

TESIS

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* TERHADAP
PENURUNAN KECEMASAN DAN PENINGKATAN
SELF-EFFICACY PRIMIGRAVIDA
TRIMESTER TIGA**



Nama : Linda Juwita
NIM. 131314153035

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

2022

PERKULIAHAN (180) YANG BERKAITAN DENGAN KEMAHIRAN
MATAKULIAH DAN KEMAHIRAN
KEMAHIRAN KEMAHIRAN
KEMAHIRAN KEMAHIRAN
KEMAHIRAN KEMAHIRAN



Widyadarmas
Widyadarmas

PROGRAM STUDI MAGISTER KEMAHIRAN
MATAKULIAH KEMAHIRAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
AYAHANUS
2022

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* TERHADAP
PENURUNAN KECEMASAN DAN PENINGKATAN *SELF-
EFFICACY* PRIMIGRAVIDA TRIMESTER TIGA**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

Nama : Linda Juwita
NIM : 131314153035

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

STATEMENT OF WORK (SOW) FOR THE DEVELOPMENT OF A
NEW PLATFORM FOR THE UNIVERSITY OF AIRLANGGA
AND ITS AFFILIATED INSTITUTIONS

STATEMENT

The purpose of this document is to define the scope, objectives, and deliverables of the project. It serves as a reference for all parties involved in the project and is intended to ensure that all parties have a clear understanding of the project's goals and expectations.

SCOPE

The project will focus on the development of a new platform for the University of Airlangga and its affiliated institutions. The platform will be designed to provide a centralized location for all university-related information and services.

STATEMENT OF WORK (SOW) FOR THE DEVELOPMENT OF A
NEW PLATFORM FOR THE UNIVERSITY OF AIRLANGGA
AND ITS AFFILIATED INSTITUTIONS
A T A L A S
S I M P L E

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Linda Juwita
NIM : 131314153035
Tanda Tangan : 
Tanggal : 13 Mei 2015

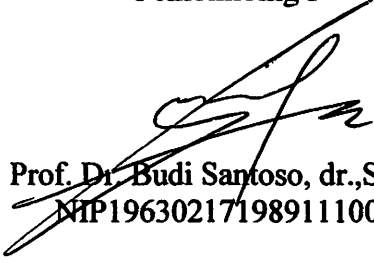
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS
PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* TERHADAP
PENURUNAN KECEMASAN DAN PENINGKATAN *SELF-*
***EFFICACY* PRIMIGRAVIDA TRIMESTER TIGA**

Linda Juwita
NIM. 131314153035

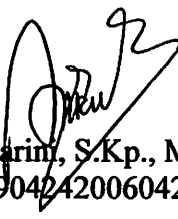
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 13 Mei 2015.....

Oleh:

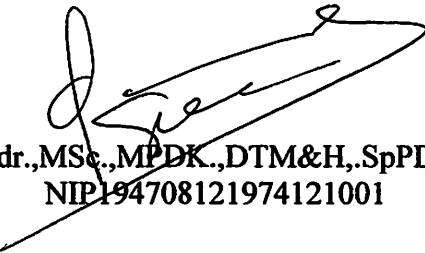
Pembimbing I


Prof. Dr. Budi Santoso, dr., SpOG
NIP196302171989111001

Pembimbing II


Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP197904242006042002

Mengetahui,
Ketua Program Studi


Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP194708121974121001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Linda Juwita

NIM : 131314153035

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (Cbt)* Terhadap
Penurunan Kecemasan Dan Peningkatan *Self-Efficacy*
Primigravida Trimester Tiga

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal....27 Mei 2015

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Hermanto TJ, dr.SpOG (K)

2. Penguji I : Prof. Dr. H. Budi Santoso, dr.,SpOG (K)

3. Penguji II : Mira Triharini, S.Kp., M.Kep

4. Penguji III: Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes

5. Penguji IV: Dr. Pudji Lestari, dr., M.Kes

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Prof. Dr. Suharto, dr.,MSc.,MPDK.,DTM&H.,SpPD.,KPTL.,FINASIM
NIP194708121974121001

KATA PENGANTAR

Puji syukur dan terima kasih penulis panjatkan ke hadirat Allah Bapa Yang Maha Pengasih atas berkat dan rahmat yang telah dikaruniakan, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan di Program Magister Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, dengan judul “Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Peningkatan *Self-Efficacy* Primigravida Trimester Tiga”.

Dalam penulisan tesis ini penulis menyadari telah banyak mendapat bantuan dan motivasi dari pembimbing Prof. Dr. H. Budi Santoso, dr.,SpOG (K) selaku pembimbing pertama dan Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu memberi bimbingan, saran, motivasi, dan dukungan ilmu dalam penyusunan tesis ini. Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas bantuan dan motivasi dalam menyusun tesis ini yang sebesar-besarnya kepada:

1. Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya, beserta staf yang memberi kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
2. Seluruh subyek penelitian pada penelitian ini, yang bersedia berpartisipasi dalam proses pelaksanaan penelitian ini.
3. Prof. Dr. Fasich, Apt., Selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis menyelesaikan tesis ini.

4. Ibu Maria Agnes Roosmin Pratiwi, S.Psi, Psi yang telah membantu proses pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*.
5. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis menyelesaikan tesis ini.
6. Penguji proposal tesis Dr. HermantoTJ, dr.SpOG (K), Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes, Atika, S.Si., M.Kes yang telah menyediakan waktu sebagai penguji dan membimbing dalam perbaikan proposal tesis.
7. Penguji tesis Dr. HermantoTJ, dr.SpOG (K), Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes, Dr. Pudji Lestari., M.Kes yang telah menyediakan waktu sebagai penguji tesis dan membimbing dalam perbaikan tesis.
8. Petugas perpustakaan yang telah membantu penulis dalam mencari sumber yang dibutuhkan selama penyusunan tesis ini.
9. Seluruh staf dosen yang telah banyak memberikan bantuan dan motivasi selama proses penyusunan tesis.
10. Kedua Orang tua dan adik-adik saya, Devita, Ingrid, yang telah memberikan doa dan bantuan dalam penyusunan tesis ini.
11. Sahabat-sahabat mbak Ira, Ayu, Ninda yang memberikan doa dan bantuan dalam penyusunan tesis ini.
12. Teman-teman seperjuangan Program Study Magister Angkatan 6 atas kerja sama dan kebersamaannya yang senantiasa menumbuhkan semangat dalam studi. dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan, dukungan dan

motivasi baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga Tuhan membalas budi semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari, dalam penulisan tesis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan, untuk itu penulis berterima kasih bila ada saran ataupun kritik yang bersifat membangun bagi penulis demi kesempurnaan tesis ini.

Surabaya, Mei 2015

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Linda Juwita
NIM : 131314153035
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen :
Fakultas : Keperawatan
Jenis : 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:

“Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Peningkatan *Self-Efficacy* Primigravida Trimester Tiga”.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/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 : Mei 2015
Yang Menyatakan

(Linda Juwita)

EXECUTIVE SUMMARY

THE EFFICACY OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) FOR REDUCING ANXIETY AND INCREASING SELF-EFFICACY IN THIRD TRIMESTER PRIMIGRAVIDAE

By: Linda Juwita

When pregnancy occurs, many physical and psychological changes exist due to hormonal influences on the body (Stolte, 2003). Psychological changes and adaptation during pregnancy is divided by trimester of pregnancy (Pantikawati & Saryono, 2010). Psychological problems commonly experienced by pregnant women especially primigravidae are anxiety and fear. Kendangsari Mother and Child Hospital, Surabaya, deals with the management of anxiety and low self-efficacy by conducting prenatal classes, but anxiety can still occur in pregnant women even with prenatal classes. This is possibly caused by pregnant women still tend to have their own interpretation (self-interpretation) that is sometimes exaggerated. This will be resulted in negative mindset in pregnant women. Therefore, CBT is an intervention that can be applied to solve this problem.

This is a pre-experimental study with the one group pretest posttest design approach, by implementing CBT as research intervention. The research question is how the effect of CBT toward anxiety and self-efficacy in third trimester primigravidae. The population was all third trimester pregnant women (primigravidae) at Kendangsari Mother and Child Hospital, Surabaya. The sampling technique was purposive. Subjects in this study was third trimester primigravidae who experience anxiety (identified through screening), answer self-efficacy questionnaire, met the inclusion criteria and willing to be a research subject. In this study, the inclusion criteria were third trimester primigravidae who experience mild, moderate or severe anxiety, age between 20-35 years old, at least junior high school graduates, willing to participate in the research until all CBT sessions completed, married, the spouse was alive, marriage age was less than two years old, height was more than 145 cm, never experienced abortion, normal delivery planning, and attending pregnancy classes at least twice. The exclusion criteria were anxiety value within normal limit based on screening. Sample size was 10. The independent variable was CBT in groups, while dependent variables were anxiety and self-efficacy. In this study, statistical test used to determine the influence of independent variable toward dependent variables was Wilcoxon Signed Rank test.

Results showed that CBT could lower the anxiety level, CBT could improve self-efficacy in third trimester primigravidae. The conclusion of this study were 1) six sessions CBT have been able to reduce anxiety, but in the process will be carried out CBT techniques to encourage clients against their negative thoughts and figure out more positive thoughts, so that the

anxiety becomes less in third trimester primigravidae; 2) CBT in the process of turning client's mind into more positive thinking will be resulted in changing feelings (affection) so that positive behaviors implemented could reduce anxiety. With low anxiety, individual could control the situation, produce positive things, and increase self-efficacy.

Advice for health care: 1) CBT is a standalone intervention that can be provided by nurses for lowering anxiety level and increasing self-efficacy in third trimester primigravidae, 2) for further research, CBT intervention should be given more than six sessions and longer in duration for each sessions, using a larger sample size, using control group/intervention so that the intervention group would show better result compared to control., 3) in the following research, the items of General Perceived Self-Efficacy questionnaire should be modified and the researcher should conduct another validity test; and for making sure the anxiety level, laboratory testing should be done e.g. β Endorphin test, in order to find more accurate measurement results.

Abstract

THE EFFICACY OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT) FOR REDUCING ANXIETY AND INCREASING SELF-EFFICACY IN THIRD TRIMESTER PRIMIGRAVIDAE

By : Linda Juwita

Introduction: Psychological problems commonly experienced by pregnant women especially primigravidae are anxiety and fear. Management of anxiety and low self-efficacy in pregnant women is by conducting prenatal classes, but this is still not enough. This study aimed to prove the efficacy of CBT for reducing anxiety and increasing self-efficacy in third trimester primigravidae.

Methods: This is a pre-experimental study with the one group pretest posttest design approach. The population was all third trimester primigravidae at Kendangsari Mother and Child Hospital, Surabaya. Samples were third trimester primigravidae who experienced anxiety, answered self-efficacy questionnaire, met the inclusion criteria and willing to be a research subject. Sample size was 10. The statistical test used to determine the influence of independent variable toward dependent variables was Wilcoxon Signed Rank test.

Result and Analysis: CBT could lower the anxiety level, CBT could improve self-efficacy in third trimester primigravidae.

Discussion and conclusion: CBT has been able to reduce anxiety. In the process, CBT encourages clients against their negative thoughts and figure out how more positive thoughts could change the level of anxiety becoming lower. CBT in the process turns client's mind into more positive thought that will be resulted in changing feelings (affection), so that positive behaviors implemented could reduce anxiety level. With the decline in anxiety level, individual could control the situation, produce positive things and increase self-efficacy.

Keywords: *Cognitive Behavior Therapy, Cemas, Self-efficacy.*

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Pernyataan Orisinalitas	iv
Persetujuan.....	v
Penetapan Panitia Penguji.....	vi
Kata Pengantar	vii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah	x
<i>Executive Summary</i>	xi
Abstrak.....	xiii
Daftar Isi	xiv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran	xix
Daftar Singkatan	xxi
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis	6
1.5 Keaslian Penulis.....	7
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	 11
2.1 Konsep Teori Kehamilan	11
2.1.1 Definisi	11
2.1.2 Perubahan-Perubahan Fisik dan Psikologis Selama Kehamilan	11
2.1.3 Adaptasi Psikologi Kehamilan.....	20
2.2 Konsep Teori Kecemasan	23
2.2.1 Definisi.....	23
2.2.2 Etiologi Cemas.....	24
2.2.3 Faktor Predisposisi.....	24
2.2.4 Bentuk Cemas	25
2.2.5 Tingkat Kecemasan.....	26
2.2.6 Alat Ukur Kecemasan	27
2.2.7 Kecemasan Selama Kehamilan.....	30
2.3 Konsep Teori <i>Self-Efficacy</i>	32
2.3.1 Definisi <i>Self-Efficacy</i>	32
2.3.2 Dimensi <i>Self-Efficacy</i>	33

2.3.3	Sumber-Sumber Informasi <i>Self-Efficacy</i>	34
2.3.4	Proses-Proses <i>Self-Efficacy</i>	35
2.3.5	Pengukuran <i>Self-Efficacy</i>	38
2.4	Konsep Teori <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i>	39
2.4.1	Definisi dan Konsep Dasar <i>Cognitive Behavior Therapy</i> ..	39
2.4.2	Tujuan <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i>	40
2.4.3	Indikasi <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i>	41
2.4.4	Proses Kognisi dan Kesalahan yang Umum dalam <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	42
2.4.5	Teknik-Teknik Dalam <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	43
2.4.6	Penerapan <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	44
2.5	Konsep Teori Model Perubahan Perilaku Dari Green	47
2.5.1	Definisi Model Perubahan Perilaku	48
2.5.2	Pembentuk Perilaku	50
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	52
3.1	Kerangka Konseptual	52
3.2	Hipotesis Penelitian	54
BAB 4	METODE PENELITIAN	55
4.1	Desain Penelitian	55
4.2	Populasi, Sampel, dan <i>Sampling</i>	55
4.2.1	Populasi	55
4.2.2	Sampel	56
4.2.3	<i>Sampling</i>	56
4.2.4	Besar Sampel	57
4.3	Variabel Penelitian	57
4.3.1	Variabel Independen	57
4.3.2	Variabel Dependen	57
4.4	Definisi Operasional	58
4.5	Instrumen Penelitian	59
4.5.1	Instrumen penelitian	59
4.5.2	Tahap Uji Validitas dan Realibilitas	60
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	62
4.6.1	Lokasi Penelitian	62
4.6.2	Waktu Penelitian	62
4.7	Prosedur Pengambilan Data	62
4.8	Kerangka Operasional	64
4.9	Analisa Data	64
4.9.1	Analisis Univariat	64
4.9.2	Analisis Bivariat	65
4.10	Etika Penelitian	65
4.7.1	<i>Informed Consent</i>	65
4.7.2	<i>Anonymity</i> (Tanpa Nama)	65
4.7.3	<i>Confidentiality</i> Kerahasiaan	65
BAB 5	ANALISIS HASIL PENELITIAN	66
5.1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	66

5.2. Karakteristik Subyek Penelitian.....	67
5.3. Identifikasi Tingkat Kecemasan dan <i>Self-efficacy</i> Primigravida Trimester Tiga Sebelum dan Setelah Pemberian CBT	69
BAB 6 PEMBAHASAN.....	73
6.1. Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap Kecemasan Pada Primigravida Trimester Tiga Penelitian	73
6.2. Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap <i>Self-efficacy</i> Pada Primigravida Trimester Tiga Penelitian.....	81
6.3. Keterbatasan Peneliti.....	87
BAB 7 PENUTUP	88
7.1. Kesimpulan.....	88
7.2. Saran.....	88
Daftar Pustaka	89
Lampiran	94

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Keaslian Penulis	7
Tabel 2.1	Kuesioner <i>General Perceived Self-Efficacy</i>	38
Tabel 2.3	Proses Konseling <i>Cognitive Behavior Therapy</i> Yang Telah Disesuaikan Dengan Kultur Indonesia	47
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	58
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Subyek Penelitian	68
Tabel 5.2	Kategori Kecemasan <i>Pre Test</i> Dan <i>Post Test</i> Pada Primigravida Trimester Tiga, Maret 2015.....	69
Tabel 5.3	Tabulasi Silang <i>Pre Test</i> Dan <i>Post Tes</i> Tingkat Kecemasan Primigravida Trimestertiga, April 2015	70
Tabel 5.4	Kategori <i>Self-Efficacy Pre Test</i> Dan <i>Post Test</i> Pada Primigravida Trimester Tiga, Maret 2015.....	70
Tabel 5.5	Tabulasi Silang <i>Pre Test</i> Dan <i>Post Test</i> Tingkat <i>Self-Efficacy</i> Primigravida Trimester Tiga, April 2015	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Precede Proceed Model</i>	49
Gambar 2.2.Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan	50
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	52
Gambar 4.1 Desain Penelitian.....	55
Gambar 4. 2 Kerangka Operasional.....	64
Gambar 5.1Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap Tingkat Kecemasan.....	69
Gambar 5.2Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap Tingkat <i>Self-Efficacy</i>	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Lembar Penjelasan	94
Lampiran 2.	Lembar Persetujuan	96
Lampiran 3.	Instrumen A Kuesioner data demografi dan data khusus.....	97
Lampiran 4.	Instrumen B PASS	98
Lampiran 5.	Instrumen C <i>General Perceived Self-Efficacy</i>	100
Lampiran 6.	Standar Operasional Prosedur (SOP).....	101
Lampiran 7.	Lembar Kehadiran`	115
Lampiran 8.	Lembar Evaluasi	118
Lampiran 9.	Statistik Uji Validitas Dan Realibilitas Kuesioner <i>Self-Efficacy</i>	126
Lampiran 10.	Surat Permohonan Bantuan Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Fakultas Keperawatan.....	128
Lampiran 11.	Surat Jawaban Permohonan Pengambilan Data Kegiatan	129
Lampiran 12.	Surat Keterangan Lulus Kaji Etik	130
Lampiran 13.	Surat Permohonan Bantuan Fakultas Untuk Pelaksanaan Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Fakultas Keperawatan.....	131
Lampiran 14.	Tabulasi Data Responden.....	132
Lampiran 15.	Skor Kecemasan <i>Pre Test</i> dan <i>Post Test</i> Pada Primigravida Trimester Tiga `	133
Lampiran 16.	Skor <i>Self-Efficacy Pre Test</i> dan <i>Post Test</i> Pada Primigravida	134
Lampiran 17.	Hasil Uji Wilcoxon Kecemasan Terhadap <i>Cognitive Behavior therapy (CBT)</i>	135
Lampiran 18.	Hasil Uji Wilcoxon <i>Self-Efficacy</i> Terhadap <i>Cognitive Behavior(CBT)</i>	136

