 1. Jakarta: Kencana. National Mental Health Association. (2009). *Postpartum disorders*. Diunduh January 10, 2013 <http://www.mentalhealthamerica.net/index.cfm?objectId=C7DF8CE1-1372-4D20-C892917FA2B62555>.
- Muhimah, N. and safe'I. 2010. *Panduan Lengkap Senam hamil, Khusus Ibu Hamil*. Jakarta: Power Book.
- Musbikin, I. (2006). *Persiapan Menghadapi Persalinan dari Perencanaan Kehamilan Sampai Mendidik Anak*. Yogyakarta: Mitra Pustaka
- Muthmainnah, M. (2006). *Efektivitas pendidikan kesehatan pada periode awal postpartum dengan metode CPDL terhadap kemampuan ibu primipara merawat bayi di propinsi Jambi*. Program Pascasarjana FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Nazara, Y. (2006). *Efektivitas intervensi psikoedukasi terhadap pencegahan depresi postpartum di Kabupaten Nias*. Tesis FIK. UI. Tidak dipublikasikan.
- Nichols, F.H., & Humenick, S.S. (2000). *Childbirth education, practice, research and theory*. (2nd ed), Philadelphia : W.B. Saunders Company. Notoatmodjo, S (2007). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurbaeti, I. (2002). *Analisis hubungan antara karakteristik ibu, kondisi bayi baru lahir, dukungan sosial dan kepuasan perkawinan dengan depress postpartum primipara di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis FIK. UI. Tidak dipublikasikan.

- Nurchasanah. (2009). *Ensiklopedi kesehatan wanita*. Yogyakarta: Familia.
- Old, L.M, London, Patricia A. & Ladewig. (2001). *Maternal newborn nursing: a family centered approach*. California: Addison-Wesley Nursing
- Ozalp, S., Tanir, M.H., Sener, T., Yazan, S., Keskin, E. A. (2003). Health risks for early ( $\leq 19$ ) and late ( $\geq 35$ ) childbearing. *Arch Gynecol Obstet*, 268:172–174
- Pilliteri, A. (2003). *Maternal and child health nursing ; Care of the childbearing and childbearing family*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methodes, appraisal, and utilization*. Philadelphia : Lippincott.
- Potter, P. Rosenthal, M. Sara. (2003). *Woman depression:a sane approach to mood disorder*. Los Angeles: Lowell House A & Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of nursing: Fundamentals of nursing concepts, process, and practice* (6th ed). Philadelphia: The Mosby Years Book Inc.
- Potter, A. P., & Perry, G. A. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Volume 2. Edisi 4. Jakarta: EGC. Alih bahasa. Jakarta: EGC
- Putra, S. T. (2005). *Psikoneuroimunologi Kedokteran*. Surabaya: Graha Masyarakat Ilmiah Kedokteran (GRAMIK) FKUA
- Reeder, Martin & Koniak-Griffin. (2011). *Keperawatan Maternitas : Kesehatan Wanita, Bayi, 7 keluarga*. Jakarta: EGC.

- Regina, Pudjibudojo, J. K dan Malinton, P. K. (2001). Hubungan antara depresi postpartum dengan kepuasan seksual pada ibu primipara. *Anima Indonesian Psychological Journal*. Vol. 16. No. 3.
- Rosenberg, R., Greening, D, & Windell, J (2003). *Conquering postpartum depression: A proven plan for recovery*. Cambridge: Perseus Books Group.
- Runiari, N. (2005). Persepsi perawat, ibu postpartum dan keluarga tentang materi yang prioritas dan metode pemberian edukasi ibu postpartum di RSUP Fatmawati tahun 2005. Tesis FIK. UI. Tidak dipublikasikan.
- Salmah dkk, (2006). *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta: EGC
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Schot & Priest. (2008). *Kelas antenatal (Edisi 2)*. Alih bahasa: Nike Budhi
- Subekti. Jakarta: EGC. (Sumber Asli: 2000)
- Sumaryati, M. (2003). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: PT. Rafika Aditama
- Sherwen, L.N. (2002). *Maternity nursing; Care of the childbearing family ( 4th ed.)*. Toronto: Appleton and lange.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1172-1187.

- Spinelli, M. G (2004) Maternal infacide associated with mentall illness: Prevention and promise of saved lives. *Journal Psychiatry*, 161 (9).
- Soep. (2009). Pengaruh intervensi psikoedukasi dalam mengatasi depresi Postpartum di RSUD Dr.Pirngadi Medan. htm : Diunduh June 10, 2013 <http://www.researchgate.net/publication/42324812>.
- Soepardan & Hadi, (2008). *Etika Kebidanan dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Stephanus. (2009). Hubungan Antara Kecemasan Pada Kehamilan Triwulan Ketiga Dengan Lama Persalinan Pada Ibu Yang Melahirkan Anak Pertama. Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Syah, M. (2005). Psikologi pendidikan dengan pendekatan baru. Edisi revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). Principles and practice of psychiatric nursing. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Sugiyono. (2001). Statistik untuk penelitian. Bandung: Alfabeta.
- Sumijatun., Suliswati, Payapo, T., Maruhawa, J., & Sumartini, M. (2006). Konsep dasar keperawatan komunitas. Jakarta: EGC.
- Supartini, Y. (2004). Buku ajar konsep dasar keperawatan anak. Jakarta: EGC.
- Sustini, F., Andajani, S., Marsudiningsih, A. (2003). Pengaruh pendidikankesehatan, monitoring, dan perawatan ibu pasca persalinan terhadapkejadian

morbiditas postpartum di Kabupaten Sidoarjo dan Lamongan Jawa Timur. Buletin penelitian kesehatan, Vol. 31, No. 2.

Townsend (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*, 3th ed. Philadelphia : F. A. Davis Company.

Umamah, Farida. (2011). *Senam Hamil Yophytta Menurunkan Tingkat Kecemasan Menjelang Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Kendang Sari Surabaya*. Tesis. Program Studi Magister keperawatan. Fakultas Keperawatan. Universitas Airlangga.

WHO (2008). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Diunduh April 25, 2013. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/msm\\_98\\_3/msm\\_98\\_3\\_4.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/msm_98_3/msm_98_3_4.html).

WHO (2008). *World health statistic 2008*. Diunduh March 7, 2013 <http://searo.who.int/EN/Section313/Section1520.htm>.

Winkjosastro. (2007). *Ilmu Bedah Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: EGC.

Wilkinson, G. (2002). *Bimbingan dokter pada stres*. Editor: Ayodya L. Riyadi. Jakarta: Dian Rakyat.

Wong, D.L., Perry, S.E., & Hockenberry, M (2002). *Maternal child nursing care*, (2th ed). St.Louis : Mosby Inc.

Zanden, J. V; Crandell, T. L. Crandell., 2007. *Human development: Eight Edition*. New York: Mc Graw- Hill International Edition.

# LAMPIRAN



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

### PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 3 Maret 2013

Nomor : 055 /UN3.1.12/PPd/S2/2014  
Lampiran : 1 (Satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Direktur RS. Muhammadiyah  
Gresik  
di –

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep.Ns  
NIM : 131214153044  
Judul Penelitian : Modul psikoedukasi pada ibu post partum untuk dalam pencegahan depresi post partum berbasis teori adaptasi Roy dan Mercer.

Tempat : RS. Muhammadiyah Gresik

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan

Wakil Dekan I



Mira Triharini, SKp.M.Kep

NIP. 197904242006042002

Tembusan :

1. Kepala Bidang Diklat RS. Muhammadiyah Gresik
2. Kepala Bidang Keperawatan RS. Muhammadiyah Gresik
3. Kepala Ruang Poli Hamil RS. Muhammadiyah Gresik



**Rumah Sakit**

**Muhammadiyah Gresik**

Jujur | Transparan | Kekeluargaan

Jl. KH. Kholil 88 Gresik 61115 P : +62 31 3981275 | F : +62 31 3985459

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Nomor : 71/III.6/A/2014  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Yang Terhormat,  
Bapak /Ibu Dekan  
Program Studi Magister Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Kampus C Mulyorejo Surabaya.

*Assalaamu'alaikum Wr. Wb.*

Menanggapi surat yang telah kami terima mengenai ijin mahasiswa untuk pengambilan data awal di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, yaitu :

Nama : Fathiya Luthfil Yummi, S.Kep.Ns.  
NIM : 131214153044  
Judul Penelitian : Modul psikoedukasi pada ibu post partum untuk dalam pencegahan depresi post partum berbasis teori adaptasi Roy dan Mercer di RS. Muhammadiyah Gresik.