Lampiran 19. Surat Balasan Pelaksanaan Penelitian	137
Lampiran 20. Lembar Konsul Revisi Tesis	138

DAFTAR SINGKATAN

CBT	: <i>Cognitive Behavior Therapy</i>
HARS	: <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
PASS	: <i>Perinatal Anxiety Screening Scale</i>
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SKR	: Stimulus-Kognisi-Respon
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SOP	: Standar Operasional Prosedur
STAI Form Z-I	: <i>Trait Anxiety Inventory Form Z-I</i>
TMAS	: <i>The Tyaylor Manifest Anxiety</i>
ZSAS	: <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i>



BAB 1

PENDAHULUAN

BAB1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan adalah mengandung anak (yaitu *gestasi* dari periode menstruasi sebelumnya sampai persalinan, yang normalnya adalah 40 minggu atau 280 hari), dan dibagi menjadi tiga periode atau trimester, masing-masing berlangsung 3 bulan (Brooker, 2008). Ketika kehamilan berlanjut, banyak perubahan fisik dan psikologis terjadi karena pengaruh hormonal pada tubuhnya (Stolte, 2003). Perubahan dan adaptasi psikologis dalam masa kehamilan dibagi berdasarkan trimester kehamilan (Pantikawati & Saryono, 2010). Menurut Kurnia (2009) perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil trimester tiga antara lain sakit bagian tubuh belakang, keluarnya colostrum dari payudara, konstipasi, merasa sulit bernafas, sering buang air kecil, kesulitan untuk tidur nyenyak, varises, kontraksi perut, bengkak pada daerah kaki, keram pada kaki, dan keluarnya cairan vagina. Untuk perubahan psikologis pada trimester tiga, ibu hamil akan merasa dirinya jelek, merasa sedih, takut, cemas tentang persalinan, merasa mudah terluka, merasa kehilangan perhatian, serta libido menurun (Sulistyawati, 2009). Perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil dengan adanya janin didalam rahim akan mempengaruhi psikologis ibu hamil yaitu emosi ibu hamil (Triyana, 2013). Trimester ketiga seringkali disebut periode penantian/menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya (Sulistyawati, 2009). Dalam penelitian Harianto (2005) menyebutkan masalah psikologis yang biasa dialami ibu hamil terutama pimgravida adalah kecemasan dan ketakutan. Penelitian yang dilakukan terhadap tingkat kecemasan mendapatkan hasil bahwa tingkat kecemasan pada ibu hamil akan lebih

tinggi dan selanjutnya akan menurun pada ibu pascapartum (Sing & Saxena tahun 1991 dalam Susanti, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Utami dan Lestari (2009) tentang perbedaan tingkat kecemasan primigravida dengan multigravida dalam menghadapi kehamilan, didapatkan hasil bahwa tingkat kecemasan primigravida lebih tinggi dibandingkan tingkat kecemasan multigravida. Harianto (2005) pada penelitiannya menjelaskan kecemasan dan ketakutan ibu hamil terutama primigravida adalah tentang proses persalinan yang akan dihadapi. Pada trimester ketiga kecemasan-kecemasan menghadapi persalinan akan muncul dan dirasakan. Bayangan-bayangan negatif mulai menghantui, misalnya apakah ia bisa melahirkan normal? bagaimana caranya mengejan? Bagaimana jika terjadi sesuatu dengan dirinya pada saat melahirkan? apakah bayinya akan lahir normal? (Stuart, 2007). Dalam hal ini Lowe pada tahun 2000 di dalam penelitiannya menjelaskan wanita hamil yang memiliki ketakutan yang tinggi secara umum memiliki *self-esteem* dan *self efficacy* yang rendah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Utami dan Letari (2009), didapatkan mayoritas primigravida berada pada tingkat kecemasan berat (46,7%), sedangkan mayoritas multigravida berada pada tingkat kecemasan sedang (72,3%). Menurut Umamah (2011) dalam penelitian tentang senam hamil yophytta menurunkan kecemasan menjelang persalinan pada ibu primigravida di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya, didapatkan data yaitu 58,33% memiliki cemas ringan, 25% cemas sedang, 16,67% memiliki cemas berat dan 0% panik. Dari study pendahuluan di bulan Januari 2015 didapatkan 21 primigravida trimester tiga. Sebesar 61.90% memiliki *self-efficacy* dalam batas sedang, ini menunjukkan bahwa

ibu hamil tidak memiliki keyakinan positif yang kuat dalam menghadapi proses kehamilan.

Kecemasan pada ibu hamil kebanyakan terjadi karena kurang mendapatkan informasi atau paparan yang akurat tentang persalinan, khususnya pasien primipara sehingga pasien cenderung membuat interpretasi sendiri (*self interpretation*) yang kadang-kadang berlebihan, seperti persalinan sangat menyakitkan dan mengancam jiwa (Stuart, 2007). Mereka yang sedang menunggu berita yang penting, seperti ibu hamil trimester ketiga atau mereka yang hidup dalam situasi yang sulit untuk diperkirakan, seringkali akan merasakan suatu kecemasan (Wade, 2007). Akibat dari munculnya rasa cemas ini akan terjadi peningkatan sensitivitas (kepekaan) emosi individu dengan manifestasi mudah menangis dan mudah curiga (*negative thinking*) pada orang lain (Stuart, 2006). Kecemasan yang tidak rasional membuat ibu hamil tidak santai dan stress. Stress memicu naiknya tekanan darah ibu hamil yang bisa membahayakan proses kelahiran (Maulana, 2007). Kecemasan kehamilan yang berlanjut menjadi kecemasan dalam proses persalinan, menyebabkan terjadinya depresi postnatal (Brunton, Dryer, Saliba, & Kohlhoff, 2015), lemahnya ikatan (*bonding*) dengan bayi (Bakshi, 2008), serta meningkatkan resiko ketidakseimbangan emosional ibu setelah melahirkan (Maulana, 2007). Menurut Alder, et al (2007) cemas selama kehamilan memiliki dampak yang merugikan untuk janin dan bayi yang lahir. Bakshi (2008) menjelaskan bahwa yang dapat terjadi pada janin dan bayi adalah meningkatnya resiko keterlambatan perkembangan motorik dan mental janin, serta dapat menyebabkan *colic* pada bayi baru lahir.

Menurut Ridgeway & Matthews, 1998; Wallace 1984 dalam Susanti tahun 2008 mengatakan penelitian secara umum memperlihatkan bahwa intervensi pada

kecemasan mempunyai efek yang menguntungkan. Misri dan Kendrick tahun 2007 dalam penelitian Sukandar (2009) menjelaskan pengobatan dengan obat psikofarmaka untuk cemas pada kehamilan dipertimbangkan dengan sangat hati-hati, karena diperkirakan bersifat teratogenik, dimana untuk trimester kedua dan ketiga akan menyebabkan komplikasi persalinan dan efek samping setelah kelahiran. Selama ini dalam penelitian, CBT digunakan dalam terapi mengatasi kecemasan, depresi, meningkatkan *self-efficacy* dan meningkatkan kualitas hidup. Hasil dari penelitian-penelitian tersebut yaitu adanya pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) didalam menjadikan masalah-masalah tersebut kearah lebih baik. Menurut Arch (2014) pemberian *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) lebih baik dibandingkan farmakoterapi. Dalam hasil penelitian Sukandar (2009) tentang keefektifan *cognitive behavior therapy* secara individual untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta menjelaskan CBT secara bermakna menurunkan tingkat kecemasan.

Dirumah Sakit Ibu dan Anak Kedangsari Surabaya, telah memiliki penatalaksanaan untuk menangani kecemasan dan rendahnya *self-efficacy* yaitu dengan diadakanya kelas prenatal. Namun dengan kelas prenatal kecemasan pada ibu hamil masih dapat terjadi, hal ini disebabkan oleh ibu hamil masih cenderung memiliki interpretasi sendiri (*self interpretation*) yang kadang-kadang berlebihan, seperti persalinan sangat menyakitkan dan mengancam jiwa (Stuart, 2007). Hal ini menyebabkan terjadinya pola pikir yang negatif pada ibu hamil. Oleh karena itu CBT merupakan intervensi yang dapat diterapkan dalam mengatasi masalah ini.

CBT membantu individu dalam mengidentifikasi pikiran-pikiran tidak rasional, dan akan dibantu serta dilatih dalam mempertahankan pikiran rasional

tersebut. Dalam proses CBT akan dilakukan teknik untuk mendorong klien menentang pikiran-pikiran ini dan mencari cara pikiran lain yang lebih positif, (King, 2012). Dengan berubahnya pikiran menjadi positif maka terjadi perubahan perasaan (afeksi) dan perilaku positif untuk meningkatkan kesehatan sehingga kecemasan dapat menurun. Dengan menurunnya kecemasan, individu dapat mengendalikan situasi dan menghasilkan hal-hal yang positif dan akan diiringi dengan peningkatan *self-efficacy* (Roberts & Grenne, 2008).

Penelitian yang mengangkat variabel tentang kecemasan pada ibu hamil dan *self-efficacy* pada remaja sudah pernah dilakukan, namun kecemasan dan *self-efficacy* pada ibu hamil belum pernah dilakukan. Dari latar belakang diatas peneliti mencoba menerapkan terapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* untuk menurunkan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga dimana dalam hal ini penting didalam persiapan proses persalinan dan post partum.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* terhadap penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* primigravida trimester tiga?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* primigravida trimester tiga.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kecemasan pada primigravida trimester tiga sebelum dan setelah intervensi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*
2. Mengidentifikasi *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga sebelum dan setelah intervensi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* .
3. Menganalisis kecemasan primigravida trimester tiga sebelum dan setelah intervensi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*
4. Menganalisis *self-efficacy* primigravida trimester tiga sebelum dan setelah intervensi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan pengaruh terapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga. Sehingga penelitian ini dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan maternitas dan keperawatan jiwa yang berhubungan dengan ibu hamil yang mengalami kecemasan dan *self-efficacy* yang rendah.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan terapi non farmakologis untuk penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga.

2) Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi perawat, khususnya perawat maternitas untuk berkolaborasi dengan psikolog atau menerapkan secara independent tentang terapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada kasus kecemasan dan *self-efficacy* yang rendah pada primigravida trimester tiga.

1.5 Keaslian Penulis

Tabel 1.1 *Theoretical mapping/* riset pendukung pengaruh *cognitive behavior therapy (cbt)* terhadap penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* ibu primigravida trimester tiga.

No	Jenis Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1	Dampak intervensi kelompok <i>cognitive behavioral therapy</i> dan kelompok dukungan sosial dan sikap menghargai diri sendiri pada penderita kanker payudara. (Lubis, N. L., Othman, M. H. B.2011)	– Cognitive behavioral therapy – Dukungan sosial – Sikap menghargai diri sendiri	Quasi eksperiment	Pengaplikasian kelompok CBT berdampak lebih baik dibandingkan dengan kelompok dukungan sosial dan kelompok kontrol dalam meningkatkan sikap menghargai diri sendiri dalam kalangan pasien kanker payudara.
2	Effectiveness of hardiness training on anxiety and quality of life of pregnancy women. (Maryam, G. A., Shohre, G. S., Javad Khalatbari, K. 2012)	– The effectiveness of hardiness training – Anxiety – Quality of life of pregnant	Study experimental pretest and post test	Hardiness training had been effective on Anxiety and Quality of life.

No	Jenis Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
3	Keefektifan cognitive behavior therapy (cbt) untuk menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup tahanan/narapidana penyalahguna napza di rumah tahanan kelas I surakarta. (Osman, A.Z., 2008)	– Cognitive behaviorial therapy – Kecemasan – Kualitas hidup	Penelitian eksperimental random control trial	– CBT efektif menurunkan tingkat kecemasan tahanan / narapidana penyalahguna NAPZA – CBT efektif meningkatkan kualitas hidup tahanan / narapidana penyalahguna NAPZA
4	Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap efikasi diri dan depresi pada remaja sekolah menengah pertama di kota bogor. (Florensa, 2013)	– Cognitive behaviorial therapy – Efikasi diri – Depresi	Quasi eksperimen dengan pre-post test with control group	– Peningkatan efikasi diri remaja yang mendapat CBT lebih tinggi secara bermakna dibanding remaja yang tidak mendapat CBT, – Depresi remaja yang mendapat CBT lebih rendah secara bermakna dibandingkan penurunan depresi pada remaja yang tidak mendapat CBT. – Peningkatan efikasi diri mempunyai hubungan yang kuat dalam menurunkan depresi pada remaja dengan arah hubungan negatif
5	Pengobatan perilaku kognitif untuk depresi postpartum. (Girsang Bina Melvia, 2013)	– Pengobatan perilaku kognitif – Depresi post partum	Quasi eksperimen dengan non equivalent control group.	Ada perbedaan depresi postpartum pada ibu yang dilakukan intervensi terapi pengobatan perilaku kognitif dan yang tidak
6	Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. (Couto, E. R., dkk. 2009)	– Quality of life – Depression – Anxiety	An analytical cross-sectional study	Women with histories of recurrent spontaneous abortion, fetal death, preterm birth or early neonatal death seem to have poorer quality of life and more symptoms of anxiety and depression during their subsequent pregnancy, compared with those without such antecedents.

No	Jenis Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
7	Keefektifan cognitive behavior therapy (cbt) untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil di rumah sakit pku muhammadiyah surakarta. (Sukandar Anis, 2009).	– Cognitive behavior therapy (cbt) individual – Tingkat kecemasan	Penggabungan penelitian kualitatif dan Quasi eksperimental dengan rancangan randomized controlled trial group, pre and post test design	CBT secara bermakna menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil.
8	Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women (Arch, 2014)	– Cognitive Behavior Therapy – Pharmacotherapy Anxiety	An analytical cross-sectional study	Non-pregnant and especially pregnant women rated exposure-based CBT for anxiety more favorably than pharmacotherapy
9	Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity (Gallagher, et al., 2013)	– Symtoms Panic Disorder – Cognitive Behavior Therapy (CBT)	Randomized Controlled Trial	Provide strong evidence that changes in self-efficacy and anxiety sensitivity during CBT influence subsequent changes in panic symptoms, and that self-efficacy and anxiety sensitivity may therefore be two distinct mechanisms of change of CBT for PD that have their greatest impact at different stages of treatment
10	Modifying CBT for Perinatal Depression (O'Mahen, H. , et al., 2012)	– Cognitive Behavior Therapy – Perinatal Depression	Qualitative Study	- The results of this study provide support for the use of CBT during the perinatal period and highlight the importance of understanding the unique and specific changes this transition brings for women. Given the evidence of suboptimal outcomes in CBT for perinatal depression - suggest several important modifications, including paying special

No	Jenis Karya Ilmiah dan Penulis	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
				attention to the role of maternal beliefs and the unique environmental constraints surrounding behavioral activation, and incorporating principles and strategies that address ways to improve communication and social support - suggest that an increased focus on interpersonal strategies would help women to seek out normalizing information from other mothers that counters rigid beliefs about motherhood, include strategies that reduce distressing conflict, and help women to communicate and seek out support that will allow them to reprioritize and rebalance domains of behavioral activation.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Kehamilan

2.1.1 Definisi

Kehamilan adalah penyatuan sperma dari laki-laki dan ovum dari perempuan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Adriaansz, Wiknjosastro dan Wasposito, 2007). Kehamilan terbagi dalam 3 trimester masing-masing berlangsung 3 bulan, trimester pertama dari awal kehamilan sampai usia 3 bulan kehamilan, trimester kedua masuk bulan ke empat sampai usia enam bulan kehamilan, dan trimester ketiga masuk usia bulan ke tujuh sampai usia sembilan bulan kehamilan (Brooker, 2008).

Kehamilan didefinisikan sebagai persatuan antara sebuah telur dan sebuah sperma, yang menandai awal suatu peristiwa yang terpisah, tetapi ada suatu rangkaian kejadian yang mengelilinginya. Kejadian-kejadian itu ialah pembentukan gamet (telur dan sperma), ovulasi (pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi embrio di dalam uterus. Hanya jika semua peristiwa ini berlangsung baik, maka proses perkembangan embrio dan janin dapat dimulai (Bobak, 2005).

2.1.2 Perubahan-perubahan Fisik dan Psikologis Selama Kehamilan

2.1.2.1 Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester I

1) Perubahan Fisik pada Trimester I

Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester I adalah :

(1) Pembesaran Payudara

Payudara akan membesar dan mengencang, karena terjadi peningkatan hormon kehamilan yang menimbulkan pelebaran pembuluh darah dan untuk mempersiapkan pemberian nutrisi pada jaringan payudara sebagai persiapan menyusui.

(2) Sering buang air kecil

Keinginan sering buang air kecil pada awal kehamilan ini dikarenakan rahim yang membesar dan menekan kandung kencing. Keadaan ini akan menghilang pada trimester II dan akan muncul kembali pada akhir kehamilan, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

(3) Konstipasi

Keluhan ini juga sering dialami selama awal kehamilan, karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus bekerja kurang efisien. Adapun keuntungan dari keadaan ini adalah memungkinkan penyerapan nutrisi yang lebih baik saat hamil.

(4) *Morning Sickness*, mual dan muntah

Hampir 50% wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual dimulai sejak awal kehamilan. Mual muntah diusia muda disebut *morning sickness* tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat.

(5) Merasa lelah

Hal ini terjadi karena tubuh bekerja secara aktif untuk menyesuaikan secara fisik dan emosional untuk kehamilan. Juga peningkatan hormonal yang dapat mempengaruhi pola tidur.

(6) Sakit Kepala

Sakit kepala yang lebih sering dialami oleh pada ibu hamil pada awal kehamilan karena adanya peningkatan tuntutan darah ke tubuh sehingga ketika akan mengubah posisi dari duduk /tidur ke posisi yang lain (berdiri) tiba-tiba, sistem sirkulasi darah merasa sulit beradaptasi. Sakit kepala / pusing yang lebih sering daripada biasanya dapat disebabkan oleh faktor fisik maupun emosional. Pola makan yang berubah, perasaan tegang dan depresi juga dapat menyebabkan sakit kepala.

(7) Kram Perut

Kram perut saat trimester awal kehamilan seperti kram saat menstruasi di bagian perut bawah atau rasa sakit seperti ditusuk yang timbul hanya beberapa menit dan tidak menetap adalah normal. Hal ini sering terjadi karena adanya perubahan hormonal dan juga karena adanya pertumbuhan dan pembesaran dari rahim dimana otot dan ligamen merenggang untuk menyokong rahim.

(8) Meludah

Keinginan meludah yang terjadi pada ibu hamil yang terus menerus dianggap normal sebab hal ini termasuk gejala *morning sickness*.

(9) Peningkatan Berat Badan

Pada akhir trimester pertama wanita hamil akan merasa kesulitan memasang kancing / rok celana panjangnya, hal ini bukan berarti ada peningkatan berat badan yang banyak tapi karena rahim telah berkembang dan memerlukan ruang juga, dan ini semua karena pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan pembesaran rahim dan hormon progesteron yang menyebabkan tubuh menahan air.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester I (Periode Penyesuaian)

Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologis pada trimester I adalah :

- (1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang-kadang merasa benci dengan kehamilannya
- (2) Kadang muncul penolakan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja
- (3) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
- (4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama
- (5) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau bahkan merahasiakannya

2.1.2.2 Perubahan Fisik dan Psikologiss pada Trimester II

1) Perubahan Fisik pada Trimester II

Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester II adalah :

(1) Perut semakin membesar

Setelah usia kehamilan 12 minggu, rahim akan membesar dan melewati rongga panggul. Pembesaran rahim akan tumbuh sekitar 1 cm setiap minggu. Pada kehamilan 20 minggu, bagian teratas rahim sejajar dengan puser (*umbilicus*). Setiap individu akan berbeda-beda tapi pada kebanyakan wanita, perutnya akan mulai membesar pada kehamilan 16 minggu.

(2) Sendawa dan buang angin

Sendawa dan buang angin akan sering terjadi pada ibu hamil hal ini sudah biasa dan normal karena akibat adanya perenggangan usus selama kehamilan. Akibat dari hal tersebut perut ibu hamil akan terasa kembung dan tidak nyaman.

(3) Pelupa

Pada beberapa ibu hamil akan menjadi sedikit pelupa selama kehamilannya. Ada beberapa teori tentang hal ini, diantaranya adalah karena tubuh ibu hamil terus bekerja berlebihan untuk perkembangan bayinya sehingga menimbulkan blok pikiran.

(4) Rasa panas di perut

Rasa panas di perut adalah keluhan yang paling sering terjadi selama kehamilan, karena meningkatnya tekanan akibat rahim yang membesar dan juga pengaruh hormonal yang menyebabkan rileksasi otot saluran cerna sehingga mendorong asam lambung ke arah atas.

(5) Pertumbuhan rambut dan kuku

Perubahan hormonal juga menyebabkan kuku bertumbuh lebih cepat dan rambut tumbuh lebih banyak dan kadang di tempat yang tidak diinginkan, seperti di wajah atau di perut. Tapi, tidak perlu khawatir dengan rambut yang tumbuh tak semestinya ini, karena akan hilang setelah bayi lahir.

(6) Sakit perut bagian bawah

Pada kehamilan 18-24 minggu, ibu hamil akan merasa nyeri di perut bagian bawah seperti ditusuk atau tertarik ke satu atau dua sisi. Hal ini karena perenggangan ligamentum dan otot untuk menahan rahim yang semakin membesar. Nyeri ini hanya akan terjadi beberapa menit dan bersifat tidak menetap.

(7) Pusing

Pusing menjadi keluhan yang sering terjadi selama kehamilan trimester kedua, karena ketika rahim membesar akan menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.

(8) Hidung dan Gusi berdarah

Hal ini juga terjadi karena peningkatan aliran darah selama masa kehamilan. Kadang juga mengalami sumbatan di hidung. Ini disebabkan karena adanya perubahan hormonal.

(9) Perubahan kulit

Ibu hamil akan mengalami perubahan pada kulit. Perubahan tersebut bisa berbentuk garis kecoklatan yang dimulai dari puser (umbilicus) sampai ke tulang pubis yang disebut *linea nigra*. Sedangkan kecoklatan pada wajah disebut chloasma atau topeng kehamilan. Hal ini dapat menjadi petunjuk sang ibu kurang asam folat. *Stretch mark* terjadi karena peregangan kulit yang berlebihan, biasanya pada paha atas, dan payudara. Akibat peregangan kulit ini dapat menimbulkan rasa gatal, sedapat mungkin jangan menggaruknya. *Stretch mark* tidak dapat dicegah, tetapi dapat diobati setelah persalinan.

(10) Payudara

Payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut kolostrum. Puting dan sekitarnya akan semakin berwarna gelap dan besar. Bintik-bintik kecil akan timbul disekitar puting, dan itu adalah kelenjar kulit.

(11) Kram pada kaki

Kram otot ini timbul karena sirkulasi darah yang lebih lambat saat kehamilan.

(12) Sedikit Pembengkakan

Pembengkakan adalah kondisi normal pada kehamilan, dan hampir 40% wanita hamil mengalaminya. Hal ini karena perubahan hormon yang menyebabkan tubuh menahan cairan. Pada trimester kedua akan tampak sedikit pembengkakan pada wajah dan terutama terlihat pada kaki bagian bawah dan pergelangan kaki.

Pembengkakan akan terlihat lebih jelas pada posisi duduk atau berdiri yang terlalu lama

2) Perubahan Psikologis pada Trimester II (Periode Kesehatan Yang Baik)

Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologiss pada trimester II adalah :

- (1) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi
- (2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- (3) Merasakan gerakan anak
- (4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- (5) Libido meningkat
- (6) Menuntut perhatian dan cinta
- (7) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- (8) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- (9) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru

2.1.2.3 Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester III

1) Perubahan Fisik pada Trimester III

Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester

(1) Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang.

(2) Payudara

Keluarnya cairan dari payudara, yaitu colostrum, merupakan makanan bayi pertama yang kaya akan protein. Biasanya, pada trimester ini, ibu hamil akan merasakan hal itu, yakni keluarnya colostrum.

(3) Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormon progesteron.

(4) Pernafasan

Karena adanya perubahan hormonal yang memengaruhi aliran darah ke paru-paru, pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada). Setelah kepala bayi turun ke rongga panggul ini biasanya 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang baru pertama kali hamil akan merasakan lega dan bernapas lebih mudah, dan rasa panas diperut biasanya juga ikut hilang, karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi di bawah diafragma / tulang iga ibu.

(5) Sering kencing

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu hamil.

(6) Masalah tidur

Setelah perut besar, bayi akan sering menendang di malam hari sehingga merasa kesulitan untuk tidur nyenyak.

(7) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol, dan dapat juga terjadi di daerah vulva vagina. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk varises. Varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

(8) Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat.

(9) Bengkak

Perut dan bayi yang kian membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu hamil, dan kadang membuat tangan membengkak. Ini disebut edema, yang disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

(10) Kram pada kaki

Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium.

(11) Cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester III

Menurut Sulistyawati (2009), perubahan psikologis pada trimester III adalah :

- (1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
- (2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- (3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- (4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- (5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- (6) Merasa kehilangan perhatian
- (7) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- (8) Libido menurun

2.1.3 Adaptasi Psikologis Terhadap Kehamilan

Menurut Handerson (2005) adaptasi psikologis terhadap kehamilan diantara lain:

1. Penyesuaian terhadap peran orang tua merupakan salah satu peristiwa kehidupan yang paling membuat stress. Sedangkan kehamilan sendiri ditempatkan pada urutan ke 12 dari kehidupan yang paling membuat stress
2. Rasa khawatir dan ansietas dalam kehamilan relatif umum terjadi, karena pada kenyataannya ansietas dalam tingkat tertentu dapat berperan sebagai faktor motivasi dalam mempersiapkan peran menjadi orang tua.
3. Tahap – tahap psikososial yang biasa dilalui oleh calon ibu dalam mencapai perannya:

a. Anticipatory stage

Seorang ibu mulai melakukan latihan peran dan memerlukan interaksi dengan anak yang lain

b. Honeymoon stage

Ibu mulai memahami peran dasar yang dijalankannya. Pada tahap ini ibu memerlukan bantuan dari anggota keluarga lain.

c. Pletu stage

Ibu akan mencoba apakah mampu berperan sebagai ibu. Tahap ini memerlukan waktu sampai ibu kemudian melanjutkan sendiri.

d. Disengagement

Merupakan tahap penyelesaian yang mana latihan peran sudah berakhir

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemampuan respon dan emosional dalam beradaptasi diantaranya :

a). Direncanakan atau tidak direncanakan

Kehamilan yang tidak direncanakan cenderung menyebabkan peningkatan stress walaupun pada akhirnya stress tersebut akan berkurang seiring perjalanan waktu pada sebagian besar wanita yang kehamilannya tidak direncanakan relatif berlangsung secara efektif sehingga akhirnya mampu menyesuaikan diri dengan bayinya dan mengalami sedikit gangguan psikologis.

b). Efek beberapa faktor obstetri

Pengalaman yang terkait dengan komplikasi kehamilan, seperti hipertensi, kehamilan multipel, hemoragi antepartum dan lain-lain cenderung meningkatkan ansietas selama kehamilan. Kekhawatiran dan ansietas akibat medis yang dialami, sering kali berfokus pada masalah apakah medikasi dapat mempengaruhi bayi.

c). Ansietas dan usia

Menurut (Spirito, 1992) dikutip oleh Henderson bahwa wanita yang lebih muda dan wanita yang tidak menikah lebih cenderung beresiko mengalami peningkatan distress emosional. Beberapa unsur yang diidentifikasi memiliki berbagai efek tentang bagaimana wanita menyesuaikan diri terhadap kehamilan ialah isu tingkat pendidikan dan pekerjaan, keamanan finansial, tingkat pendukung sosial dan faktor sosial lainnya, serta tipe perawatan maternitas diterima.

d). Penggunaan dan penyalahgunaan obat

Wanita perokok atau alkoholik dan ketergantungan obat dalam masa kehamilan, dapat mengalami peningkatan ansietas tentang bayi yang sedang berkembang, dikarenakan dia menyadari masalah yang mungkin muncul dan merasa sangat bersalah serta mengalami pergolakan emosional selama kehamilan. Selain itu, wanita hamil yang tergantung pada obat-obatan atau alkohol mungkin merasa takut akan kemungkinan intervensi yang dilakukan lembaga, seperti pelayanan sosial, mengintervensi masalahnya dan mungkin bayi mereka harus dirawat yang bahkan pada gilirannya membuat mereka mengalami lebih banyak tekanan emosi.

e). Citra perubahan tubuh

Beberapa penelitian menekankan bahwa banyak wanita tidak puas dengan citra tubuh mereka selama hamil. Perubahan tubuh selama kehamilan dapat membuat beberapa wanita mengalami "perubahan citra tubuh" yang bisa dikatakan sebagai suatu keadaan distress personal yang diidentifikasi oleh individu yang mengidentifikasi bahwa tubuh mereka tidak lagi mendukung harga diri dan yang disfungsi, membatasi interaksi sosial mereka dengan orang lain, menyatakan

bahwa bagi sebagian besar wanita kehamilan tidak menyebabkan perubahan citra tubuh karena kehamilan itu relatif bersifat sementara.

Perasaan bahwa diri mereka menarik atau memiliki citra tubuh positif diperlukan untuk mempertahankan kepercayaan dan harga diri. Sebaliknya citra tubuh negatif dapat menciptakan citra diri negatif, yang pada akhirnya dapat menyebabkan masalah atau gangguan psikologis jangka panjang. Citra ideal meliputi semua ide yang dimiliki ibu tentang karakteristik positif dan aktifitas wanita yang menjadi ibu.

2.2 Konsep Teori Kecemasan

2.2.1 Definsi

Muchlas (1976) mendefinisikan istilah kecemasan sebagai sesuatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental, kesukaran dan tekanan yang menyertai konflik atau ancaman (Ghufron & Risnawati, 2014). Cemas (ansietas) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas individu merasa tidak nyaman takut dan memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Videbeck & Sheila, 2008).

Sementara Lazarus (1976) membedakan perasaan cemas menurut penyebabnya menjadi dua.

1) *State Anxiety*

Merupakan reaksi emosi sementara yang timbul pada situasi tertentu dirasakan sebagai ancaman, misalnya mengikuti tes, menjalani operasi. Perasaan ini ditentukan oleh perasaan tegang yang subjektif.

2) *Trait Anxiety*.

Merupakan disposisi untuk menjadi cemas dalam menghadapi berbagai macam situasi (gambaran kepribadian). Ini merupakan ciri atau sifat yang cukup stabil yang mengarahkan seseorang atau meninterpretasikan suatu keadaan menetap pada individu (bersifat bawaan) dan berhubungan dengan kepribadian yang demikian.

2.2.2 Etiologi Cemas

Dalam Videbeck, tahun 2008, penyebab timbulnya kecemasan dapat ditinjau dari 2 faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu tidak memiliki keyakinan akan kemampuan diri. Faktor eksternal dari lingkungan seperti ketidaknyamanan akan kemampuan diri, *threat* (ancaman), *conflik* (pertentangan), *fear* (ketakutan), *unfuled need* (kebutuhan yang tidak terpenuhi).

Deffenbacher dan Hazeleus Dalam Register (1991) mengemukakan sumber-sumber kecemasan, meliputi hal-hal berikut.

- 1) Kekhawatiran (*Worry*) merupakan pikiran negatif tentang dirinya sendiri.
- 2) Emosionalitas (*Imosionality*) merupakan reaksi diri terhadap rangsangan saraf otonom, seperti jantung berdebar-debar, keringat dingin, dan tegang.
- 3) Gangguan dan hambatan dalam menyelesaikan tugas (*task generated interference*) merupakan kecenderungan yang dialami seseorang yang selalu tertekan karena pemikiran yang rasional terhadap tugas

2.2.3 Faktor Predisposisi

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan, antara lain:

- 1) Dalam pandangan psikoanalitis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antar dua elemen kepribadian: id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. *Ego* atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan *ego* bahwa ada bahaya.
- 2) Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.
- 3) Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- 4) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga timpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi (Stuart, 2007)

2.2.4 Bentuk Cemas

Menurut Bucklew cemas bisa mempengaruhi seseorang dalam berbagai bentuk. Beberapa orang menunjukkan kecemasannya secara psikologis, emosional, dan fisiologis. Cemas secara psikologis dan emosional terwujud dalam gejala-gejala kejiwaan seperti tegang, bingung, khawatir, sukar berkontraksi, perasaan tidak menentu dan sebagainya. Sedangkan secara fisiologis terwujud dalam gejala-gejala fisik terutama pada sistem saraf misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar,

gemetar, perut mual-muntah, diare, nafas sesak disertai tremor pada otot (Videbeck & Sheila, 2008)

2.2.5 Tingkat Kecemasan

kecemasan memiliki dua aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat kecemasan, lama kecemasan yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap kecemasan. Kecemasan dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, berat sampai panik. setiap tingkat menyebabkan perubahan fisiologis dan emosional pada individu.