Maka Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik memberikan ijin pada mahasiswa tersebut untuk pengambilan data dan melakukan penelitian.

Untuk memberi manfaat bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik maka kami berharap mendapat laporan hasil penelitian apabila sudah selesai.

Demikian surat ijin penelitian ini dibuat, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

*Wassalaamu'alaikum Wr. Wb.*

Gresik, 6 Maret 2014



**Dr. Mus Ghufron, MMR**  
NBM : 945.303



# UNIVERSITAS AIRLANGGA

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

### PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257

Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 16 Juli 2014

Nomor : 189 /UN3.1.12/PPd/S2/2014  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.  
Direktur RS. Muhammadiyah Gresik  
di –

Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan 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 : Fathiyah Lutfil Yumni, S.Kep.Ns  
NIM : 131214153044  
Judul Penelitian : Suportive educative pada ibu primigravida trimester III dan Keluarga di RS. Muhammadiyah Gresik  
Tempat : RS. Muhammadiyah Gresik

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan  
Wakil Dekan I



Mira Triharini, SKp. M.Kep  
NIP. 197904242006042002

Tembusan :

1. Kepala Bidang Keperawatan RS. Muhammadiyah Gresik
2. Kepala Bidang Diklat RS. Muhammadiyah Gresik
3. Kepala Poli Hamil RS. Muhammadiyah Gresik



**Rumah Sakit  
Muhammadiyah Gresik**

Jl. KH. Khothil B8 Gresik 61115 P: +62 31 3981275 | F: +62 31 3985459

Nomor : 348/III.6/A/2014  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Yang Terhormat,  
Bapak /Ibu Dekan  
Program Studi Magister Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Kampus C Mulyorejo Surabaya.

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Menanggapi surat yang telah kami terima mengenai ijin mahasiswa dalam pengamplilan data untuk bahan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, yaitu :

Nama : Fathiya Luthfil Yummi, S.K. p.Ns.  
NIM : 131214153044  
Judul Penelitian : Supportive Educative pada Ibu Primigravida  
Trimester III dan Keluarga di RS. Muhammadiyah  
Gresik.

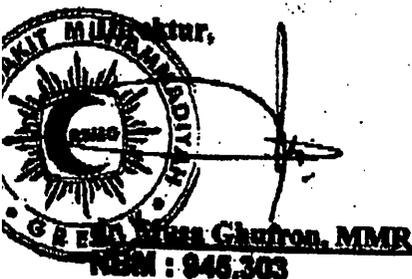
Maka Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik memberikan ijin pada mahasiswa tersebut untuk melakukan penelitian.

Untuk memberi manfaat bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik maka kami berharap mendapat laporan hasil penelitian apabila sudah selesai.

Demikian surat ijin penelitian ini dibuat, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Gresik, 05 Agustus 2014





KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
*HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE*  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA  
*FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY*

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
*DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL*  
"ETHICAL APPROVAL"

No : 336-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

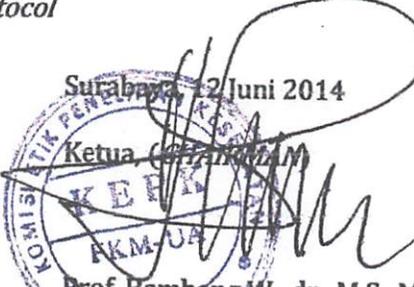
*The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"SUPPORTIVE-EDUCATIVE PADA IBU PRIMIGRAVIDA TRIMESTER III  
DAN KELUARGA DALAM MENURUNKAN KECEMASAN  
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK"**

**Peneliti utama** : Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep.,Ns.  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
*Name of the Institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*And approved the above-mentioned protocol*

Surabaya, 12 Juni 2014  
Ketua (Fathil Yumni)  
  
Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.  
NIP 09490320 197703 1 002

**Lampiran 6****Lembar Permohonan Menjadi Responden**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fathiya Luthfil Yumni

NIM : 131214153044

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

**" *System Supportive – Educative* pada Ibu Hamil Dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan Di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik"**

Sehubungan dengan maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak/Ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak merugikan bapak/ibu sebagai responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian dan saya mohon kepada bapak/ibu untuk menjawab pertanyaan pada kuisioner dengan sejujurnya.

Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Gresik, 2014

Hormat Saya,

**Fathiya Luthfil Yumni**

**Lampiran 7****Lembar Penjelasan**

Penelitian ini bermanfaat dalam menurunkan kecemasan pada Ibu Hamil dan Keluarga serta tidak ada resiko bagi kesehatan Ibu Hamil dan keluarga.

- Nama Peneliti : Fathiya Luthfil Yumni  
 Judul Penelitian : *Supportive – Educative* pada Ibu Hamil dan keluarga dalam Menurunkan Kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.  
 Tujuan Penelitian : Menjelaskan pengaruh *supportive-educative* pada ibu primigravida trimester III dan keluarga dalam menurunkan kecemasan di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik.  
 Manfaat Penelitian : Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai wacana dalam mengembangkan ilmu keperawatan maternitas yang berhubungan dengan kesehatan pada ibu hamil  
 Manfaat Bagi Subyek : Ibu Hamil dan keluarga akan mendapatkan informasi tentang menurunkan kecemasan dalam kehamilan dan cara pencegahannya.

Dalam penelitian ini, saya melakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Ibu Hamil akan diminta untuk menjawab pertanyaan tentang menuunkan kecemasan dan dukungan keluarga yang diberikan melalui lembar isian/kuisisioner
2. Ibu Hamil akan diberikan Penyuluhan kesehatan metode ceramah dan diberikan Boklet tentang menurunkan kecemasan dan dapat dibawa pulang untuk dibaca dirumah.
3. Saat pertemuan selanjutnya peneliti akan memberikan penjelasan lengkap melalui penyuluhan dalam menurunkan kecemasan sebanyak tiga kali pertemuan yang dilakukan sesuai dengan perjanjian dengan ibu hamil. Penyuluhan bertujuan untuk memperjelas isi boklet.
4. Pertemuan pertama menjelaskan tentang menurunkan kecemasan dalam kehamilan dan pencegahannya, pertemuan kedua dan ketiga mengulang tentang materi yang sama yaitu tentang menurunkan kecemasan dalam kehamilan dan pencegahannya.
5. Setelah penyuluhan, pada pertemuan selanjutnya ibu hamil akan diberikan lembar isian kembali yang harus diisi ibu hamil dan dikumpulkan ke peneliti
6. Sebagai pengganti waktu dalam kegiatan ini ibu hamil akan mendapatkan perlengkapan bayi dari peneliti.

Jika ibu ingin berkomunikasi dengan peneliti, bisa menghubungi:

Nama : Fathiya Luthfil Yumni  
Alamat : Jalan Kalikeping Perum ITS No.9C Surabaya  
No. Telepon : 081332308779

Keikutsertaan ibu ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Ibu boleh untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun tanpa ada konsekuensi setelah memutuskannya.

Yang mendapat penjelasan  
(.....)

Gresik, 2014  
Yang memberi penjelasan

Fathiya Luthfil Yumni

Saksi

(.....)

**Lampiran 8**

**Lembar Persetujuan Menjadi Responden**  
**(Informed Consent)**

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik, saya:

Nama :

Alamat :

Bahwa saya menyatakan dengan setuju dengan sukarela jika saya ikut berperan sebagai subyek dalam penelitian yang berjudul:

**" *System Supportive – Educative* Pada Ibu Hamil Dan Keluarga Dalam Menurunkan Kecemasan Di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik "**

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran

Gresik, 2014

Yang membuat persetujuan

Yang memberi penjelasan

(.....)

Fathiya Luthfil Yumni

Saksi

(.....)