- 1) Kecemasan ringan adalah cemas yang normal menjadi bagian sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada, tetapi individu masih mampu memecahkan masalah. Cemas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas yang ditandai dengan terlihat tenang percaya diri, waspada, memperhatikan banyak hal, sedikit tidak sabar, ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, *rilex* atau sedikit gelisah.
- 2) Kecemasan sedang adalah cemas yang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang tidak penting atau bukan menjadi prioritas yang ditandai dengan perhatian menurun penyelesaian masalah menurun, tidak sabar, mudah tersinggung, ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, mulai berkeringat, sering mondar-mandir, sering berkemih dan sakit kepala.
- 3) Kecemasan berat adalah cemas ini sangat mengurangi persepsi individu, cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, dan tidak dapat berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan individu memerlukan banyak pengesahan untuk dapat

memusatkan pada suatu area lain ditandai dengan sulit berfikir, penyelesaian masalah buruk, takut, bingung, menarik diri, sangat cemas, kontak mata buruk, berkeringat, bicara cepat, rahang menegang, menggertakkan gigi, mondar mandir dan gemetar.

- 4) Panik adalah tingkat panik dari suatu *ansietas* berbungan dengan ketakutan dan teror, karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahannya, panik melibatkan disorganisasi kepribadian, dengan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang tidak dapat rasional. Tingkat *ansietas* ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian (Stuart, 2007).

Sisi negatif kecemasan atau sisi yang membahayakan ialah rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata atau potensial. Hal ini menghabiskan tenaga, menimbulkan rasa takut, dan menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal, situasi kerja, dan situasi sosial. Individu selalu khawatir tentang sesuatu atau semua hal tanpa alasan yang nyata, merasa gelisah lelah dan tegang. (Videbeck, 2008).

2.2.6 Alat Ukur Kecemasan

Kecemasan seseorang dapat diukur dengan menggunakan instrumen Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Analog Anxiety Scale, Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS), The Tyaylor Manifest Anxiety (TMAS) dan Trait Anxiety Inventory Form Z-I (STAI Form Z-I) (Kaplan & Saddock, 1998).

Untuk mengukur kecemasan khusus masa *perinatal*, terdapat instrumen *Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)*, yang merupakan seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status kecemasan ibu hamil dan ibu *post partum* (Sommerville., et al, 2014). Kuesioner ini terdiri dari subvariabel *excessive worry and specific fears, perfectionism, control and trauma, social anxiety, and acute anxiety and adjustment*. Tingkatan kecemasan pada instrumen ini berupa normal, cemas sedang dan cemas berat. *Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)* terdiri dari 31 item. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut memiliki makna 0-20 (normal), 21-41 (cemas sedang), 42-93 (cemas berat)

PASS subvaribel dan item indikator resiko gejala (Sommerville., et al, 2014) :

1. Excessive Worry and Specific Fears

- 1) Worry about the baby/pregnancy : Generalised or specific anxiety*
- 2) Fear that harm will come to baby : Generalised anxiety, specific fears*
- 3) Sense of dread - something bad is going to happen : Generalised anxiety, panic*
- 4) Worry about many things : Generalised anxiety*
- 5) Worry about the future : Generalised anxiety*
- 6) Feeling overwhelmed : Generalised anxiety, panic*
- 7) Really strong fears about things eg blood, birth, pain, needles : Phobia*
- 8) Sudden rushes of extreme fear/discomfort : Phobia, panic*
- 9) Repetitive thoughts difficult to control : Generalised anxiety, obsessive*
- 10) Difficulty sleeping even when there is the chance to sleep : General anxiety symptom, adjustment, generalised anxiety*

2 . Perfectionism, Control and Trauma

11) *Having to do things in a certain way or order : Perfectionism, obsessive compulsive*

12) *Wanting things to be perfect : Perfectionism, obsessive*

13) *Needing to be in control of things : Perfectionism, obsessive, trauma*

14) *Difficulty stopping checking or doing things over and over : Obsessive, compulsions*

15) *Feeling jumpy or easily startled : Trauma*

16) *Concerns about repeated thoughts : Trauma, Obsessive tendencies*

17) *Being 'on guard' or needing to watch out for things : Trauma*

18) *Upset about repeated memories, dreams or nightmares : Trauma*

3. Social Anxiety

19) *Worry that I'll embarrass myself in front of others : Social-interpersonal*

20) *Fear that others will judge me negatively: Social-interpersonal*

21) *Feeling really uneasy in crowds : Social-interpersonal, specific fears*

22) *Avoiding social activities because I might be nervous : Social-interpersonal*

23) *Avoiding things which concern me : General anxiety symptom, phobia*

4. Acute Anxiety and Adjustment

24) *Feeling detached like watching yourself in a movie : Dissociation, trauma, panic*

25) *Losing track of time and can't remember what happened : Dissociation, trauma, panic*

26) *Difficulty adjusting to recent changes : Adjustment*

27) *Anxiety getting in the way of being able to do things : Adjustment, general anxiety symptom*

- 28) *Racing thoughts making it hard to concentrate : Panic*
- 29) *Fear of losing control : General anxiety symptom, panic*
- 30) *Feeling panicky : Panic*
- 31) *Feeling agitated :. Panic, adjustment, generalised anxiety*

2.2.7 Kecemasan Selama Kehamilan

Menurut Pantikawati & Saryono (2010), peristiwa kehamilan adalah peristiwa fisiologis namun proses tersebut dapat mengalami penyimpangan sampai berubah menjadi patologis. Ada dua macam stressor, yaitu:

- 1) Stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap kehamilan persalinan, kehilangan pekerjaan.
- 2) Stressor eksternal: status marital, maladaptasi, relationship, kasih sayang, support mental, broken home.

Pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga perubahan psikologis yang memerlukan penyesuaian emosi, pola berfikir dan perilaku yang berlanjut hingga bayi lahir. tingkat gejala depresi, kecemasan dan stres bervariasi pada kehamilan. Peningkatan depresi pada awal kehamilan tetapi juga meningkatkan pada akhir kehamilan (Ding, et al., 2014)

Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak tahu kapan akan melahirkan. Mimpi mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya. Ibu hamil akan lebih sering bermimpi tentang bayinya, anak-anak, persalinan, kehilangan bayi, atau

terjebak disuatu tempat kecil dan tidak bisa keluar. Ibu mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan *body image* yaitu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Dan menurut Musbikin (2005), semua kegelisahan mengenai keadaan bayi, sehingga menghasilkan mimpi yang bervariasi. Bayi yang cacat, sangat kecil atau sangat besar misalnya, menggambarkan kecemasan akan kesehatan bayi. Wanita juga mengalami proses berduka seperti kehilangan perhatian dan hak istimewa yang dimiliki selama kehamilan, terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya, dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Perasaan mudah terluka juga terjadi pada masa ini wanita merasa canggung, jelek, tidak rapi, membutuhkan perhatian yang lebih besar dari pasangannya (Kusmiyati, 2009).

Perubahan mood dan peningkatan sensitivitas terhadap orang lain akan membingungkan mereka sendiri dan juga orang di sekelilingnya. Mudah tersinggung, menangis tiba-tiba, dan ledakan kemarahan serta perasaan sukacita, kegembiraan yang luar biasa muncul silih berganti hanya karena suatu masalah kecil atau bahkan tanpa masalah sama sekali (Pantikawati & Saryono, 2010).

Penyebab perubahan mood ini kemungkinan karena perubahan hormonal dalam kehamilan, ini hampir seperti *pre menstrual syndrom* atau selama menopause. Selain itu masalah seksual atau rasa takut terhadap nyeri melahirkan, mungkin juga menjadi penyebab perubahan *mood* (Kusmiyati, 2009). Pada beberapa keadaan wanita yang biasanya mengeluh ketidaknyamanan fisik dapat mencari bantuan untuk mengatasi konflik peran ibu dan tanggung jawabnya. Pengkajian lebih lanjut tentang

toleransi dan kemampuan koping perlu dilakukan (Lederman, 1984 dalam Kusmiyati, 2009).

2.3 Konsep Teori *Self- efficacy*

2.3.1 Definisi *Self-efficacy*

Self-efficacy merupakan salah satu kemampuan pengaturan diri individu. Konsep *self-efficacy* pertama kali dikemukakan oleh Bandura. *Self-efficacy* mengacu pada persepsi tentang kemampuan individu untuk mengorganisasi dan mengimplementasi tindakan untuk menampilkan kecakapan tertentu (Bandura, 1986). Sementara, menurut Baron dan Byrne (1991) mendefinisikan *Self- efficacy* sebagai evaluasi seseorang mengenai kemampuan atau kompetensi dirinya untuk melakukan suatu tugas, mencapai tujuan, dan mengatasi hambatan. Bandura dan Wood menjelaskan bahwa *Self- efficacy* mengacu pada keyakinan akan kemampuan individu untuk menggerakkan motivasi, kemampuan kognitif, dan tindakan yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan situasi (Ghufron & Risnawati, 2014). Di samping itu, Schultz (1994) mendefinisikan *self-efficacy* sebagai perasaan kita terhadap kecukupan, efisiensi, dan kemampuan kita dalam mengatasi kehidupan.

Menurut Manning & Wright tahun 1983 *Self-efficacy expectancy for childbirth was defined simply as "anticipated ability to control the pain of labor and delivery without pain medication"*. Harapan *self-efficacy* melahirkan didefinisikan sebagai "kemampuan diantisipasi untuk mengontrol HIS dan melahirkan tanpa obat nyeri".

2.3.2 Dimensi *Self-efficacy*

Dalam Gufron & Risnawati (2014) menjelaskan menurut Bandura (1997) bahwa *self-efficacy* individu dapat dilihat dari tiga dimensi, yaitu :

1) Tingkat (*level*)

Dimensi ini berkaitan dengan derajat kesulitan tugas ketika individu merasa mampu melakukannya. Dimensi ini memiliki implikasi terhadap pemilihan tingkah laku yang akan dicoba atau dihindari. Individu akan mencoba tingkah laku yang dirasa mampu dilakukannya dan menghindari tingkah laku yang berada diluar batas kemampuan yang dirasakan.

2) Keluasan (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan luas bidang tingkah laku yang mana individu merasa yakin akan kemampuannya. Individu dapat merasa yakin terhadap kemampuan dirinya. Apakah terbatas pada suatu aktivitas dan situasi tertentu atau pada serangkaian aktivitas dan situasi yang bervariasi.

3) Kekuatan (*strength*)

Dimensi ini berkaitan dengan tingkat kekuatan dari keyakinan atau pengharapan individu mengenai kemampuannya. Pengharapan yang lemah mudah digoyahkan oleh pengalaman-pengalaman yang tidak mendukung. Sebaliknya pengharapan yang mantap mendorong individu tetap bertahan dalam usahanya. Meskipun mungkin ditemukan pengalaman yang kurang menunjang. Dimensi ini biasanya berkaitan langsung dengan dimensi level, yaitu makin tinggi taraf kesulitan tugas, makin lemah keyakinan yang dirasakan untuk melaksanakannya.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa *self-efficacy* mencakup dimensi tingkat (*level*), keluasan (*generality*) dan kekuatan (*strength*).

2.3.3 Sumber-Sumber Informasi *Self-efficacy*

Bandura (1986) menjelaskan bahwa *self-efficacy* individu didasarkan pada empat hal, yaitu:

1) Pengalaman Keberhasilan (*Mastery Experience*)

Sumber informasi ini memberikan pengaruh besar pada *Self- efficacy* individu karena didasarkan pada pengalaman-pengalaman pribadi individu secara nyata yang berupa keberhasilan dan kegagalan. Pengalaman keberhasilan akan menaikkan *Self-efficacy* individu, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkannya. Setelah *self -efficacy* yang kuat berkembang melalui serangkaian keberhasilan, dampak negatif dari kegagalan-kegagalan yang umum akan berkurang. Bahkan kemudian kegagalan diatasi dengan usaha-usaha tertentu yang dapat memperkuat motivasi diri apabila seseorang menemukan lewat pengalaman bahwa hambatan tersulit pun dapat diatasi melalui usaha yang terus menerus..

2) Pengalaman Orang Lain (*Vicarious Experience*)

Pengamatan terhadap keberhasilan orang lain dengan kemampuan yang sebanding dalam mengerjakan suatu tugas akan meningkatkan *Self- efficacy* individu dalam mengerjakan tugas yang sama. Begitu pula sebaliknya, pengamatan terhadap kegagalan orang lain akan menurunkan penilaian individu mengenai kemampuannya dan individu akan mengurangi usaha yang dilakukan.

3) Persuasi verbal (*Verbal Persuasion*)

Pada persuasi verbal, individu diarahkan dengan saran, nasihat, dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan-kemampuan yang dimiliki yang dapat membantu mencapai tujuan yang diinginkan. Individu yang diyakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk

mencapai suatu keberhasilan. Menurut Bandura (1997), pengaruh persuasi verbal tidaklah terlalu besar karena tidak memberikan suatu pengalaman yang dapat langsung dialami atau diamati individu. Dalam kondisi yang menekan dan kegagalan terus-menerus, pengaruh sugesti akan cepat lenyap jika mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan.

4) Kondisi fisiologis (*Physiological State*)

Individu akan mendasarkan informasi mengenai kondisi fisiologis mereka untuk menilai kemampuannya. Ketegangan fisik dalam situasi yang menekan dipandang individu sebagai suatu tanda ketidakmampuan karena hal itu dapat melemahkan performansi kerja individu.

Berdasarkan penjelasan di atas, *self-efficacy* bersumber pada pengalaman akan kesuksesan, pengalaman individu lain, persuasi verbal, dan keadaan fisiologis individu.

2.3.4 Proses-Proses *Self-efficacy*

Bandura (1997) menguraikan proses psikologis *self-efficacy* dalam mempengaruhi fungsi manusia. Proses tersebut dapat dijelaskan melalui cara-cara dibawah ini :

1) Proses kognitif

Dalam melakukan tugas akademiknya, individu menetapkan tujuan dan sasaran perilaku sehingga individu dapat merumuskan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut. Penetapan sasaran pribadi tersebut dipengaruhi oleh penilaian individu akan kemampuan kognitifnya.

Fungsi kognitif memungkinkan individu untuk memprediksi kejadian-kejadian sehari-hari yang akan berakibat pada masa depan. Asumsi yang timbul pada

aspek kognitif ini adalah semakin efektif kemampuan individu dalam analisis dan dalam berlatih mengungkapkan ide-ide atau gagasan-gagasan pribadi, maka akan mendukung individu bertindak dengan tepat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Individu akan meramalkan kejadian dan mengembangkan cara untuk mengontrol kejadian yang mempengaruhi hidupnya. Keahlian ini membutuhkan proses kognitif yang efektif dari berbagai macam informasi.

2) Proses motivasi

Motivasi individu timbul melalui pemikiran optimis dari dalam dirinya untuk mewujudkan tujuan yang diharapkan. Individu berusaha memotivasi diri dengan menetapkan keyakinan pada tindakan yang akan dilakukan, merencanakan tindakan yang akan direalisasikan. Terdapat beberapa macam motivasi kognitif yang dibangun dari beberapa teori yaitu atribusi penyebab yang berasal dari teori atribusi dan pengharapan akan hasil yang terbentuk dari teori nilai-pengharapan.

Self-efficacy mempengaruhi atribusi penyebab, dimana individu yang memiliki *self-efficacy* akademik yang tinggi menilai kegagalannya dalam mengerjakan tugas akademik disebabkan oleh kurangnya usaha, sedangkan individu dengan *self-efficacy* yang rendah menilai kegagalannya disebabkan oleh kurangnya kemampuan.

Teori nilai-pengharapan memandang bahwa motivasi diatur oleh pengharapan akan hasil (*outcome expectation*) dan nilai hasil (*outcome value*) tersebut. *Outcome expectation* merupakan suatu perkiraan bahwa perilaku atau tindakan tertentu akan menyebabkan akibat yang khusus bagi individu. Hal tersebut mengandung keyakinan tentang sejauh mana perilaku tertentu akan menimbulkan konsekuensi tertentu. *Outcome value* adalah nilai yang mempunyai arti dari konsekuensi-konsekuensi yang

terjadi bila suatu perilaku dilakukan. Individu harus memiliki *outcome value* yang tinggi untuk mendukung *outcome expectation*.

3) Proses afeksi

Afeksi terjadi secara alami dalam diri individu dan berperan dalam menentukan intensitas pengalaman emosional. Afeksi ditujukan dengan mengontrol kecemasan dan perasaan depresif yang menghalangi pola-pola pikir yang benar untuk mencapai tujuan.

Proses afeksi berkaitan dengan kemampuan mengatasi emosi yang timbul pada diri sendiri untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Kepercayaan individu terhadap kemampuannya mempengaruhi tingkat stres dan depresi yang dialami ketika menghadapi tugas yang sulit atau bersifat mengancam. Individu yang yakin dirinya mampu mengontrol ancaman tidak akan membangkitkan pola pikir yang mengganggu. Individu yang tidak percaya akan kemampuannya yang dimiliki akan mengalami kecemasan karena tidak mampu mengelola ancaman tersebut.