## Lampiran 9

<b>I. DUKUNGAN SOSIAL</b>							
<b>Petunjuk :</b> Beri tanda silang (X) pada salah satu kotak pilihan Anda untuk setiap nomor pertanyaan.							
<b>No.</b>	<b>ITEM DUKUNGAN SOSIAL</b>						
<b>A</b>	<b>Dukungan Emosional</b>	<b>Alternatif Jawaban</b>					<b>Score (diisi petugas )</b>
		Selalu	Sering	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah	
1.	Suami/keluarga memberikan perhatian yang lebih saat usia kehamilan saya memasuki usia 28 minggu.						
2.	Untuk membuat saya merasa bahagia, suami/keluarga mengatakan "kamu tetap cantik walaupun dengan perut yang bertambah besar".						
3.	Suami/keluarga mendengarkan keluhan yang saya sampaikan berkaitan dengan kehamilan dan persalinan.						
4.	Ketika saya merasa cemas dalam menghadapi persalinan, suami/keluarga akan membantu memecahkan masalah yang saya hadapi.						
5.	Suami/keluarga tidak pernah mau memahami keadaan saya saat ini.						
6.	Suami/keluarga tidak peduli dengan penampilan saya.						
<b>B</b>	<b>Dukungan Informasional</b>	<b>Alternatif Jawaban</b>					<b>Score (diisi petugas )</b>
		Selalu	Sering	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah	
7.	Suami/keluarga berusaha mencari keterangan tentang persalinan untuk saya						

	melalui majalah, buku atau melalui internet.						
8.	Suami/keluarga mengingatkan saya untuk tetap menjaga kebersihan dan kesehatan selama hamil dan menjelang persalinan.						
9.	Suami/keluarga tidak mengingatkan saya untuk makan dengan pola gizi seimbang, lebih banyak daripada sebelum hamil.						
10.	Suami/keluarga mendorong saya untuk segera melakukan pemeriksaan kehamilan ke pelayanan kesehatan jika ada masalah yang berhubungan dengan kehamilan saya.						
11.	Suami/keluarga mengingatkan saya untuk istirahat cukup selama hamil.						
12.	Suami/keluarga mengingatkan saya untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin.						
<b>C</b>	<b>Dukungan Instrumental</b>	<b>Alternatif Jawaban</b>					<b>Score (diisi petugas )</b>
		Selalu	Sering	Kadang kadang	Jarang	Tidak pernah	
13.	Suami/keluarga mengizinkan saya untuk mengikuti penyuluhan kesehatan bila ada penyuluhan tentang kehamilan dan persalinan.						
14.	Suami/keluarga menyiapkan dana untuk biaya pemeriksaan kehamilan dan persalinan saya.						
15.	Suami/keluarga membantu mengerjakan pekerjaan						

	rumah ketika saya capek dan ingin istirahat.						
16.	Suami/keluarga memberikan majalah yang memuat artikel tentang kehamilan, dan persalinan.						
17.	Suami/keluarga tidak pernah meluangkan waktu untuk mendampingi saya periksa.						
18.	Karena sibuk, Suami/keluarga tidak pernah membantu saya dalam pekerjaan rumah.						
<b>D.</b>	<b>Dukungan Penilaian</b>	<b>Alternatif Jawaban</b>					<b>Score</b> (diisi petugas)
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	
19.	Saat saya khawatir dengan persalinan yang semakin dekat, suami/keluarga berusaha meyakinkan saya bahwa saya akan mampu menjalaninya.						
20.	Suami/keluarga tidak memberikan pujian apa-apa ketika saya melakukan pemeriksaan untuk mengetahui kondisi bayi dan jenis persalinan ketika saya melahirkan.						
21.	Suami/keluarga memuji ketika saya berpenampilan bersih dan rapi.						
22.	Suami memberikan teguran jika saya tidak melakukan pemeriksaan kehamilan						
23.	Suami/keluarga memberikan pujian ketika saya menjaga kesehatan dan makan dengan pola gizi seimbang.						
24.	Suami/keluarga tidak pernah menegur jika saya melakukan pekerjaan berat.						

## Lampiran 10

**LEMBAR KUESIONER**  
**SYSTEM SUPORTIVE-EDUCATIVE PADA IBU HAMIL PRIMIGRAVIDA**  
**TRIMESTER III DAN KELUARGA DALAM MENURUNKAN KECEMASAN DI**  
**RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH GRESIK**

Petunjuk :

1. Kuesioner A : mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda ( √ ) pada kotak yang tersedia
2. Kuesioner B : mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda ( √ ) pada sebelah kiri jawaban yang anda pilih.
3. Kuesioner C : mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda ( √ ) pada sebelah kiri jawaban yang anda pilih

**DATA UMUM IBU**

No	Pertanyaan	Keterangan
1.	Umur <input type="checkbox"/> 18-25 tahun <input type="checkbox"/> 26-35 tahun	
2.	Pendidikan terakhir <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> D3	
3.	Pekerjaan <input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> bekerja	

**DATA UMUM KELUARGA**

No	Pertanyaan	Keterangan
1.	Umur <input type="checkbox"/> 18-25 tahun <input type="checkbox"/> 26-35 tahun	
2.	Pendidikan terakhir <input type="checkbox"/> SMU <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> D3	
3.	Pekerjaan <input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> bekerja	
4.	Hubungan keluarga <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> saudara kandung <input type="checkbox"/> Ibu	

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang saja mengalami demikian	Sering mengalami demikian	Selalu mengalami demikian
1.	Saya merasa cemas dengan keadaan saya saat ini				
2.	Saya merasa tegang dengan keadaan saya saat ini				
3.	Saya merasa marah dan tersinggung dengan keadaan saya saat ini				
4.	Saya merasa sesuatu yang buruk akan terjadi pada diri saya				
5.	Saya merasa jantung saya berdebar-debar				
6.	Kedua tangan dan kaki saya gemetar				
7.	Saya merasa mau pingsan dengan keadaan ini				
8.	Saya mudah sesak nafas				
9.	Saya merasa tangan saya dingin dan basah oleh keringat				
10.	Wajah saya terasa panas dan kemerahan				

No	Aspek yang diobservasi	Ya	Tidak
1.	Terjadi peningkatan frekuensi nadi ( $> 100$ x/menit)		
2.	Terjadi peningkatan tekanan darah ( $\geq 140$ x/mmHg)		
3.	Terjadi peningkatan frekuensi nadi ( $> 100$ x/menit)		
4.	Tangan dan kaki gemetaran		
5.	Tangan terasa dingin dan berkeringat		
6.	Wajah tampak kemerahan		

7.	Mata tampak merah		
8.	Menyampaikan kecemasannya		
9.	Wajah tampak gelisah		
10.	Pandangan mata kosong		

Skor B	=
skor C	=
Total Skor	=

Surabaya, 2014  
Kolektor data

(.....)

**Lampiran 10 SAP dan Materi****SATUAN ACARA PEMBELAJARAN(1)**

Pokok Bahasan : Persalinan  
 Sasaran : Ibu hamil beserta suami  
 Tempat : Poli Hamil RS Muhammadiyah Gresik  
 Waktu : 15-30 menit

**1. Tujuan instruksional umum**

Ibu Primigravida trimester III dan suami mempunyai pengetahuan dan memahami tentang persalinan, tanda permulaan persalinan, tanda bayi akan lahir, dan proses persalinan (melahirkan).

**2. Tujuan instruksional khusus**

Setelah mempelajari modul ini ibu diharapkan dapat:

- 1) Memahami tentang pengertian persalinan
- 2) Memahami tentang tanda permulaan persalinan
- 3) Memahami tentang tanda bayi akan lahir
- 4) Memahami tentang proses persalinan (melahirkan)

**3. Materi : Persalinan****4. Metode :**

- 1) Ceramah
- 2) Tanya Jawab

**5. Media : *Booklet*****6. Kegiatan**

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan konseling 2. Menentukan kontrak waktu dengan responden	5 menit	RS Muhamma diyah Gresik	Peneliti
Pelaksanaan	1. Peneliti membuka kegiatan konseling dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan konseling kepada ibu hamil beserta suami 2. Peneliti menggali pengetahuan ibu hamil beserta suami terkait materi yang akan disampaikan :  1) Memahami tentang pengertian persalinan 2) Memahami tentang Permulaan persalinan	20 menit	RS Muhamma diyah Gresik	Peneliti

	<p>3) Memahami tentang tanda bayi akan lahir</p> <p>4) Memahami tentang prose persalinan (melahirkan)</p>			
Penutup	<p>1. Mengevaluasi pengetahuan ibu hamil beserta suami terkait materi yang telah disampaikan</p> <p>2. Peneliti mengakhiri pertemuan</p> <p>3. Kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>4. Peneliti memberikan salam</p>	5 menit	RS Muhammadiyah Gresik	Peneliti

## 7. Evaluasi

### 1) Evaluasi Struktur

- (1) Responden (ibu beserta suami) berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan konseling dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan RS Muhammadiyah atau pihak yang terkait

### 2) Evaluasi Proses

- (1) Ibu beserta suami antusias terhadap materi yang diberikan
- (2) Ibu beserta suami ikut berpartisipasi dalam kegiatan konseling dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Ibu hamil beserta suami mengikuti kegiatan konseling sampai selesai.

### 3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang Kehamilan
- (2) Kegiatan konseling pertemuan ke-1 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

## **Materi Pertemuan ke-1: Persalinan**

### **1. Pengertian Persalinan**

Persalinan (*partus*) adalah pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Sarwono, 2002).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan Kelahiran Normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi ibu maupun janinnya (Syaifudin, 2002).

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Bobak, 2005)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam, dan tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Soepardan&Hadi, 2008).

### **2. Tanda-Tanda Persalinan**

1. Lendir vagina yang keluar semakin banyak akibat besarnya kongesti selaput lendir vagina.
2. Keluar lendir servik berwarna kecoklatan atau berbercak darah (*bloody show*)
3. Serviks menjadi lunak, sebagian menipis dan mulai berdilatasi
4. Kontraksi uterus yang kuat, teratur, dan ritmik. Kontraksi timbul secara teratur dan rasanya kira-kira seperti ada orang yang menarik ikat pinggang kita dengan sangat kencang selama 20 detik. Sepanjang proses kelahiran, mula-mula kontraksi hanya sebentar kemudian akan bertambah lama, kuat dan semakin sakit. Selalu ada jeda di antara setiap kontraksi, bahkan pada yang paling menyakitkan. Kontraksi terjadi simetris di kedua sisi perut mulai dari bagian atas dekat dengan saluran telur sampai ke seluruh rahim, dan nyeri tidak akan hilang atau berkurang hanya dengan istirahat atau elusan.
5. Ketuban pecah dengan spontan (normal air ketuban adalah cairan yang bersih, jernih dan tidak berbau).

(Bobak, 2005; Aienuha, 2009)

### **3. Tahap-Tahap persalinan**

Menurut Bobak (2005) dalam persalinan dibagi menjadi empat tahap yaitu:

1. Tahap pertama, ditetapkan sebagai tahap yang berlangsung sejak terjadi kontraksi uterus yang teratur sampai dilatasi serviks yang lengkap. Tahap pertama biasanya berlangsung lebih lama daripada waktu yang diperlukan untuk tahap kedua. Tahap pertama persalinan dibagi menjadi tiga bagian: fase laten, fase aktif, fase transisi. Selama fase laten *effacement* lebih banyak mengalami kemajuan daripada penurunan janin. Pada fase aktif dan fase transisi, dilatasi serviks dan penurunan bagian presentasi berlangsung lebih cepat.

2. Tahap kedua persalinan berlangsung sejak dilatasi servik lengkap sampai janin lahir.
3. Tahap ketiga persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir. Plasenta harus dilahirkan pada kontraksi uterus yang kuat setelah bayi lahir. Plasenta harus dilahirkan pada kontraksi uterus berikutnya. Namun, kelahiran plasenta setelah 45 sampai 60 menit masih dianggap normal.
4. Tahap keempat persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera setelah homeostasis berlangsung dengan baik. Masa ini merupakan periode yang penting untuk memantau adanya komplikasi, misalnya perdarahan abnormal

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN(2)**

Pokok Bahasan : Masalah Pada Persalinan  
 Sasaran : Ibu hamil beserta suami atau keluarga  
 Tempat : Poli Hamil RS Muhammadiyah Gresik atau sesuai kesepakatan  
 Waktu : 30 menit

**1. Tujuan instruksional umum**

Ibu hamil dan suami atau keluarga mempunyai pengetahuan dan memahami masalah yang terjadi saat menjelang persalinan dan saat persalinan

**2. Tujuan instruksional khusus**

Setelah mempelajari modul ini maka ibu hamil diharapkan dapat:

1. Memahami tentang persiapan persalinan persalinan
2. Memahami tentang masalah persalinan
3. Memahami tentang upaya yang dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan.

**3. Materi : Masalah pada persalinan****4. Metode :**

- 1) Ceramah
- 2) Tanya Jawab

**5. Media : *Booklet*****6. Kegiatan**

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan konseling</li> <li>2. Menentukan kontrak waktu dengan responden</li> </ol>	5 menit	RS Muhamma diyah Gresik	Peneliti
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peneliti membuka kegiatan konseling dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan konseling kepada ibu hamil beserta suami</li> <li>2. Peneliti menggali pengetahuan ibu hamil beserta suami terkait materi yang akan disampaikan :           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memahami tentang persiapan persalinan</li> <li>2) Memahami tentang masalah persalinan</li> <li>3) Memahami tentang upaya yang dilakukan untuk mengurangi nyeri persalinan</li> </ol> </li> </ol>	20 menit	RS Muhamma diyah Gresik	Peneliti
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi pengetahuan ibu hamil beserta suami terkait materi yang telah disampaikan</li> </ol>	5 menit	RS Muhamma	Peneliti

	2. Peneliti mengakhiri pertemuan		diyah	
	3. Kontrak pertemuan selanjutnya		Gresik	
	4. Peneliti memberikan salam			

## 7. Evaluasi

### 1) Evaluasi Struktur

- (1) Responden (ibu beserta suami) berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan konseling dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan RS Muhammadiyah atau pihak yang terkait

### 2) Evaluasi Proses

- (1) Ibu beserta suami antusias terhadap materi yang diberikan
- (2) Ibu beserta suami ikut berpartisipasi dalam kegiatan konseling dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Ibu hamil beserta suami mengikuti kegiatan konseling sampai selesai.

### 3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang perawatan bayi baru lahir
- (2) Kegiatan konseling pertemuan ke-1 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

## **Materi Pertemuan ke-2: Persiapan dan Masalah Persalinan**

### **1. Persiapan Menjelang Persalinan**

Menjelang persalinan ada beberapa hal yang perlu dipersiapkan yaitu:

1. Latihan jasmani.
  - 1) Kegiatan sehari-hari yang biasanya dikerjakan sebelum hamil, seperti berjalan-jalan.
  - 2) Olahraga yang agak berat yang tidak membahayakan kandungannya, misalnya berenang.
  - 3) Mengepel lantai dengan tangan dan merangkak.  
Tujuan : melemaskan dan melonggarkan sendi-sendi tulang belakang dan panggul serta memperkuat otot-otot dinding perut yang diinginkan pada kehamilan maupun dalam persalinan.
  - 4) Senam hamil  
Senam hamil adalah senam yang dilakukan oleh ibu hamil dan dimulai pada usia kehamilan 22 minggu yang ditujukan pada ibu hamil dengan kondisi kehamilan normal sampai saat melahirkan (Patriani, 2009). Adapun tujuannya menurut Patriani (2009) adalah:
    - 1) Mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, Memperkuat ligamen-ligamen, otot-otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan.
    - 2) Membentuk sikap tubuh.
      - a. Memperoleh relaksasi tubuh yang sempurna dengan memberikan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.
      - b. Menguasai teknik-teknik pernapasan yang mempunyai peranan penting dalam persalinan.
2. Menentukan tempat di mana persalinan akan berlangsung.  
Memilih tempat bersalin menurut Patriani (2009) dengan mempertimbangkan:
  - 1) Jarak tempat bersalin dengan rumah
  - 2) Sulit atau mudahnya lokasi tersebut dapat ditempuh
  - 3) Kualitas pelayanannya
  - 4) Ketersediaan tenaga penolong.
  - 5) Fasilitas yang dimiliki.
  - 6) Kemampuan pembiayaan.
3. Nutrisi.  
Makanan yang cukup mengandung zat gizi selama hamil penting artinya. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa apabila jumlah makanannya dikurangi maka berat bayi yang akan dilahirkan menjadi lebih kecil. Gizi yang adekuat selama hamil akan mengurangi resiko dan komplikasi pada ibu, menjamin pertumbuhan jaringan sehingga bayi baru lahir memiliki berat badan optimal (Erfandi, 2008).
4. Persiapan biaya.

Besar atau kecil, persalinan tentu memerlukan biaya. Oleh karena itu sebaiknya sudah menganggarkan biaya untuk persalinan. Biaya yang di anggarkan disesuaikan dengan tarif persalinan di tempat di mana anda merencanakan persalinan. Selain itu juga disesuaikan dengan perkiraan jenis persalinan. Jika kehamilannya tanpa komplikasi dan persalinan diperkirakan berlangsung secara normal, maka biaya persalinan dianggarkan untuk persalinan normal. Akan tetapi apabila dokter memperkirakan persalinan harus berlangsung dengan cara bedah *caesar* misalnya, berarti anggarkan biaya untuk cara persalinan tersebut (Persiapan Menghadapi Persalinan, 2009).