4) Proses seleksi

Proses seleksi berkaitan dengan kemampuan individu untuk menyeleksi tingkah laku dan lingkungan yang tepat, sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Ketidakmampuan individu dalam melakukan seleksi tingkah laku membuat individu tidak percaya diri, bingung, dan mudah menyerah ketika menghadapi masalah atau situasi sulit. *Self-efficacy* dapat membentuk hidup individu melalui pemilihan tipe aktivitas dan lingkungan. Individu akan mampu melaksanakan aktivitas yang menantang dan memilih situasi yang diyakini mampu menangani. Individu akan memelihara kompetensi, minat, hubungan sosial atas

pilihan yang ditentukan. Dari uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa proses *self-efficacy* meliputi proses kognitif, proses motivasi, proses afeksi, dan proses seleksi.

2.3.5 Pengukuran *Self-Efficacy*

Salah satu alat ukur untuk mengukur *self-efficacy* adalah dengan menggunakan *General Perceived Self-Efficacy* dari Ralf Schwarzer dan Aleksandra Luszczynska yang memiliki *Cronbach's alphas* dari 0,76 sampai 0,90. Pertanyaan pada instrumen ini berjumlah 10 dengan rentang nilai 1-4, 4 untuk sangat sesuai sampai 1 sangat tidak sesuai (Schwarzer, R., & Jerusalem, M. 1995)

Tabel 2.1 Kuesioner *General Perceived Self-Efficacy*

No	Pernyataan	Rentang Nilai 1-4 (1 : sangat tidak sesuai, 4: sangat sesuai)
1	<i>I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough.</i>	
2	<i>If someone opposes me, I can find the means and ways to get what I want.</i>	
3	<i>It is easy for me to stick to my aims and accomplish my goals.</i>	
4	<i>I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.</i>	
5	<i>Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations.</i>	
6	<i>I can solve most problems if I invest the necessary effort.</i>	
7	<i>I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities.</i>	
8	<i>When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions.</i>	
9	<i>If I am in trouble, I can usually think of a solution.</i>	
10	<i>I can usually handle whatever comes my way</i>	

2.4 Konsep Teori *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

2.4.1 Definisi dan Konsep Dasar *Cognitive Behavior Therapy*

Cognitive behavior therapy terdiri atas sebuah kombinasi antara terapi kognitif, dengan penekanan pada pengurangan pikiran-pikiran yang menakutkan diri sendiri, dan terapi perilaku, dengan penekanan pada perubahan perilaku (Watson & Tharp, 2007 dalam King, 2012). *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) adalah terapi yang berfokus pada masalah, tujuan, yang berorientasi dan keputusan tentang isu-isu/masalah *here and now* (Stuarts, 2009). *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) adalah terapi kombinasi, aspek perilaku membantu klien mengidentifikasi reaksi kebiasaan terhadap situasi yang merepotkan dan aspek kognitif berfokus pada pola pemikiran menyimpang yang menyebabkan perasaan tidak enak atau gejala gangguan jiwa (Fontaine, 2009).

Cognitive behavior therapy, berusaha menghilangkan masalah perilaku yang spesifik secara cepat dengan mengawasi perilaku belajar si pasien (Maramis, 2006). merupakan suatu terapi yang dapat membantu klien membuat keputusan dengan merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi klien saat ini. *Cognitive behavior therapy* merupakan psikoterapi yang berfokus pada kognisi yang dimodifikasi secara langsung, yaitu dengan mengubah pikiran maladaptif dan kemudian secara tidak langsung juga akan mengubah tingkah laku yang nampak (*overt action*). Menurut Beck *cognitive behavior therapy* adalah suatu bentuk terapi yang dirancang untuk mengidentifikasi dan mengubah cara pikir yang tidak rasional dan tidak produktif, dan untuk mengurangi emosi-emosi negatif (Wade & Tavris, 2007). Sebuah aspek penting dalam terapi kognitif-perilaku adalah *self efficacy*, sebuah konsep Albert

Bandura bahwa seseorang dapat mengendalikan situasi dan menghasilkan hal-hal yang positif. Bandura percaya bahwa *Self-efficacy* adalah kunci keberhasilan terapi (King, 2012).

2.4.2 Tujuan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Cognitive Behavior Therapy (CBT) pada pendekatan Beck memiliki tujuan yang sama dengan Ellis yaitu membantu orang mengenali dan menyingkirkan kognisi-kognisi yang menundukan diri. Penekanan terapi ini adalah mengubah perasaan dan perilaku dengan mengubah pikiran. *Self efficacy* merupakan tujuan penting dalam CBT. Sebuah konsep umum untuk perubahan pola pikiran dianggap menyebabkan perilaku atau emosi yang maladaptif adalah inti dari terapi ini (King, 2012). CBT merupakan jenis terapi yang bertujuan untuk menghindari tindakan menantang secara langsung keyakinan-keyakinan yang dimiliki oleh klien (Wade & Tavris, 2007).

Dalam King (2012) *Cognitive behavior therapy* bertujuan untuk mengubah kepercayaan mendasar individu dan mengurangi pikiran negatif otomatis klien yang mengalami gangguan kepribadian (McMain & Pos, 2007; Palmer, et al, 2006). Pembicaraan dengan klien dirancang untuk membuatnya mengubah kepercayaan yang tidak rasional dan menundukan diri sendiri.

Terapi Kognitif juga menunjukkan sejumlah keberhasilan dalam menangani gangguan stress pascatrauma, terutama ketika terapis mendorong klien untuk menghidupkan kembali pengalaman traumatis sehingga mereka dapat mengatasi kognisi yang mengancam yang ditimbulkan oleh pengalaman tersebut (Vieweg, et al, 2006 dalam King, 2012). Kemajuan terbesar yang dicapai dalam terapi perilaku ialah dalam hal mengurangi gangguan-gangguan kecemasan dan gangguan-gangguan

masa kanak-kanak seperti perilaku agresif dan bermusuhan dan dalam meningkatkan kualitas kehidupan bagi orang-orang yang mengalami gangguan-gangguan mental (Roberts & Grenne, 2008).

Stuart (2009) mengatakan tujuan *cognitive behavior therapy* adalah untuk merubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu. Tetapi menurut Fontaine (2009) tujuan dari CBT adalah berpikir akurat dan rasional berdasarkan logika dan fakta yang tersedia. Tujuan utama dalam teknik CBT adalah (1) membangkitkan pikiran-pikiran negatif/berbahaya. dengan bicara pada sendiri (*self talk*) dan interpretasi terhadap kejadian-kejadian yang dialami. Distorsi kognisi menyebabkan perilaku maladaptif yang menambah berat masalahnya, (2) terapis bersama klien mengumpulkan bukti yang mendukung atau menyanggah interpretasi yang telah diambil. CBT diarahkan untuk membantu klien mengenali dan mengubah distorsi kognitif. Klien dilatih mengenali pikirannya dan mendorong untuk menggunakan keterampilan, menginterpretasikan secara lebih rasional terhadap kognitif yang *maladaptive*, (3) menyusun desain eksperimen (pekerjaan rumah) untuk menguji validitas interpretasi dan menjaring data tambahan untuk diskusi di dalam proses terapi.

2.4.3 Indikasi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Cognitive Behavior Therapy diterapkan secara individual ataupun secara berkelompok. Indikasi utama adalah gangguan fobik dan perilaku kompulsif, disfungsi seksual dan parafilia. Dapat dicoba pada klien dengan pikiran-pikiran obsesif, gangguan kebiasaan atau gangguan pengendalian impuls, gangguan nafsu makan, dan reaksi konversi (Maramis, 2006). Terapi –terapi kognitif digunakan untuk menangani beberapa gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, skizofrenia,

dan gangguan kepribadian secara efektif (Beck, 2005; Parker & Fletcher, 2007 dalam King, 2012). Beck menggambarkan dalam penelitiannya bahwa CBT efektif dalam mengurangi gejala dan kekambuhan klien dengan atau tanpa pengobatan dalam masalah klinis terutama depresi, ansietas, gangguan makan gangguan kepribadian, dan skizofrenia (Beck, 2005; Macroy, 2006, dalam Stuart, 2009) .

2.4.4 Proses Kognisi dan Kesalahan yang Umum dalam *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

Oei (1999) menyatakan bahwa pada situasi stressful, seringkali individu menghadapinya dengan menggunakan pemahaman atau pengalaman masa lalu. Masalahnya, pemahaman tersebut seringkali berupa kognisi yang maladaptif dan memicu emosi negatif, yang kemudian memunculkan perilaku-perilaku yang semakin memperburuk masalah. Beck menyebut hal itu dengan *automatic thought*, yaitu pikiran yang muncul secara otomatis dan sangat cepat, yang sifatnya *repetitif* *dank has*. Mengidentifikasi *automatic thought* merupakan hal yang perlu dilakukan dalam upaya mengubah pikiran-pikiran yang irasional menjadi pikiran yang rasional (Beck, dalam Spiegler & Guevremont, 2003).

Adapun beberapa bentuk distorsi kognitif yang umum ditemui, yaitu:

- 1) *Arbitrary inference / jumping to conclusion* – mengambil kesimpulan tanpa bukti yang relevan atau tanpa pengujian lebih lanjut.
- 2) *Overgeneralization* – menggeneralisasikan satu kejadian negatif pada kejadian lainnya.
- 3) *Selective abstraction* – memperhatikan detail dengan mengabaikan keseluruhan
- 4) *Personalization* – mengaitkan situasi eksternal pada diri sendiri secara berlebihan.

- 5) *Polarized or dichotomous thinking / all or nothing thinking* – berpikir secara ekstrim, ya atau tidak, hitam atau putih.
- 6) *Magnification or minimization* – memandang sesuatu lebih jauh atau lebih penting dari yang sebenarnya, ataupun mengurangi kepentingan sesuatu dari yang seharusnya.
- 7) *Mental filter* – mengambil pernyataan negatif dari situasi dan menggunakannya dengan mengabaikan pertimbangan positif yang lebih besar.
- 8) *Automatic discounting* -- sensitifitas terhadap informasi negatif yang diserap dan memotong informasi negatif.
- 9) *Emotional reasoning* – menggunakan perasaan sebagai bukti dari kebenaran dalam suatu situasi.
- 10) *Should statement* – kewajiban moral yang berlebihan.
- 11) *Labeling & Mislabelling* – reaksi emosional memberikan label pada seseorang yang berkaitan dengan suatu fenomena.

2.4.5 Teknik-teknik dalam *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

Beberapa ahli terapi CBT memiliki pendekatan yang berbeda-beda dalam menjalankan terapi CBT. Pendekatan tersebut diterjemahkan dalam teknik-teknik berstruktur yang disesuaikan dengan target terapi.

Spiegler & Guevremont (2003) menyatakan bahwa ada 2 model CBT, yaitu:

- 1) *Cognitive restructuring* : berfokus pada kognitif maladaptif dan bertujuan untuk menggantikan kognisi yang maladaptif dengan kognisi yang adaptif.
- 2) *Cognitive behavior coping skills* : berfokus pada kogninsi yang kurang adaptif dan bertujuan untuk melatih individu dalam memberikan respon yang adaptif, agar mampu menghadapi situasi secara efektif.

McGinn dalam Spiegler & Guevremont, 2003 secara spesifik menyatakan bahwa ada beberapa teknik yang digunakan dalam *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dan kemudian dibagi atas tiga area, yaitu:

- 1) Area kognitif : *cognitice restructuring*, yaitu mengoreksi pikiran-pikiran yang terdistorsi secara negative dan diarahkan menjadi lebih logis dan adaptif.
- 2) Area perilaku : *activity scheduling, social skills training, dan assertiveness training*.
- 3) Area fisiologis : teknik *imagery, meditasi, relaksasi*.

2.4.6 Penerapan *Cognitive Behavior Therapy*

Dalam Roberts & Grenne (2008) ada banyak model *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, semua model memiliki elemen-elemen dasar yang sama. Semua jenis terapi diatas berdasarkan pada satu kesamaan, yaitu mengidentifikasi kandungan pemikiran, yang meliputi asumsi, keyakinan, harapan, pesan kepada diri sendiri (*self-talk*), atau kelengkapan (*atributions*). Melalui berbagai teknik, pemikiran-pemikiran kemudian dikaji untuk menentukan dampak akhirnya terhadap emosi dan perilaku klien. Beberapa model juga meliputi penggalian pengembangan pemikiran untuk mempromosikan pemahaman diri. Ini diikuti dengan penggunaan teknik-teknik yang mendorong klien untuk mengadopsi pemikiran alternatif dan yang lebih dapat menyesuaikan diri. Perubahan pemikiran sebaliknya menghasilkan perubahan perasaan (afeksi) dan perilaku positif. Persamaan lain model-model ini meliputi penggunaan teknik-teknik prilaku, intervensi berbatas waktu, komponen edukatif dari penanganan (*the educatif component of treatment*), dan pengalihan tanggung jawab pada diri klien menjadi partisipan yang aktif dalam penangananya.

Asesment

Asesment perilaku-kognitif dapat menghasilkan suatu rumusan kasus yang meliputi diagnois psikiatrik; definisi tentang masalah klien dalam arti lama, frekuensi, intensitas, dan keadaan situasional; deskripsi tentang kekuatan-kekuatan klien; dan rencana penanganan.

1) Mengajarkan Klien Model ABC

Bersamaan dengan asesment, salah satu tugas pertama terapis perilaku-kognitif ialah mendidik klien tentang kaitan antara pemikiran, emosi, dan perilaku. McMullin dalam Roberts & Grenne, 2008 menganjurkan perbedaan cara yang biasa digunakan oleh klien untuk mendeskripsikan kaitan antara pemikiran, emosi, dan perilaku dengan model alternatif, yaitu model ABC. Bagi kebanyakan orang, cara biasa untuk memikirkannya ialah bahwa suatu peristiwa yang menggerakkan (A) menyebabkan suatu konsekuensi emosi dan perilaku (C).misalnya suatu klien mengatakan ia di pecat dari perusahaan (A) ia mengatakan merasa tertekan atau depresi (C). Model ABC ini menganjurkan bahwa, dalam kenyataan, suatu pemikiran atau citra merupakan suatu keyakinan atau sikap (B) yang mengintervensi antara A dan C. Dengan menggunakan contoh yang sama, menyusul hilangnya pekerjaanya (A), klien dapat berfikir bahwa ia tidak berharga (B) yang mengakibatkan depresi (C).

2) Mengajarkan Klien Mengidentifikasi Pemikiran

Sekali klien memahami model ABC, terapis membantu klien belajar untuk mengidentifikasikan pemikiran dan keyakinannya. McMullin (2000) menggaris bawahi banyak tipe pemikiran yang klien dapat temukan relevan dengan analisis kognitif, yang meliputi harapan-harapan. Kemujaraban diri (*self-efficacy*), konsep diri (*self-concept*), perhatian (*attention*), memori selektif (*selektive memory*),

kelengkapan (*attributions*), evaluasi, indtruksi diri (*self-intrraction*), arah tersembunyi (*hidden direction*), dan gaya menjelaskan. DeRubeis et al (2001) menyajikan sejumlah teknik yang bertujuan untuk mengidentifikasi pemikiran dan keyakinan. Catatan harian tentang pemikiran-pemikiran disfungsional (*dailyrecord of dysfunctional thoughts*) ialah suatu meode tertulis yang menggunakan suatu formulir, yakni klien menuliskan pemikiran yang berkaitan dengan emosi yang tidak diinginkan dan hal-hal yang berkaitan dengan mengerjakan peristiwa-peristiwa.

3) Mengajarkan Klien Mengkaji dan Mengubah pemikiran yang Maladaptif

Setelah mengidentifikasi pemikiran dan keyakinan, klien bersiap-siap mulai menguji bukti atas dan melawan pemikiran-pemikiran, selain itu, klien didorong untuk mengubah pemikiran yang maladaptif dengan pemikiran yang lebih realistik atau positif. Pengubahan menuntut pengulangan dan latihan pemikiran baru secara berulang-ulang. Banyak diantara teknik-teknik tersebut adalah verbal, yang berdasarkan atas perubahan-perubahan pada bahasa untuk memodifikasikan pemikiran.

Dalam Kneisel (2004) *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dalam pelaksanaanya dilakukan dalam 6-20 sesi. Oemarjoedi (2003) menjelaskan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* sedikitnya dilakukan 12 sesi, namun karena disesuaikan dengan kultur indonesia, sesi dalam CBT dapat dilakukan dibawah 12 sesi, yaitu 6 sesi.