5. Kontrol kehamilan secara teratur.

Kontrol secara teratur penting agar kehamilan dapat termonitor dengan baik, sehingga apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dapat segera diambil tindakan (Persiapan dan Proses Persalinan, 2009). Ibu harus mengontrolkan kehamilannya ke tempat pelayanan kesehatan (puskesmas, bidan, dokter) minimal 4 kali selama kehamilan. Dengan waktu sebagai berikut: kehamilan trimester I (<14 minggu) satu kali kunjungan, kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester III (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan. Walaupun demikian, disarankan kepada ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya dengan jadwal sebagai berikut: sampai dengan kehamilan 28 minggu periksa 4 minggu sekali, 28-36 minggu periksa 2 minggu sekali, 36-40 minggu periksa 1 minggu sekali.

Bila ada masalah atau gangguan kehamilannya, ibu segera menemui petugas kesehatan profesional (bidan atau dokter) untuk penanganan lebih lanjut (Salmah, 2006).

6. Mengetahui tanda-tanda persalinan.

Dengan mengetahui tanda-tanda persalinan, diharapkan :

- 1) Ibu siap dalam persalinan
  - 2) Ibu dan keluarga dapat lebih cepat pergi ke penolong (Puskesmas, klinik bersalin, Rumah Sakit)
  - 3) Memperkecil kematian ibu dan bayi
- (Salmah, 2006)

7. Mempersiapkan perlengkapan yang akan dibawa saat bersalin.

Persiapan ibu:

- 1) Baju atasan dengan kancing depan dan menyerap keringat supaya ibu merasa nyaman dan mempermudah ibu menyusui bayi
- 2) Sarung atau kain panjang
- 3) Pembalut
- 4) Gurita ibu

Persiapan bayi:

- 1) Baju bayi
- 2) Popok
- 3) Gurita
- 4) Selimut
- 5) Sarung tangan dan kaki

- 6) Bedak
- 7) Minyak telon
- 8. Tindakan yang bisa dilakukan keluarga saat tanda-tanda persalinan sudah terasa.

Jika tanda-tanda persalinan telah dirasakan oleh ibu maka yang bisa dilakukan oleh keluarga adalah:

- 1) Memberi dukungan moral dan spiritual pada ibu dengan selalu mendampingi ibu
- 2) Memberi kompres hangat pada daerah punggung
- 3) Menggunakan teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri

a. Tanda Bahaya Pada Persalinan

Proses persalinan diduga mengalami gangguan jika didapatkan hal-hal sebagai berikut, diantaranya: 1) Perdarahan dari jalan lahir; 2) Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir; 3) Ibu tidak kuat mengejan; 4) Mengalami kejang; 5) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat; 6) Air ketuban keruh dan berbau (Depkes RI, 2009).

b. Manajemen Nyeri Nonfarmakologi Selama Melahirkan

Tehnik-tehnik yang dapat digunakan untuk tindakan kenyamanan dalam mengurangi nyeri selama melahirkan, diantaranya:

- 1) Memijat punggung bagian bawah dan bokong  
Dengan menggunakan minyak atau lotion untuk membantu mengurangi gesekan pada kulit ibu, lakukan gerak mengusap yang tegas tapi lembut atau gerak memijat. Ibu dapat memberitahu pasangan bagaimana gerakan yang diinginkan.
- 2) *Counterpressure*  
Dengan memegang bagian depan panggul ibu menggunakan satu tangan (untuk membantunya mempertahankan keseimbangan), tekan dengan tegas dan mantap satu titik dibagian bawah punggung atau di daerah bokong (dengan kepalan tangan atau telapak tangan). Ibu dapat membantu pasangannya untuk menentukan titik mana yang ingin ditekan. Untuk mendapat hasil terbaik, tekan cukup keras selama setiap kontraksi. Diantara jeda kontraksi, pasangan dapat memijat atau meletakkan kompres dingin atau hangat.
- 3) Pilinan panggul ganda  
Ibu menyandar ke depan dan berlutut atau merangkak. Dari belakang, pasangan dapat menekan kedua sisi bokong dengan telapak tangan. Gunakan tekanan yang mantap ke arah tengah (menekan panggul saling mendekat). Tindakan ini dilakukan selama kontraksi dengan penekanan sebesar yang diinginkan ibu. Tekanan yang mantap sepanjang kontraksi lebih membantu daripada tekanan hilang timbul.
- 4) Menekan lutut  
Ibu duduk tegak di kursi yang tidak mudah bergerak. Pasangan berlutut di lantai di depan ibu dan meletakkan tangan di atas kedua lutut serta menyandar ke arah ibu sehingga pasangan dapat menekan langsung ke arah sendi panggul. Tindakan ini akan melepaskan ketegangan dan ketidaknyamanan pada punggung bagian bawah.
- 5) Kompres dingin atau hangat

Letakkan kompres dingin atau hangat pada bagian bawah punggung ibu. Kompres dingin dapat menggunakan kain dingin, handuk yang basah atau dingin, kantong es. Kompres hangat dapat menggunakan botol berisi air panas, handuk basah dan hangat atau selimut hangat. Kompres dingin lebih efektif karena memberi efek baal (mati rasa). Kompres dingin digunakan antara 20-30 menit atau lebih lama, waktu efektif minimal 5-10 menit (Reeder et al., 2011).

- 6) Mandi siram atau pancuran  
Baik mandi siram maupun pancuran memberi efek merilekskan dan membantu meredakan nyeri pinggang. Mengarahkan air langsung ke bagian bawah punggung ibu akan sangat membantu.
- 7) Tekanan bergulung pada bagian bawah punggung Dengan menggunakan sepotong kayu berlubang yang diisi es atau kaleng minuman dingin yang digerakkan di punggung bagian bawah ibu akan sangat membantu selama dan diantara kontraksi (Simkin et al., 2008).

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN(3)**

Pokok Bahasan : Kecemasan Ibu Hamil dan Dukungan Keluarga  
 Sasaran : Ibu hamil beserta suami atau keluarga  
 Tempat : Poli Hamil RS Muhammadiyah Gresik atau sesuai kesepakatan  
 Waktu : 30 menit

**1. Tujuan instruksional umum**

Ibu hamil dan suami atau keluarga mempunyai pengetahuan dan memahami tentang perawatan bayi baru lahir.

**2. Tujuan instruksional khusus**

Setelah mempelajari modul ini maka ibu hamil diharapkan dapat:

1. Memahami tentang pengertian kecemasan
2. Memahami tentang factor yang mempengaruhi kecemasan
3. Memahami tentang gejala kecemasan
4. Memahami tentang pengertian dukungan keluarga
5. Memahami tentang bentuk dukungan keluarga

**6. Materi : Perawatan Bayi baru Lahir****7. Metode :**

- 3) Ceramah
- 4) Tanya Jawab

**8. Media : Modul dan buku kesehatan Ibu dan Anak****6. Kegiatan**

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan konseling</li> <li>4. Menentukan kontrak waktu dengan responden</li> </ol>	5 menit	RS Muhammadiyah Gresik	Peneliti
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Peneliti membuka kegiatan konseling dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan konseling kepada ibu hamil beserta suami</li> <li>4. Peneliti menggali pengetahuan ibu hamil beserta suami terkait materi yang akan disampaikan :           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memahami tentang pengertian kecemasan</li> <li>2. Memahami tentang faktor yang mempengaruhi kecemasan</li> <li>3. Memahami tentang gejala kecemasan</li> <li>4. Memahami tentang pengertian dukungan keluarga</li> </ol> </li> </ol>	20 menit	RS Muhammadiyah Gresik	Peneliti

	<b>5. Memahami tentang bentuk dukungan keluarga</b>			
<b>Penutup</b>	<b>5. Mengevaluasi pengetahuan ibu hamil beserta suami terkait materi yang telah disampaikan</b> <b>6. Peneliti mengakhiri pertemuan</b> <b>7. Kontrak pertemuan selanjutnya</b> <b>8. Peneliti memberikan salam</b>	<b>5 menit</b>	<b>RS Muhammadiyah Gresik</b>	<b>Peneliti</b>

## 7. Evaluasi

### 1) Evaluasi Struktur

- (4) Responden (ibu beserta suami) berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (5) Penyelenggaraan konseling dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (6) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan RS Muhammadiyah atau pihak yang terkait

### 2) Evaluasi Proses

- (4) Ibu beserta suami antusias terhadap materi yang diberikan
- (5) Ibu beserta suami ikut berpartisipasi dalam kegiatan konseling dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (6) Ibu hamil beserta suami mengikuti kegiatan konseling sampai selesai.

### 3) Evaluasi Hasil

- (3) Peserta memahami tentang perawatan bayi baru lahir
- (4) Kegiatan konseling pertemuan ke-1 sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

## **Materi Pertemuan ke-2: Kecemasan dan Dukungan Keluarga**

### **1. Pengertian Kecemasan**

Kecemasan (*ansietas/anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA* masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Hawari, 2004).

Kecemasan adalah respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar atau konfliktual (Kaplan & Sadock, 2002).

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2007)

### **2. Gejala Klinis Cemas**

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan menurut Hawari (2004) antara lain sebagai berikut:

1. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung
2. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
3. Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang
4. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan
5. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
6. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala

Dalam Teori kecemasan (2009) penderita yang mengalami kecemasan biasanya memiliki gejala-gejala yang khas dan terbagi dalam beberapa fase, yaitu:

#### **1. Fase 1**

Keadan fisik sebagaimana pada fase reaksi peringatan, maka tubuh mempersiapkan diri untuk *fight* (berjuang), atau *flight* (lari secepat-cepatnya). Pada fase ini tubuh merasakan tidak enak sebagai akibat dari peningkatan sekresi hormon adrenalin dan nor adrenalin.

Oleh karena itu, maka gejala adanya kecemasan dapat berupa rasa tegang di otot dan kelelahan, terutama di otot-otot dada, leher dan punggung. Dalam persiapannya untuk berjuang, menyebabkan otot akan menjadi lebih kaku dan akibatnya akan menimbulkan nyeri dan spasme di otot dada, leher dan punggung. Ketegangan dari kelompok agonis dan antagonis akan menimbulkan tremor dan gemetar yang dengan mudah dapat dilihat pada jari-jari tangan. Pada fase ini kecemasan merupakan mekanisme peningkatan dari sistem saraf yang mengingatkan kita bahwa sistem saraf fungsinya mulai gagal mengolah informasi yang ada secara benar.

#### **2. Fase 2**

Disamping gejala klinis seperti pada fase satu, seperti gelisah, ketegangan otot, gangguan tidur dan keluhan perut, penderita juga mulai tidak bisa mengontrol emosinya dan tidak ada motivasi diri. Labilitas emosi dapat bermanifestasi mudah menangis tanpa sebab, yang beberapa saat kemudian menjadi tertawa. Mudah menangis yang berkaitan dengan stres mudah diketahui. Akan tetapi kadang-kadang dari cara tertawa yang agak keras dapat menunjukkan tanda adanya gangguan kecemasan fase dua. Kehilangan motivasi diri bisa terlihat pada keadaan seperti seseorang yang menjatuhkan barang ke tanah, kemudian ia berdiam diri saja beberapa lama dengan hanya melihat barang yang jatuh tanpa berbuat sesuatu.

### 3. Fase 3

Keadaan kecemasan fase satu dan dua yang tidak teratasi sedangkan stresor tetap saja berlanjut, penderita akan jatuh kedalam kecemasan fase tiga. Berbeda dengan gejala-gejala yang terlihat pada fase satu dan dua yang mudah diidentifikasi kaitannya dengan stres, gejala kecemasan pada fase tiga umumnya berupa perubahan dalam tingkah laku dan umumnya tidak mudah terlihat kaitannya dengan stres. Pada fase tiga ini dapat terlihat gejala seperti : intoleransi dengan rangsang sensoris, kehilangan kemampuan toleransi terhadap sesuatu yang sebelumnya telah mampu ia toleransi, gangguan reaksi terhadap sesuatu yang sepiintas terlihat sebagai gangguan kepribadian

### 3.Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor yang menimbulkan kecemasan menurut Hidayat (2006) dapat berasal dari sumber internal dan eksternal.

#### 1. Faktor internal

Faktor internal kecemasan dapat bersumber dari diri sendiri antara lain yaitu: tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, dan penyakit yang dialami.

#### 2. Faktor eksternal

Faktor eksternal kecemasan dapat bersumber dari keluarga (dukungan dari orang tua dan suami), masyarakat (peran tenaga kesehatan), dan lingkungan (lingkungan fisik biologis, dan sosial).

### 4.Pengertian Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan bantuan yang diterima individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupannya dan berada dalam lingkungan sosial tertentu seperti suami, orangtua, mertua, teman atau tetangga yang membuat penerima merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai.

### 5. Bentuk-bentuk Dukungan Sosial

Bentuk dukungan sosial yang dapat diberikan untuk ibu hamil trimester ketiga dalam menghadapi masa persalinan adalah sebagai berikut (House, Watson & Thoits dalam Firman & Khairani,2000).

1. **Bantuan materi**, yaitu dukungan sosial yang diberikan dalam bentuk uang atau barang yang ditujukan untuk membantu ibu hamil dalam menyelesaikan keperluan-keperluannya sebelum kelahiran, pada saat kelahiran maupun setelah kelahiran (bisa dalam bentuk pemberian ataupun pinjaman).

2. **Informasi**, yaitu dukungan sosial yang diberikan dengan memberikan gagasan untuk bertindak dalam mengatasi kesutitan. Contohnya adalah bimbingan, nasihat, pemberian *literature*, info, atau dapat juga berupa komunikasi tentang opini atau kenyataan yang relevan dengan berbagai kesulitan yang dialami ibu hamil dan juga saran
3. **Emotional Support**, yaitu dukungan sosial yang ditujukan untuk memastikan bahwa orang lain memperhatikan individu yang sedang menghadapi kesulitan seperti interaksi intim (dapat dilakukan dengan cara mendengarkan masalah yang sedang diungkapkan ibu hamil), partisipasi sosial (dapat dilakukan dengan cara bergurau untuk menghibur ibu hamil) ataupun memberikan pernyataan yang memperlihatkan cinta, perhatian, penghargaan, simpati untuk memperbaiki perasaan yang dialami ibu hamil yang disebabkan oleh kecemasan, penilaian atas usaha-usaha yang dilakukan, dan peran sosial yang terdiri atas umpan balik (membantu memahami masalah ibu hamil)

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.944	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cemaspsikis1	17.92	24.121	.658	.943
cemaspsikis2	18.04	23.615	.773	.938
cemaspsikis3	18.31	25.198	.574	.946
cemaspsikis4	18.21	24.551	.764	.939
cemaspsikis5	18.29	23.232	.818	.936
cemaspsikis6	18.31	22.730	.879	.933
cemaspsikis7	18.83	21.844	.841	.935
cemaspsikis8	18.40	24.244	.700	.941
cemaspsikis9	18.44	22.719	.835	.935
cemaspsikis10	18.63	22.069	.857	.934

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cemasfisik1	10.96	7.317	.417	.902
cemasfisik2	11.48	7.744	.550	.890
cemasfisik3	11.46	7.530	.621	.886
cemasfisik4	11.27	6.500	.840	.868
cemasfisik5	11.27	6.712	.737	.876
cemasfisik6	11.31	6.560	.859	.867
cemasfisik7	11.46	7.743	.488	.893
cemasfisik8	11.19	6.709	.682	.881
cemasfisik9	11.21	6.424	.824	.869
cemasfisik10	11.46	7.871	.410	.896

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.766	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_emosi1	15.67	8.738	.637	.699
duk_emosi2	15.94	9.422	.403	.760
duk_emosi3	15.46	8.764	.667	.694
duk_emosi4	15.50	9.021	.628	.705
duk_emosi5	15.15	9.404	.382	.767
duk_emosi6	15.21	9.190	.412	.760

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.851	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_informasi1	14.67	9.504	.782	.800
duk_informasi2	14.44	10.039	.700	.816
duk_informasi3	14.52	10.468	.371	.886
duk_informasi4	14.31	9.666	.616	.831
duk_informasi5	14.27	9.266	.796	.796
duk_informasi6	14.15	10.170	.657	.824

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.721	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_instrumen1	9.92	13.227	.497	.678
duk_instrumen2	9.85	12.595	.418	.694
duk_instrumen3	10.27	11.946	.596	.644
duk_instrumen4	10.54	11.530	.652	.627
duk_instrumen5	11.73	11.223	.377	.727
duk_instrumen6	12.17	13.461	.306	.725

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.746	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_penilaian1	10.48	14.170	.305	.750
duk_penilaian2	10.77	13.202	.485	.715
duk_penilaian3	10.73	11.734	.693	.663
duk_penilaian4	10.96	10.764	.544	.693
duk_penilaian5	10.87	11.644	.556	.690
duk_penilaian6	11.92	10.589	.438	.742