Tabel 2.3 Proses Konseling *Cognitive Behavior Therapy* Yang Telah Disesuaikan Dengan Kultur Indonesia

No	Proses	Sesi
1	Assesment dan Dignosa	1
2	Mencari akar permasalahan yang bersumber dari emosi negatif, penyimpangan proses berfikir dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan	2
3	Menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif –negatif kepada klien	3
4	Menata kembali keyakinan yang menyimpang	4
5	Intervensi tingkah laku	5
6	Pencegahan	6

2.5 Konsep Teeori Model Perubahan Perilaku Dari Green

2.5.1 Definisi Model Perubahan Perilaku

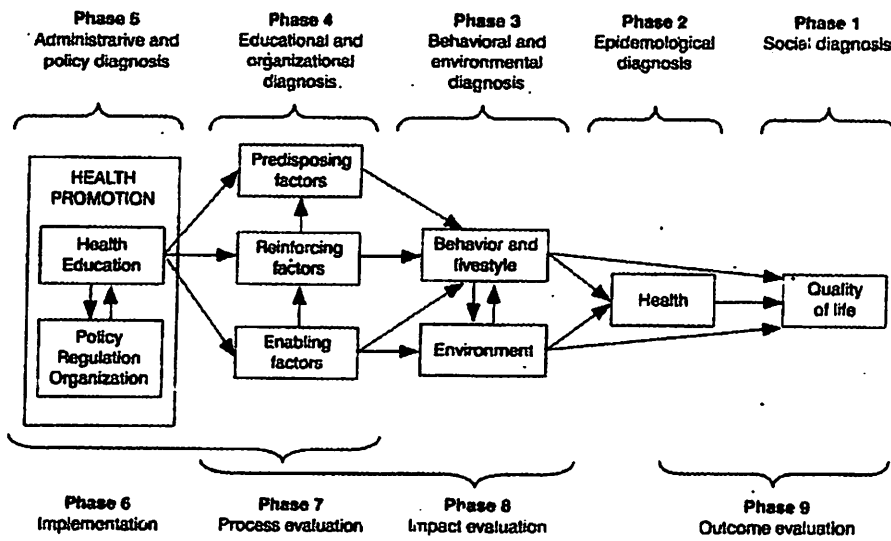
Menurut Noorkasiani, Heryati, & Imail (2009) model perubahan perilaku adalah suatu teori yang dikembangkan oleh Lawrance Green yang mengatakan bahwa kesehatan individu/masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor di luar perilaku (non-perilaku). Faktor perilaku ditentukan oleh tiga kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi, pendukung dan pendorong. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) mencakup pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat. Faktor pendukung (*enabling factors*) ialah tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, sedangkan faktor pendorong (*reinforcing factrs*) adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan. Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah dan menguatkan ketiga kelompok faktor itu agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program tersebut dan terhadap kesehatan pada umumnya.

Berkaitan dengan teori Green, dikembangkan teori lain yang dinamakan *health belief model* oleh Rosenstock (1982). Ia percaya bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa mempertimbangkan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Dalam Bastable (2002) menjelaskan *Health Belief Model* dan *Health Promotion model* merupakan model yang sangat serupa. Masing-masing model menggunakan faktor penting yang sama dari faktor persepsi individu dan faktor pemodifikasi. Ada perbedaan yang tampak pada alasan dasar dan peran faktor penengah. *Health Belief Model* memberikan tekanan pada kerentanan terhadap penyakit dan kemungkinan tindakan pencegahan. Sementara *Health Promotion Model* memberikan tekanan pada potensi kesehatan dan kemungkinan perilaku yang mempromosikan kesehatan.

Self-efficacy Theory dan *Theory of Reasoned Action* memang serupa karena sama-sama berfokus pada prediksi atau harapan perilaku tertentu. Kedua teori ini dapat lebih mudah dipakai dalam pengujian model yang tidak terlalu kompleks selain *Health Belief Model* atau *Health Promotion Model* karena kedua teori tersebut konseptualisasinya lebih linier. Kekhususan perilaku dapat membantu di dalam membuat target hasil program pendidikan.

Dalam Nursalam (2013) Dalam program promosi kesehatan dikenal dengan adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (*Precede Proceed Model*) yang diadaptasi dari konsep Lawrence Green. Model ini merangkai masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang memengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut ke arah yang positif. Proses pengkajian atau pada pada tahap *Precede* dan proses

penindaklanjutan pada tahap *proceed*. Dengan demikian suatu program untuk untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya kedalam model pengkajian dan penindaklanjutan.



Gambar 2.1 *Precede Proceed Model* (Green & Kreuter, 1991)

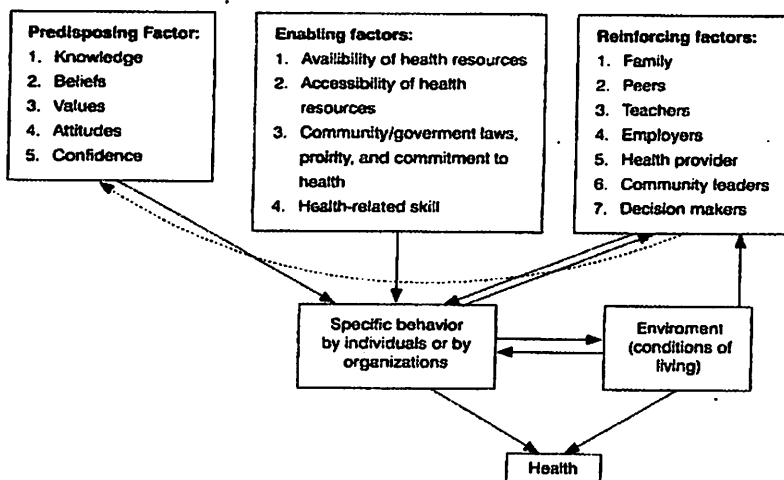
- 1) Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup sejalan dengan tingkat kesejahteraan.
- 2) Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan menggambarkan masalah kesehatan yang sedang dihadapi.
- 3) Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis, dan sosial budaya yang langsung/tidak memengaruhi derajat kesehatan
- 4) Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan

karena jenis pekerjaannya mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun untuk meniru dari tokoh idolanya.

2.5.2 Pembentuk Perilaku

Lebih lanjut Precede model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni :

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
- 3) Faktor-faktor pendorong atau penguat (*renforcing factors*), merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain,
- 4) yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.



Gambar 2.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan (Green & Kreuter, 1991)

Ketiga faktor tersebut diatas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor-faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan. Faktor lingkungan dalam segala faktor baik fisik, biologis maupun sosial budaya yang langsung atau tidak langsung dapat memengaruhi derajat kesehatan (Nursalam, 2013).

Model ini secara matematis dapat digambarkan sebagai berikut:

PRECEDE MODEL (GREEN, 1990)

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Keterangan :

B : *Behaviour*

RF : *Reinforcing Factors*

PF : *Predisposing Factors*

EF : *Enabling Factors*

f : Fungsi

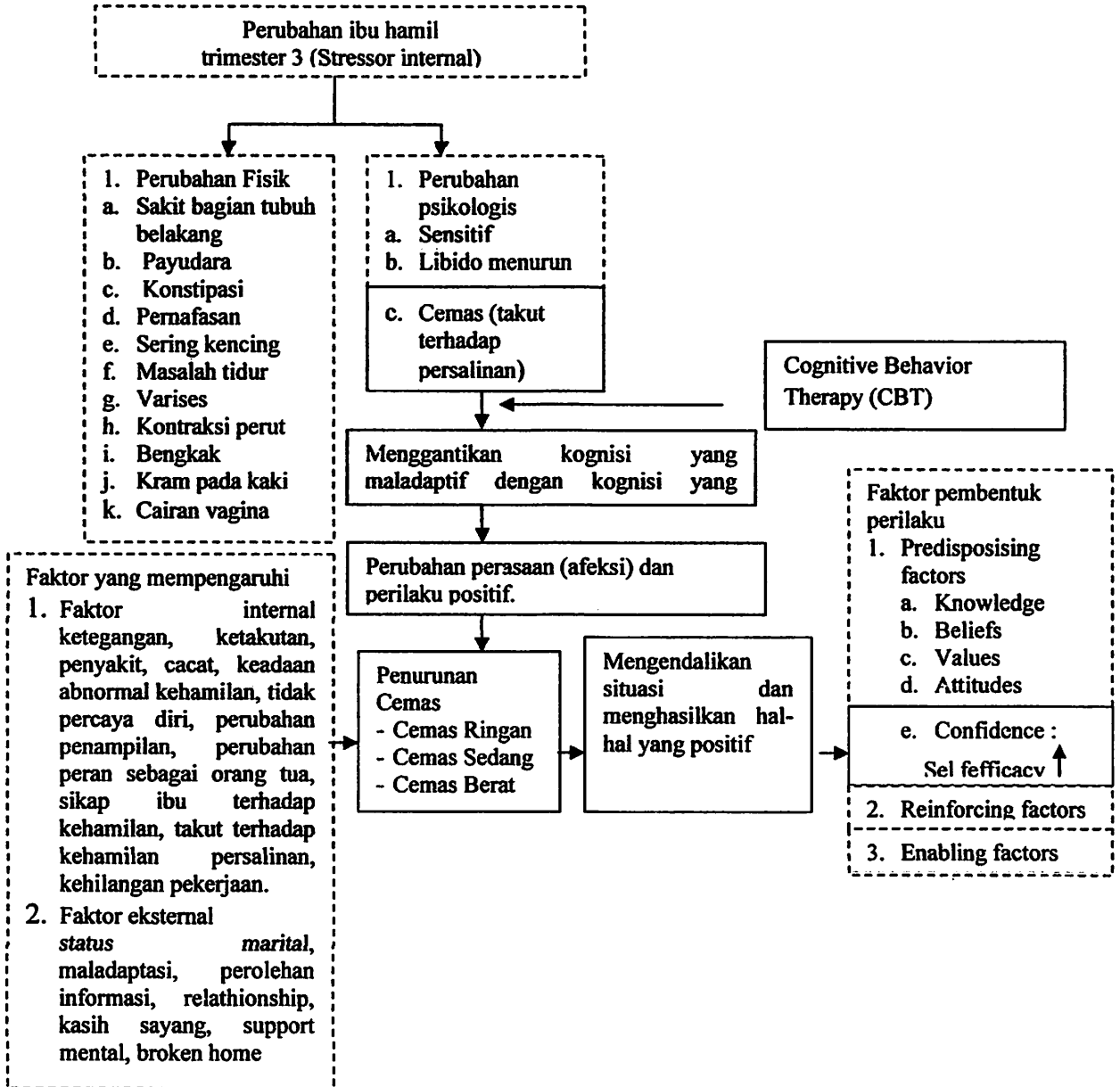
Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS PENELITIAN

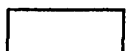
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konsep

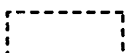


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Tentang Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) Terhadap Penurunan Kecemasan dan Peningkatan *Self-efficacy* Pada Primigravida Trisemester Tiga.

Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 3.1

Dalam paradigma keperawatan terdiri dari manusia, keperawatan, lingkungan dan kesehatan. Manusia dalam paradigma keperawatan maternitas ini adalah ibu hamil, melahirkan, dan postpartum. Ibu yang sedang hamil akan mengalami perubahan fisik dan perubahan psikologis. Salah satu perubahan psikologis ibu hamil di trimester tiga adalah rasa cemas. Cemas dipengaruhi oleh stres internal dan stres eksternal. Stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap persalinan, kehilangan pekerjaan. Menurut Bandura (1997) emosi yang kuat, takut, cemas, stress, dapat mengurangi *self-efficacy*.

Cognitive Behavior Therapy (CBT) akan membantu menurunkan tingkat kecemasan ibu hamil. Dengan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* sebagai pendekatan psikoterapi yang dirancang untuk menyelesaikan permasalahan melalui proses restrukturisasi kognitif dan perilaku yang menyimpang. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* membantu mengubah pola pikir dan perilaku yang maladaptif salah satunya adalah kecemasan menjadi pola pikir dan perilaku adaptif, sehingga terjadi perubahan perasaan (afeksi) dan perilaku positif untuk meningkatkan kesehatan sehingga kecemasan dapat menurun.

Dalam teori Lawrence Green, *self-efficacy* merupakan salah satu pembentuk perilaku. Perilaku dibentuk dari *Predisposing factors*, *Reinforcing factors*, *Enabling factor*. *Predisposing factors* terdiri dari *Knowledge*, *beliefs*, *values*, *attitudes*, *confidence* yang merupakan *self-efficacy*. Dengan menurunnya kecemasan, individu dapat mengendalikan situasi dan menghasilkan hal-hal yang positif sehingga

dalam proses ditunjang dengan meningkatkan *self-efficacy*, sehingga semakin rendah kecemasan seseorang maka *self-efficacy* seseorang akan meningkat

3.2 Hipotesa Penelitian

Ada pengaruh terapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* primigravida trimester tiga.



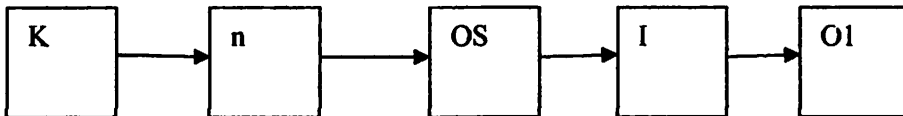
BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Pre-Experimental one group pra-post test design* dengan intervensi yang diberikan adalah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. Dalam rancangan ini subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian dievaluasi setelah intervensi (Nursalam, 2013).



Gambar 4.1 Desain Penelitian

Keterangan:

K : Populasi primigravida

n : Besar sampel

OS: *Pre test* kecemasan dan *self-efficacy* pada subjek penelitian

I : Perlakuan berupa *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

O1: *Post test* kecemasan dan *self-efficacy* pada subjek penelitian

4.2 Populasi, Sampel, Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh primigravida trimester tiga di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya.

Alasan pengambilan primigravida trimester tiga adalah karena primigravida belum memiliki pengalaman kehamilan dan trimester tiga memiliki faktor-faktor penyebab cemas yang banyak, seperti masa penantian kelahiran bayi, memiliki rasa khawatir akan bayi, dan memiliki rasa sedih akan berpisah dengan bayi, ketakutan akan rasa sakit dan bahaya fisik ketika proses persalinan, dan merasa tidak senang ketika bayi lahir tidak tepat waktu. Setelah dilakukan study pendahuluan bulan Januari 2015, populasi primigravida trimester tiga di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya adalah 36 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel (subjek penelitian) adalah objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmojo, 2010). Subjek pada penelitian ini adalah primigravida trimester tiga yang mengalami kecemasan yang diketahui melalui *screening* kecemasan menggunakan menggunakan instrumen *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS), memenuhi kriteria inklusi dan subjek penelitian bersedia menjadi responden (subjek penelitian) dalam penelitian.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Proses pengambilan subjek penelitian pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik penempatan subjek dengan cara memilih subjek di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah penelitian), sehingga subjek tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini kriteria inklusi pada penelitian ini adalah ibu hamil primigravida trimester tiga yang mengalami cemas ringan, cemas sedang, cemas berat, usia 20-35 tahun, pendidikan minimal SMP, dan bersedia

mengikuti penelitian sampai proses terapi selesai, status pernikahan sudah menikah dan suami masih hidup, usia pernikahan kurang dari 2 tahun, tinggi badan lebih dari 145 cm, tidak memiliki pengalaman abortus, rencana persalinan normal, jumlah kehadiran senam hamil minimal 2 kali. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang nilai kecemasannya dalam batas normal.

4.2.4 Besar Sampel

Besar sampel (subjek penelitian) dalam penelitian ini adalah sebesar 10 orang.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel *Independent* pada penelitian ini adalah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* secara kelompok .

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah kecemasan dan *self-efficacy*.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Dependent					
Kecemasan	Cemas (ansietas) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi	31 item pernyataan tentang <i>Excessive Worry and Specific Fears, Perfectionism, Control and Trauma, Social Anxiety, and Acute Anxiety and Adjustment.</i>	Kuesioner <i>Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS).</i>	Ordinal	1. 1-31 : Cemas ringan 2. 32-63: Cemas sedang 3. 64-93: Cemas berat
Self-efficacy	Keyakinan tentang kemampuan diri dalam menghadapi tuntutan dalam hidup	8 item pernyataan tentang <i>self-efficacy</i>	Kuesioner <i>General Perceived self-efficacy</i>	Ordinal	1. 8-16 termasuk <i>self-efficacy</i> rendah, 2. 17-24 termasuk <i>self-efficacy</i> sedang, 3. 25-32 termasuk <i>self-efficacy</i> Tinggi
Variabel Independent					
Cognitive Behavior Therapy (CBT)	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu klien merubah kognitif dan perilaku negatif yang muncul serta meningkatkan keyakinan akan kemampuan diri	Standar Operasional Prosedur (SOP) Dilakukan oleh psikolog, waktu pelaksanaan tiap minggu selama 3 minggu, tiap pertemuan masing-masing 2 sesi dalam 50 menit, dan dievaluasi tiap pertemuan	Evaluasi kegiatan	-	-

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Instrumen Penelitian

1) Instrumen A

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: nama, usia ibu, usia kehamilan, pendidikan terakhir, tinggal dengan siapa, status pernikahan, usia pernikahan, tinggi badan, pengalaman abortus, rencana persalinan, jumlah kehadiran senam hamil jumlah pertanyaan ada 11.