## Crosstabs

umuribu \* Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
umuribu	18-25	Count	10	8	18
		% within Kelompok	83.3%	66.7%	75.0%
	26-35	Count	2	4	6
		% within Kelompok	16.7%	33.3%	25.0%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.889 <sup>a</sup>	1	.346		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.222	1	.637		
Likelihood Ratio	.902	1	.342		
Fisher's Exact Test				.640	.320
N of Valid Cases	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

b. Computed only for a 2x2 table

pendidikanibu \* Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
pendidikanibu	D3	Count	2	3	5
		% within Kelompok	16.7%	25.0%	20.8%
	S1	Count	8	5	13
		% within Kelompok	66.7%	41.7%	54.2%
	SMU	Count	2	4	6
		% within Kelompok	16.7%	33.3%	25.0%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.559 <sup>a</sup>	2	.459
Likelihood Ratio	1.580	2	.454
N of Valid Cases	24		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

**pekerjaanibu \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
pekerjaanibu	Bekerja	Count	7	10	17
		% within Kelompok	58.3%	83.3%	70.8%
	Tidak Bekerja	Count	5	2	7
		% within Kelompok	41.7%	16.7%	29.2%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.815 <sup>a</sup>	1	.178		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.807	1	.369		
Likelihood Ratio	1.860	1	.173		
Fisher's Exact Test				.371	.185
N of Valid Cases	24				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**umurkeluarga \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
umurkeluarga	18-25	Count	6	5	11
		% within Kelompok	50.0%	41.7%	45.8%
	26-35	Count	6	7	13
		% within Kelompok	50.0%	58.3%	54.2%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.168 <sup>a</sup>	1	.682		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.168	1	.682		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
N of Valid Cases	24				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**pendidikankeluarga \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
pendidikankeluarga	D3	Count	2	3	5
		% within Kelompok	16.7%	25.0%	20.8%
	S1	Count	8	7	15
		% within Kelompok	66.7%	58.3%	62.5%
	SMU	Count	2	2	4
		% within Kelompok	16.7%	16.7%	16.7%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.267 <sup>a</sup>	2	.875
Likelihood Ratio	.268	2	.875
N of Valid Cases	24		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

**pekerjaankeluarga \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
pekerjaankeluarga	Bekerja	Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**hubungankeluarga \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
hubungankeluarga	Suami	Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

## Crosstabs

**Dukungan pre \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
Dukungan pre	Rendah	Count	7	8	15
		% within Kelompok	58.3%	66.7%	62.5%
	Sedang	Count	5	3	8
		% within Kelompok	41.7%	25.0%	33.3%
	Tinggi	Count	0	1	1
		% within Kelompok	.0%	8.3%	4.2%
Total		Count	12	12	24
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Kecemasan pre \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total	
			Kontrol	Perlakuan		
Kecemasan pre	Tidak cemas	Count	10	9	19	
		% within Kelompok	83.3%	75.0%	79.2%	
	Cemas ringan	Count	2	3	5	
		% within Kelompok	16.7%	25.0%	20.8%	
	Total		Count	12	12	24
			% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Dukungan post \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Perlakuan	
Dukungan post	Rendah	Count	7	2	9
		% within Kelompok	58.3%	16.7%	37.5%
	Sedang	Count	4	9	13
		% within Kelompok	33.3%	75.0%	54.2%
	Tinggi	Count	1	1	2
		% within Kelompok	8.3%	8.3%	8.3%

<b>Total</b>	<b>Count</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
	<b>% within Kelompok</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**Kecemasan post \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Kontrol	Pertakuan	
<b>Kecemasan post</b>	<b>Tidak cemas</b>	<b>Count</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>22</b>
		<b>% within Kelompok</b>	<b>83.3%</b>	<b>100.0%</b>	<b>91.7%</b>
	<b>Cemas ringan</b>	<b>Count</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
		<b>% within Kelompok</b>	<b>16.7%</b>	<b>.0%</b>	<b>8.3%</b>
<b>Total</b>	<b>Count</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	
	<b>% within Kelompok</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.944	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cemaspsikis1	17.92	24.121	.658	.943
cemaspsikis2	18.04	23.615	.773	.938
cemaspsikis3	18.31	25.198	.574	.946
cemaspsikis4	18.21	24.551	.764	.939
cemaspsikis5	18.29	23.232	.818	.936
cemaspsikis6	18.31	22.730	.879	.933
cemaspsikis7	18.83	21.844	.841	.935
cemaspsikis8	18.40	24.244	.700	.941
cemaspsikis9	18.44	22.719	.835	.935

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cemaspsikis1	17.92	24.121	.658	.943
cemaspsikis2	18.04	23.815	.773	.938
cemaspsikis3	18.31	25.198	.574	.946
cemaspsikis4	18.21	24.551	.764	.939
cemaspsikis5	18.29	23.232	.818	.936
cemaspsikis6	18.31	22.730	.879	.933
cemaspsikis7	18.83	21.844	.841	.935
cemaspsikis8	18.40	24.244	.700	.941
cemaspsikis9	18.44	22.719	.835	.935
cemaspsikis10	18.63	22.069	.857	.934

## Reliability

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cemasfisik1	10.96	7.317	.417	.902
cemasfisik2	11.48	7.744	.550	.890
cemasfisik3	11.46	7.530	.621	.886
cemasfisik4	11.27	6.500	.840	.868
cemasfisik5	11.27	6.712	.737	.876
cemasfisik6	11.31	6.560	.859	.867
cemasfisik7	11.46	7.743	.488	.893
cemasfisik8	11.19	6.709	.682	.881
cemasfisik9	11.21	6.424	.824	.869
cemasfisik10	11.46	7.871	.410	.896

## Reliability

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.768	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_emosi1	15.67	8.738	.637	.699
duk_emosi2	15.94	9.422	.403	.760
duk_emosi3	15.46	8.764	.667	.694
duk_emosi4	15.50	9.021	.628	.705
duk_emosi5	15.15	9.404	.382	.767
duk_emosi6	15.21	9.190	.412	.760

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.851	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_informasi1	14.67	9.504	.782	.800
duk_informasi2	14.44	10.039	.700	.816
duk_informasi3	14.52	10.468	.371	.886
duk_informasi4	14.31	9.666	.616	.831
duk_informasi5	14.27	9.266	.796	.796
duk_informasi6	14.15	10.170	.657	.824

**Reliability****Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.721	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_instrumen1	9.92	13.227	.497	.678
duk_instrumen2	9.85	12.595	.418	.694
duk_instrumen3	10.27	11.946	.596	.644
duk_instrumen4	10.54	11.530	.652	.627
duk_instrumen5	11.73	11.223	.377	.727
duk_instrumen6	12.17	13.461	.306	.725

**Reliability****Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	48	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	48	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.746	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
duk_penilaian1	10.48	14.170	.305	.750
duk_penilaian2	10.77	13.202	.485	.715
duk_penilaian3	10.73	11.734	.693	.663
duk_penilaian4	10.96	10.764	.544	.693
duk_penilaian5	10.87	11.644	.556	.690
duk_penilaian6	11.92	10.589	.438	.742

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dukungan post kontrol -	Negative Ranks	6 <sup>a</sup>	6.75	40.50
Dukungan pre kontrol	Positive Ranks	6 <sup>b</sup>	6.25	37.50
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	12		
Dukungan post perlakuan -	Negative Ranks	2 <sup>d</sup>	6.50	13.00
Dukungan pre perlakuan	Positive Ranks	10 <sup>e</sup>	6.50	65.00
	Ties	0 <sup>f</sup>		
	Total	12		

- a. Dukungan post kontrol < Dukungan pre kontrol  
 b. Dukungan post kontrol > Dukungan pre kontrol  
 c. Dukungan post kontrol = Dukungan pre kontrol  
 d. Dukungan post perlakuan < Dukungan pre perlakuan  
 e. Dukungan post perlakuan > Dukungan pre perlakuan  
 f. Dukungan post perlakuan = Dukungan pre perlakuan

Test Statistics <sup>c</sup>		
	Dukungan post kontrol - Dukungan pre kontrol	Dukungan post perlakuan - Dukungan pre perlakuan
Z	-.118 <sup>a</sup>	-2.040 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.906	.041

- a. Based on positive ranks.  
 b. Based on negative ranks.  
 c. Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kecemasan post kontrol - Kecemasan pre kontrol	Negative Ranks	7 <sup>a</sup>	6.07	42.50
	Positive Ranks	4 <sup>b</sup>	5.88	23.50
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	12		
Kecemasan post perlakuan - Kecemasan pre perlakuan	Negative Ranks	10 <sup>d</sup>	6.25	62.50
	Positive Ranks	1 <sup>e</sup>	3.50	3.50
	Ties	1 <sup>f</sup>		
	Total	12		

- a. Kecemasan post kontrol < Kecemasan pre kontrol  
 b. Kecemasan post kontrol > Kecemasan pre kontrol  
 c. Kecemasan post kontrol = Kecemasan pre kontrol  
 d. Kecemasan post perlakuan < Kecemasan pre perlakuan  
 e. Kecemasan post perlakuan > Kecemasan pre perlakuan  
 f. Kecemasan post perlakuan = Kecemasan pre perlakuan