2) Instrumen B

Merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan. Kuesioner yang digunakan adalah *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS). Astuti (2014) telah menterjemahkan dalam bahasa Indonesia dengan 31 pertanyaan dan telah di uji validitas dan realibilitas yang memiliki *Cronbach's alphas* 0.983, dengan pembagian pilihan jawaban dan skor yaitu tidak pernah : 0, kadang-kadang : 1, sering : 2, selalu : 3. Dalam penelitian ini jumlah skor dari total skor yang digunakan sebagai berikut :

Skor 1-31 : Cemas ringan

Skor 32-63 : Cemas sedang

Skor 64-93 : Cemas berat

3) Instrumen C

Merupakan instrumen untuk mengukur *self-efficacy* yang digunakan untuk mengukur *self-efficacy*. Kuesioner yang digunakan menggunakan kuesioer *General Perceived Self-Efficacy* dari Ralf Schwarzer dan Aleksandra Luszczynska yang memiliki *Cronbach's alphas* dari 0,76 sampai 0,90. Pertanyaan pada instrumen ini berjumlah 10 dengan rentang nilai 1-4, 4 untuk sangat sesuai sampai 1 sangat tidak

sesuai. Kemudian peneliti menterjemahkan kuesioner ke bahasa indonesia. Selanjutnya kuesioner menggunakan skala likert 1-4 dengan rentang nilai 1 sampai dengan nilai 4. Setiap item pertanyaan akan memiliki nilai dengan pembagian sangat sesuai bernilai 4, sesuai bernilai 3, tidak sesuai bernilai 2, dan sangat tidak sesuai bernilai 1. Dengan demikian subjek dapat memilih tingkat kesesuaian keadaan dirinya dengan memilih salah satu angka yang terdapat dalam data ordinal tersebut. Jumlah nilai skoring dibagi dengan pembagian, skor 10-20 termasuk *self-efficacy* rendah, 21-30 termasuk *self-efficacy* sedang, 31-40 termasuk *self-efficacy* tinggi.

4.5.2 Tahap Uji Validitas dan Reabilitas

Instrumen B yaitu kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang sudah tervalidasi yaitu *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS) yang diadaptasi dari penelitian Astuti (2014) yaitu pengaruh relaksasi otot progresif terhadap tingkat kecemasan ibu hamil trimester III di wilayah kerja Puskesmas Sei Pinang Kecamatan Mandau Talawang Kabupaten Kapuas Kalimantan Tengah.

Instrumen C dilakukan uji coba dengan melibatkan subjek primigravida trimester tiga berjumlah 21 orang. Setelah pengujian validatas dan realibilitas dengan program SPSS 16. Penilaian uji menggunakan *Level of Significance* 5% dengan nilai distribusi $r_{tabel} \text{ Product Moment} = 0.433$. Dari 10 pertanyaan, yang memiliki nilai diatas r_{tabel} dan dinyatakan valid adalah sebanyak 8 pertanyaan. Kuesioner memiliki nilai realibilitas tinggi yaitu dengan *cronbach's alpha* 0.785. Pada penelitian ini pernyataan yang tidak valid tidak digunakan dalam kuesioner penelitian. Dengan demikian jumlah nilai skoring dibagi menggunakan skala likert dengan pembagian

menjadi; skor 8-16 termasuk *self-efficacy* rendah, 17-24 termasuk *self-efficacy* sedang, 25-32 termasuk *self-efficacy* tinggi.

Menurut Arikunto (2006) rumus korelasi yang dapat digunakan adalah yang dikemukakan oleh Pearson, yang dikenal dengan rumus korelasi product moment sebagai berikut:

$$R(X_i, Y) = \frac{n(\sum X_i Y) - (\sum X_i \sum Y)}{\sqrt{((\sum X_i^2 - (\sum X_i)^2 / n) (\sum Y^2 - (\sum Y)^2 / n))}}$$

Keterangan:

R = Angka korelasi

X_i = Skor masing-masing pertanyaan ke-i

Y = Skor total

n = Jumlah sampel

Keputusan pada sebuah butir pertanyaan atau faktor pada suatu penelitian dianggap valid dan memenuhi syarat adalah:

- Jika nilai r hitung > r tabel berarti valid
- Jika nilai r hitung < r tabel berarti tidak valid
- Untuk r tabel $\alpha = 0,05$ derajat kebebasan ($df = N-2$)

Teknik Cronbach Alpha digunakan untuk mencari reliabilitas dengan instrumen yang skornya merupakan rentangan beberapa nilai seperti 0-10, 0-1000 atau bentuk skala 1-3, 1-5, dan seterusnya.

$$R_{11} = \frac{(k)}{k-1} = \frac{(1 - \frac{\sum \sigma b^2_k}{\sum \sigma^2})}{k-1}$$

Dimana:

r_{11} = Reliabilitas instrumen

k = Banyak butir pertanyaan

σ^2 = Varian total

$\sum \sigma b^2$ = Jumlah ragam pertanyaan

Teknik untuk menghitung indeks reliabilitas dengan menggunakan koefisien alpha (α) dengan asumsi bila nilai α Cronbach hitung lebih besar dari 0,60 (α Cronbach theory), maka kuesioner dapat dikatakan reliabel.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya, karena pada penelitian sebelumnya oleh Umamah (2011) didapatkan data bahwa 100% dari subjek penelitian yang diikutsertakan mengalami stress dari ringan sampai berat.

4.6.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret tahun 2015.

4.7 Prosedur Pengambilan Data

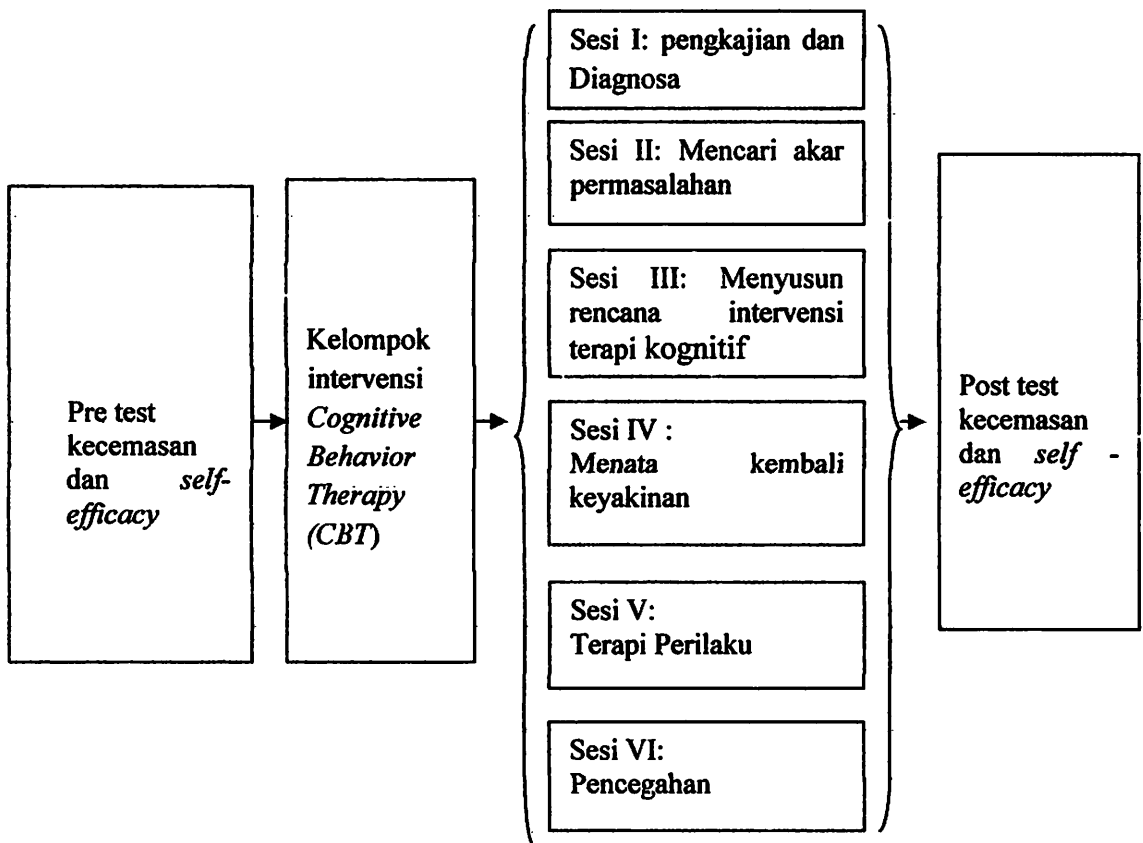
Tahap yang dilakukan peneliti adalah memberi penjelasan kepada ibu hamil trimester tiga tentang tujuan, manfaat, apa yang akan dilakukan selama terapi, serta waktu pelaksanaan. Setelah calon subjek penelitian memahami selanjutnya peneliti meminta kesediaan subjek penelitian untuk mengisi dan menandatangani lembar *informed consent*. Setelah bersedia menandatangani *informed consent*, peneliti memberikan kuesioner A yang berisi data karakteristik subjek penelitian, kemudian

melakukan *pre test* dalam bentuk pemberian kuesioner kecemasan dan kuesioner *self-efficacy*. Tahap berikutnya peneliti mengumpulkan subjek penelitian yang memiliki kecemasan, dan berikutnya subjek penelitian akan dilakukan intervensi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang akan dilakukan secara berkelompok sejumlah 10 orang. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* kelompok dilakukan berdasarkan dasar pemikiran bahwa untuk mengubah perilaku seseorang dibutuhkan stimulus, terapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang dilakukan secara berkelompok akan memberikan *support system* pada ibu hamil, karena merasa memiliki masalah yang sama (Oemarjoedi, 2003). Pertemuan psikolog dengan kelompok subjek penelitian menggunakan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah dipersiapkan oleh peneliti, dan sebelum pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, peneliti telah menjelaskan kepada psikolog pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* berdasarkan SOP.

Cognitive Behavior Therapy (CBT) dilakukan oleh psikolog yang memiliki sertifikat pelatihan CBT. Teknik *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* berkelompok yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggali pikiran-pikiran negatif dan perilaku yang maladaptif serta merubahnya menjadi pikiran yang positif dan perilaku yang adaptif terhadap primigravida trimester tiga yang mengalami kecemasan. Kegiatan terapi dilaksanakan sebanyak 6 sesi dalam 3 kali pertemuan dalam waktu 3 minggu. Setiap pertemuan dilakukan dalam 50 menit untuk tiap pertemuan. Tiap pertemuan terdapat 2 sesi bagian terapi, jeda setiap pertemuan 1 minggu. Selama proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* berlangsung, peneliti berperan sebagai observer, yang mencatat ungkapan pikiran dan perilaku negatif serta positif dari subjek penelitian. Hingga akhir proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* berakhir

(CBT) berakhir tidak ada subjek penelitian yang *drop out*. Setelah itu dilakukan *post test* untuk kecemasan dan *self-efficacy* setelah proses CBT berakhir. Dalam pelaksanaan proses penelitian ini yang terlibat adalah psikolog, pihak Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya sebagai saksi serta peneliti.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional
Cognitive Behavior Therapy (CBT) Dalam Penurunan Kecemasan dan Peningkatan *Self-efficacy* Pada Primigravida Trimester Tiga

4.9 Analisa Data

4.9.1 Analisis Univariat

Penelitian analisis univariat adalah analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoadmodjo, 2005). Karakteristik responden yang

merupakan data yang dianalisis untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi, termasuk dalam data numerik di analisis untuk mengetahui *mean*, *median* dan standar deviasi.

4.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis yaitu melihat pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* terhadap penurunan kecemasan dan peningkatan *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga. Dalam penelitian ini yang akan digunakan adalah uji Wilcoxon

4.10 Etika Penelitian

4.10.1 *Informed Consent* (Lembar persetujuan)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah penelitian. Jika responden bersedia diteliti maka responden harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, namun jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa.

4.10.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, tetapi lembar tersebut akan diberikan kode.

4.10.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti kelompok data tertentu yang akan dilaporkan atau disajikan sebagai hasil penelitian.



BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menyajikan hasil pengumpulan data yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian yaitu Rumah Sakit Ibu Anak Kendangsari Surabaya. Karakteristik ibu hamil meliputi usia subjek, usia kehamilan, pendidikan terakhir, tempat tinggal, status pernikahan, usia pernikahan. Selanjutnya pemaparan data khusus tentang tingkat kecemasan dan *self-efficacy* sebelum dan sesudah mengikuti *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dari hasil kuesioner *Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)* dan *General Perceived Self-Efficacy*.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Ibu Anak Kendangsari (RSIA) merupakan salah satu rumah sakit yang didirikan pada tanggal 4 April 2009 dibawah naungan PT. Sandra Buana Medika dengan lingkup bidang usaha jasa rumah sakit swasta, yang terletak di Jalan Raya Kendangsari 38 Surabaya. RSIA membuka cabang baru di MERR Jalan Dr. Ir. H. Soekarno nomer 2 pada tanggal 8 Agustus 2014. Berdirinya rumah sakit ini diprakarsai oleh dokter-dokter spesialis kebidanan dan kandungan dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan reproduksi kaum perempuan, khususnya ibu hamil dan janin dalam kandungan.

Rumah Sakit Ibu Anak Kendangsari (RSIA) memiliki pelayanan kesehatan 24 jam, yang terdiri dari *ambulance*, Instalasi Gawat Darurat (IGD), instalasi farmasi serta laboratorium. Pelayanan lainnya yang dimiliki oleh RSIA adalah Instalasi rawat jalan (poli spesialis obgyn dan poli spesialis anak), klinik laktasi, ruang bersalin *private*, ruang operasi, ruang bayi, *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*, *Minimal*

Access Surgery (Laparaskopi), dan klinik fertilisasi. Sarana dan prasarana RSIA terdiri atas 1 kamar VVIP, 3 kamar VIP, 5 kamar kelas 1, 4 kamar kelas 2, 1 kamar kelas 3A dan 1 kamar kelas 3.

Bentuk pelayanan yang diberikan Rumah Sakit Ibu Anak Kendangsari meliputi pelayanan kebidanan yaitu pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan normal, pertolongan persalinan patologis, operasi caesar, USG, pemeriksaan kesejahteraan janin dan *parenting class*, vaksinasi kanker serviks, pap smear, doppler, velosimetri, cauterisasi, pelayanan endokrin kandungan meliputi: program kehamilan, KB (Keluarga Berencana), seksologi dan konsultasi gangguan organ reproduksi, pelayanan pediatrik meliputi: konsultasi dan pemeriksaan bayi dan anak, imunisasi, fisioterapi, klinik laktasi, dan pelayanan fisioterapi yang meliputi pijat bayi, senam hamil Yophytta.

Ketenagaan yang dimiliki dirumah sakit ini terdiri dari 8 dokter spesialis kandungan, 6 dokter spesialis anak, 1 dokter spesialis anestesi, 1 dokter umum, bidan, perawat, psikolog, marketing, dan beberapa pendukung lainnya.

5.2 Karakteristik Subjek Penelitian

Analisis karakteristik subjek penelitian yang sesuai usia subjek penelitian, usia kehamilan, pekerjaan, tempat tinggal, dan status pernikahan.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik subjek penelitian

No	Karakteristik	Frekuensi (n=10)	Persentase (%) (n=10)
1.	Usia subjek penelitian		
	a. 20-25 tahun	1	10
	b. 26-30 tahun	8	80
	c. 31-35 tahun	1	1
2.	Usia kehamilan		
	a. 28-31 minggu	6	60
	b. 32-35 minggu	4	40
	c. 36-40 minggu	0	0
3.	Pendidikan		
	a. SMA	1	10
	b. D3	1	10
	c. S1	7	70
	d. S2	1	1
4.	Tempat tinggal		
	a. Sendiri	7	70
	b. Orang tua	2	20
	c. Mertua	1	10
5.	Status pernikahan		
	a. Menikah	10	100
	b. Cerai	0	0
	c. Meninggal	0	0

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa usia subjek penelitian tersebar atas 10% berusia 20-25 tahun, 80% berusia 26-30 tahun, dan 10% untuk berusia 31-35 tahun. Usia kehamilan ibu yang menjadi subjek penelitian terbagi menjadi usia kehamilan antara 28-31 minggu sebesar 60%, usia kehamilan antara 32-35 minggu sebesar 40%. Dapat dijelaskan pula bahwa tingkat pendidikan terakhir subjek penelitian adalah tingkat pendidikan SMA sebesar 10%, diploma tiga sebesar 10%, sarjana sebesar 70%, dan magister sebesar 10%. Status tempat tinggal subjek penelitian dapat dijelaskan yaitu yang tinggal sendiri hanya dengan suami sebesar 70%, yang tinggal dengan orang tua sebesar 20%, dan yang tinggal dengan mertua sebesar 10%. Selanjutnya untuk status pernikahan subjek penelitian dapat dijelaskan bahwa seluruh subjek penelitian (100%) berstatus menikah.