Test Statistics <sup>b</sup>		
	Kecemasan post kontrol - Kecemasan pre kontrol	Kecemasan post perlakuan - Kecemasan pre perlakuan
Z	-.847 <sup>a</sup>	-2.624 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.397	.009

- a. Based on positive ranks.  
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dukungan	Kontrol	12	9.29	111.50
	Perlakuan	12	15.71	188.50
	Total	24		
Kecemasan	Kontrol	12	14.96	179.50
	Perlakuan	12	10.04	120.50
	Total	24		

	Dukungan	Kecemasan
Mann-Whitney U	33.500	42.500
Wilcoxon W	111.500	120.500
Z	-2.224	-1.707
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026	.088
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.024 <sup>a</sup>	.089 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

**Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dukungan emosi	Kontrol	12	10.13	121.50
	Perlakuan	12	14.88	178.50
	Total	24		
Dukungan informasi	Kontrol	12	9.58	115.00
	Perlakuan	12	15.42	185.00
	Total	24		
Dukungan instrumen	Kontrol	12	10.63	127.50
	Perlakuan	12	14.38	172.50
	Total	24		
Dukungan penilaian	Kontrol	12	10.54	126.50
	Perlakuan	12	14.46	173.50
	Total	24		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Dukungan emosi	Dukungan informasi	Dukungan instrumen	Dukungan penilaian
Mann-Whitney U	43.500	37.000	49.500	48.500
Wilcoxon W	121.500	115.000	127.500	126.500
Z	-1.663	-2.028	-1.306	-1.371
Asymp. Sig. (2-tailed)	.096	.043	.192	.170
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.101 <sup>a</sup>	.045 <sup>a</sup>	.198 <sup>a</sup>	.178 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dukungan emosi post perlakuan - Dukungan emosi pre perlakuan	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	8.00	8.00
	Positive Ranks	11 <sup>b</sup>	6.36	70.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	12		
Dukungan informasi post perlakuan - Dukungan informasi pre perlakuan	Negative Ranks	2 <sup>d</sup>	6.00	12.00
	Positive Ranks	9 <sup>e</sup>	6.00	54.00
	Ties	1 <sup>f</sup>		
	Total	12		
Dukungan instrumen post perlakuan - Dukungan instrumen pre perlakuan	Negative Ranks	3 <sup>g</sup>	7.00	21.00
	Positive Ranks	9 <sup>h</sup>	6.33	57.00
	Ties	0 <sup>i</sup>		
	Total	12		
Dukungan penilaian post perlakuan - Dukungan penilaian pre perlakuan	Negative Ranks	2 <sup>j</sup>	5.00	10.00
	Positive Ranks	8 <sup>k</sup>	5.63	45.00
	Ties	2 <sup>l</sup>		
	Total	12		

- a. Dukungan emosi post perlakuan < Dukungan emosi pre perlakuan  
 b. Dukungan emosi post perlakuan > Dukungan emosi pre perlakuan  
 c. Dukungan emosi post perlakuan = Dukungan emosi pre perlakuan  
 d. Dukungan informasi post perlakuan < Dukungan informasi pre perlakuan  
 e. Dukungan informasi post perlakuan > Dukungan informasi pre perlakuan  
 f. Dukungan informasi post perlakuan = Dukungan informasi pre perlakuan  
 g. Dukungan instrumen post perlakuan < Dukungan instrumen pre perlakuan  
 h. Dukungan instrumen post perlakuan > Dukungan instrumen pre perlakuan  
 i. Dukungan instrumen post perlakuan = Dukungan instrumen pre perlakuan  
 j. Dukungan penilaian post perlakuan < Dukungan penilaian pre perlakuan  
 k. Dukungan penilaian post perlakuan > Dukungan penilaian pre perlakuan  
 l. Dukungan penilaian post perlakuan = Dukungan penilaian pre perlakuan

Test Statistics<sup>b</sup>

	Dukungan emosi post perlakuan - Dukungan emosi pre perlakuan	Dukungan informasi post perlakuan - Dukungan informasi pre perlakuan	Dukungan instrumen post perlakuan - Dukungan instrumen pre perlakuan	Dukungan penilaian post perlakuan - Dukungan penilaian pre perlakuan
Z	-2.441 <sup>a</sup>	-1.873 <sup>a</sup>	-1.415 <sup>a</sup>	-1.785 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.015	.061	.157	.074

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kecemasan psikis post perlakuan - Kecemasan psikis pre perlakuan	Negative Ranks	10 <sup>a</sup>	6.25	62.50
	Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	3.50	3.50
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	12		
Kecemasan fisik post perlakuan - Kecemasan fisik pre perlakuan	Negative Ranks	9 <sup>d</sup>	6.67	60.00
	Positive Ranks	2 <sup>e</sup>	3.00	6.00
	Ties	1 <sup>f</sup>		
	Total	12		

a. Kecemasan psikis post perlakuan < Kecemasan psikis pre perlakuan

b. Kecemasan psikis post perlakuan > Kecemasan psikis pre perlakuan

c. Kecemasan psikis post perlakuan = Kecemasan psikis pre perlakuan

d. Kecemasan fisik post perlakuan < Kecemasan fisik pre perlakuan

e. Kecemasan fisik post perlakuan > Kecemasan fisik pre perlakuan

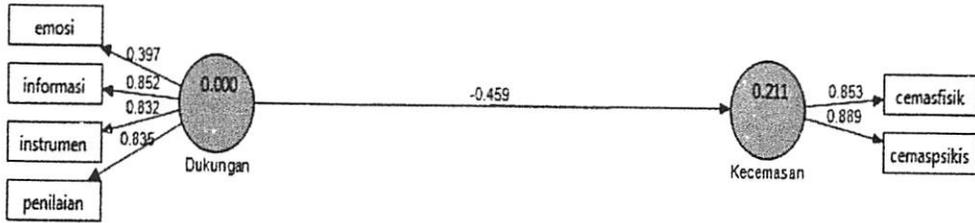
f. Kecemasan fisik post perlakuan = Kecemasan fisik pre perlakuan

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Kecemasan psikis post perlakuan - Kecemasan psikis pre perlakuan	Kecemasan fisik post perlakuan - Kecemasan fisik pre perlakuan
Z	-2.627 <sup>a</sup>	-2.426 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.009	.015

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



**R Square**

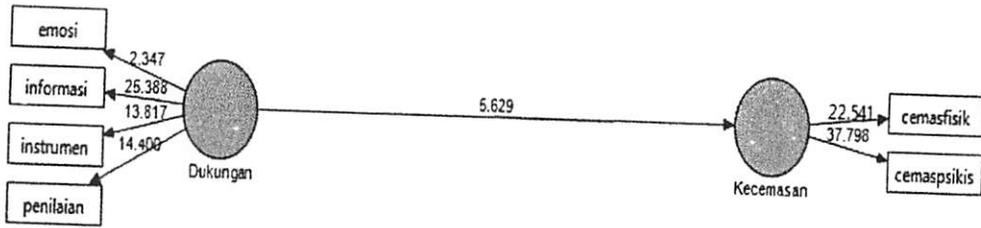
R Square  
 Dukungan  
 Kecemasan 0.210657

**AVE**

AVE  
 Dukungan 0.568313  
 Kecemasan 0.759533

**Composite Reliability**

Composite Reliability  
 Dukungan 0.831229  
 Kecemasan 0.863285



**Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values)**

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)
Dukungan -> Kecemasan	-0.458974	-0.491572	0.081536	0.081536

T Statistics (|O/STERR)

Dukungan -> Kecemasan 5.629090

**Outer Loadings (Mean, STDEV, T-Values)**

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)
cemasfisik <- Kecemasan	0.853433	0.859333	0.037862	0.037862
cemaspsikis <- Kecemasan	0.889224	0.893049	0.023525	0.023525
emosi <- Dukungan	0.397142	0.362109	0.169211	0.169211
informasi <- Dukungan	0.851841	0.847863	0.033553	0.033553
instrumen <- Dukungan	0.832284	0.830167	0.060236	0.060236
penilaian <- Dukungan	0.834987	0.819454	0.057985	0.057985

	T Statistics ( O/STERR )
cemasfisik <- Kecemasan	22.540781
cemaspsikis <- Kecemasan	37.798476
emosi <- Dukungan	2.347022
informasi <- Dukungan	25.387818
instrumen <- Dukungan	13.817048
penilaian <- Dukungan	14.400170