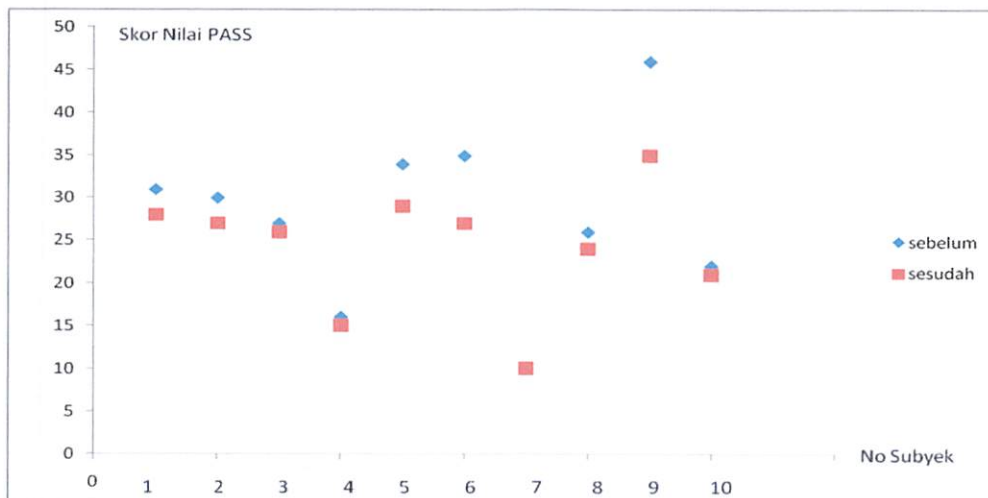
5.3 Identifikasi Tingkat Kecemasan Dan *Self-Efficacy* Primigravida Trimester Tiga Sebelum Dan Setelah Pemberian *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

1) *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) Terhadap Kecemasan Pada Primigravida Trimester Tiga.

Tabel 5.2 Kategori kecemasan *pre test* dan *post test* pada primigravida trimester tiga, Maret 2015.

Karakteristik	<i>Pre Test</i>		<i>Post Test</i>	
	n	%	n	%
Ringan	7	70	9	90
Sedang	3	30	1	10

Berdasarkan data tingkat kecemasan diatas, tabel 5.2 menunjukkan bahwa pada *pre test*, hampir seluruhnya mengalami kecemasan, dengan pembagian 70% mengalami cemas ringan, dan 30% mengalami cemas sedang, dan tidak ada yang mengalami cemas berat, sedangkan pada *post test* sebesar 90% mengalami cemas ringan, dan 10% mengalami cemas sedang dan tidak ada mengalami cemas berat.



Gambar 5.1 Pengaruh *Cognitive Behavoir Therapy* (CBT) terhadap tingkat kecemasan berdasarkan hasil kuesioner PASS pada primigravida trimester tiga di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya tahun 2015.

Tabel 5.3 Tabulasi silang *pre test* dan *post test* tingkat kecemasan primigravida trimester tiga, April 2015.

		<i>Post Test</i>				<i>Total</i>	<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>
		<i>Ringan</i>		<i>Sedang</i>			
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		<i>p</i>
<i>Pre Test</i>	<i>Ringan</i>	7	100	0	0	7	
	<i>Sedang</i>	2	66,67	1	33,33	3	0.007
		9	90	1	10	10	

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui subjek penelitian yang memiliki kecemasan ringan ketika *pre test* dan ketika *post test* masih dalam kategori cemas ringan sebesar 100%. Tidak ada subjek penelitian yang mengalami cemas ringan ketika *pre test* kemudian berubah menjadi cemas sedang ketika *post test*. Subjek penelitian yang memiliki kecemasan sedang pada *pre test* dan ketika *post test* mendapatkan hasil cemas ringan sebesar 66,67%, yang memiliki kategori cemas sedang ketika *pre test* dan ketika *post test* masih dalam kategori cemas sedang sebesar 33,33%.

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Wilcoxon test* dengan menggunakan hasil nilai kuesioner PASS didapatkan hasil $p = 0.007$ sehingga $p \leq \alpha (0,05)$ yang artinya terdapat perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan setelah pemberian *Cognitive Behavoir Therapy (CBT)* pada primigravida trimester tiga.

2) *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap *self-efficacy* Pada Primigravida Trimester Tiga

Tabel 5.4 Kategori *self-efficacy pre test* dan *post test* pada primigravida trimester tiga, Maret 2015.

<i>Karakteristik</i>	<i>Pre Test</i>		<i>Post Test</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sedang</i>	9	90	3	30
<i>Tinggi</i>	1	10	7	70

Berdasarkan data pada tabel 5.4 diatas, ketika *pre test* tidak ada subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy rendah*, jumlah subjek penelitian ketika *pre test* yang memiliki *self-efficacy* sedang sebesar 90% dan *self-efficacy* tinggi sebesar

10%. Setelah diberikan intervensi *cognitive behavior therapy (cbt)* hasil *post test* menunjukkan tidak ada subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy rendah*, jumlah subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy* sedang sebesar 30% dan subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy* tinggi sebesar 70%.



Gambar 5.2 Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* terhadap tingkat *self-efficacy* berdasarkan hasil kuesioner *General Perceived Self-Efficacy* pada primigravida trimester tiga di Rumah Sakit Ibu dan Anak Kendangsari Surabaya tahun 2015.

Tabel 5.5 Tabulasi silang *pre test* dan *post test* tingkat *self-efficacy* primigravida trimester tiga, April 2015.

	Post Test				Total	Wilcoxon Sign Rank Test	p
	Sedang		Tinggi				
	n	%	n	%			
Pre Test	Sedang	3	33.33	6	66.67	9	
	Tinggi	0	0	1	100	1	
		3	30	7	70	10	O.007

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy* sedang ketika *pre test* dan ketika *post test* masih memiliki *self-efficacy* sedang sebesar 33,33%, sedangkan subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy* sedang ketika *pre test* dan ketika *post test* memiliki *self-efficacy* tinggi sebesar 66,67%. Tidak ada subjek penelitian ketika *pre test* yang memiliki *self-efficacy* tinggi

dan ketika *post test* memiliki *self efficacy* sedang, sedangkan sebesar 10% subjek penelitian memiliki *self- efficacy* tinggi ketika *pre test* dan *post test* .

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Wilcoxon test* dengan menggunakan hasil nilai kuesioner *General Perceived Self-Efficacy* didapatkan hasil $p = 0.007$ sehingga $p \leq \alpha (0,05)$ yang artinya ada perbedaan tingkat *self-efficacy* sebelum dan setelah *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* pada primigravida trimester tiga.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap Kecemasan Pada Primigravida Trimester Tiga.

Hasil penelitian ketika *pre test* menunjukkan bahwa keseluruhan subjek penelitian mengalami kecemasan, yang terbagi atas 70% mengalami cemas ringan dan 30% mengalami cemas sedang. Hal ini sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga perubahan psikologis yang memerlukan penyesuaian emosi, pola berfikir dan perilaku yang berlanjut hingga bayi lahir. Tingkat gejala depresi, kecemasan dan stres bervariasi pada kehamilan. Peningkatan depresi terjadi pada awal kehamilan tetapi juga meningkat pada akhir kehamilan (Ding, et al., 2014). Menurut Pantikawati & Saryono (2010), peristiwa kehamilan adalah peristiwa fisiologis. Ada dua macam stressor, yaitu pertama adalah stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, perubahan peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap persalinan, kehilangan pekerjaan. Stressor kedua adalah stressor eksternal, meliputi status marital, maladaptasi, *relationship*, kasih sayang, support mental, *broken home*.

Stuart (2007) menjelaskan kecemasan ringan adalah cemas normal, yang menjadi bagian sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada, tetapi individu masih mampu memecahkan masalah, sedangkan kecemasan sedang adalah cemas yang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal-hal yang penting

dan mengesampingkan yang tidak penting atau bukan menjadi prioritas. Subjek penelitian adalah seorang primigravida yang merupakan wanita yang baru pertama kali mengalami proses kehamilan dan tidak memiliki pengalaman sebelumnya dalam menghadapi proses kehamilan, sehingga kehamilan itu sendiri menjadikan subjek penelitian secara langsung mengalami perubahan secara psikologis yakni mengalami rasa cemas. Kecemasan yang dialami merupakan kecemasan terhadap situasi yang baru dihadapi, dan terhadap hal-hal yang di khawatirkan yang berhubungan dengan kehamilan, bayi, dan persalinanya.

Kecemasan ringan yang dihadapi merupakan kecemasan fisiologis yang merupakan kecemasan normal. Sumber kecemasan itu sendiri adalah proses kehamilan itu sendiri. Ibu khawatir akan keadaan bayi, khawatir keselamatan bayi dan ibu, khawatir proses persalinan, bagaimana keadaan bayi yang akan lahir, bagaimana asupan gizi ibu dan bayi, mitos-mitos negatif tentang kehamilan dan persalinan. Diantara kekhawatiran tersebut subjek penelitian masih dalam tahap normal terhadap situasi kehamilan yang dialami dan masih dapat menjalani proses kehamilan dengan percaya diri walaupun dengan kegelisahan. Pada subjek penelitian yang mengalami kecemasan sedang mengalami keadaan lebih terfokus pada ketakutan dan kekawatiran yang dirasakan, jadi mereka menjalani keseharian dengan membawa hal-hal yang ditakuti dan dikhawatirkan. Dengan adanya keadaan yang dialami tersebut maka akan sudah dapat terlihat tanda-tanda fisik yang menandakan kecemasan tersebut.

Perbedaan kecemasan dilatar belakangi oleh kehidupan dari subjek penelitian, diantaranya dari diri sendiri maupun dari lingkungan sekitar yang akan membentuk perubahan psikologis ketika menghadapi proses kehamilan untuk pertama kalinya.

Faktor diri sendiri dapat dijelaskan yaitu apabila subjek penelitian menjalani proses kehamilan dengan tenang segala hal yang terjadi selama proses kehamilan serta proses persalinan yang akan dihadapi maka kecemasan yang dialaminya akan berbeda bila dibandingkan dengan yang menjalani proses kehamilan dengan rasa khawatir. Begitu pula faktor lingkungan seperti keluarga, teman-teman yang mendukung dengan kepedulian secara langsung maupun tidak langsung akan proses kehamilan menciptakan kecemasan yang lebih rendah dibandingkan dengan yang mengalami hal yang sebaliknya ketika menjalani kehamilannya.

Pada subjek penelitian dengan usia 30-35 tahun, didapatkan memiliki kecemasan sedang. Dalam Videbeck tahun 2008, penyebab timbulnya kecemasan dapat ditinjau dari 2 faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu tidak memiliki keyakinan akan kemampuan diri. Faktor eksternal dari lingkungan seperti ketidaknyamanan akan kemampuan diri, *threat* (ancaman), *conflik* (pertentangan), *fear* (ketakutan), *unfulfilled need* (kebutuhan yang tidak terpenuhi).

Pada subjek yang memiliki usia 30-35 tahun memiliki kecemasan lebih tinggi dibandingkan dengan usia 20-29 tahun. Usia merupakan salah satu faktor ancaman dan ketakutan didalam menjalani proses kehamilan. Subjek yang hamil diusia 30-35 tahun lebih beresiko mengalami kehamilan dan proses persalinan yang berbahaya atau memiliki komplikasi, sehingga faktor penyebab kecemasan bertambah dari yang seharusnya faktor kecemasan fisiologis karena kehamilan bertambah menjadi kecemasan bukan fisiologis.

Hasil penelitian ketika *post test* menunjukkan, seluruh subjek penelitian masih mengalami kecemasan, yang terbagi atas 90% subjek penelitian mengalami cemas ringan dan 10% mengalami cemas sedang. Dalam teori dijelaskan bahwa sejumlah

ketakutan terlihat selama trimester ketiga kehamilan. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak tahu kapan akan melahirkan. Mimpinya mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya. Ibu hamil akan lebih sering bermimpi tentang bayinya, anak-anak, persalinan, kehilangan bayi, atau terjebak disuatu tempat kecil dan tidak bisa keluar. Ibu mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan (Kusmiyati, 2009). Peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga perubahan psikologis yang memerlukan penyesuaian emosi, pola berfikir dan perilaku yang berlanjut hingga bayi lahir.

Dalam penelitian Harianto (2005) menyebutkan masalah psikologis yang biasa dialami ibu hamil terutama primigravida adalah kecemasan dan ketakutan. Tingkat gejala depresi, kecemasan dan stres bervariasi pada kehamilan. Peningkatan depresi pada awal kehamilan akan terjadi, begitu pula pada akhir kehamilan (Ding, et al., 2014). Subjek penelitian yang tidak mengalami perubahan tingkat kecemasan ketika *post test* memiliki bayangan-bayangan tentang hal-hal yang dikhawatirkan, sehingga kecemasan terhadap kehamilan itu akan tetap ada sampai proses kehamilan berakhir dengan berlalunya proses persalinan dan lahirnya bayi serta mendapatkan keadaan dirinya dan bayi selamat dan sehat.

Hasil *post test* menunjukkan ada 20% subjek penelitian mengalami perubahan tingkat kecemasan setelah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, yaitu kecemasan sedang menjadi kecemasan ringan. Stuart (2009) mengatakan tujuan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah untuk merubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu. Menurut Beck *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah suatu bentuk terapi yang dirancang

untuk mengidentifikasi dan mengubah cara pikir yang tidak rasional dan tidak produktif, dan untuk mengurangi emosi-emosi negatif (Wade & Tavris, 2007).

Pada subjek penelitian yang mengalami perubahan tingkat kecemasan antara *pre test* dan *post test*, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Sukandar (2009) tentang keefektifan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* secara individual untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta menjelaskan bahwa *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* secara bermakna menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil. Subjek penelitian mampu menerapkan dengan baik arahan selama proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dengan menemukan pikiran dan perilaku yang negatif selama kehamilan, kemudian mampu menentukan pikiran positif dan perilaku positif yang ditemukan. Dengan sikap menentukan pikiran dan perilaku tersebut maka mereka akan memiliki keyakinan dan dapat menerapkan pikiran-pikiran positif dan perilaku positif yang menjadikan subjek penelitian otomatis mengalami perubahan pola pemikiran, sehingga ketakutan-ketakutan serta kekhawatiran yang menjadi pemikiran selama proses kehamilan dialihkan menjadi pemikiran yang lebih positif dan mempertahankan hal-hal tersebut didalam menjalani proses kehamilan dan di dalam menghadapi proses persalinan. Dengan terbentuknya pikiran dan perilaku yang positif itulah pada akhirnya terjadi penurunan tingkat kecemasan yang lebih rendah.

Pada hasil *post test*, terdapat 80% subjek penelitian yang masih dalam tingkat kecemasan yang sama dengan *pre test*. Dalam proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* akan dilakukan teknik untuk mendorong klien menentang pikiran-pikiran tidak rasional dan mencari pikiran lain yang lebih positif (King, 2012). Kekurangan dari *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* salah satunya adalah hanya menilai keadaan

saat itu saja (Young, 2007). Pelaksanaan proses *pro test* dilaksanakan saat berakhirnya sesi terakhir dari *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* menyebabkan penginternalisasi hasil dari proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* tidak terjadi secara maksimal. Penerapan teknik CBT yang dilakukan dalam waktu yang singkat oleh subjek penelitian belum dapat menciptakan banyak pemikiran dan perilaku positif sebagai pengganti pikiran dan perilaku positif, selain itu belum dapat mempertahankan pikiran dan perilaku yang positif. Oleh karena itu walaupun subjek penelitian mengalami penurunan nilai kecemasan antara *pre test* dan *post test* (lihat lampiran) yang dapat menjadikan nilai kecemasan lebih rendah, namun tidak membuat perubahan pada kategori tingkat kecemasan antara *pre test* dan *post test*.

Subjek penelitian no 7 setelah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, hasil *post test* menunjukkan tidak adanya perubahan kategori kecemasan maupun nilai kecemasan. Berbagai hipotesis menerangkan timbulnya cemas pada ibu hamil mulai dari teori biologi (perubahan hormonal dan neurokimia), psikologis (tipe kepribadian dan cara berfikir), dan sosial (tingkat pendidikan, penghasilan, hubungan dengan pasangan, kekerasan dalam rumah tangga) (WHO, 2008). *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak (Sudiyanto, 2007). Berdasarkan pernyataan-pernyataan tersebut dapat diidentifikasi subjek penelitian ini mengalami kecemasan yang disebabkan bukan oleh pola pemikiran individu tetapi oleh penyebab lain, sehingga *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang diberikan tidak memberikan dampak pada kecemasannya. Berdasarkan hipotesis yang lain yang telah dijelaskan diatas,

kemungkinan penyebab kecemasan subjek penelitian adalah karena perubahan biologi dan neurokimia atau sosial.

Cognitive Behavior Therapy (CBT) merupakan psikoterapi yang berfokus pada kognisi yang dimodifikasi secara langsung, yaitu dengan mengubah pikiran maladaptif dan kemudian secara tidak langsung juga akan mengubah tingkah laku yang nampak (*overt action*) (Wade & Tavris, 2007). Salah satu kekurangan dari *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah membutuhkan waktu yang lama dalam proses pelaksanaannya (Young, 2007). Dalam Kneisel (2004) *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dalam pelaksanaannya dilakukan dalam 6-20 sesi. Oemarjoedi (2003) *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* sedikitnya dilakukan 12 sesi, namun karena disesuaikan dengan kultur indonesia, sesi dalam *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dapat dilakukan dibawah 12 sesi. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti berlangsung 6 sesi, yaitu sesi yang paling sedikit, yang dilaksanakan dalam waktu 3 minggu dan dilakukan tiap minggu. Seperti dijelaskan pada penulisan *Randomized Controlled Triall* terhadap pasien dengan gangguan kecemasan, dengan hasil yaitu CBT secara bermakna mengalami perbaikan klinis dalam waktu 3 bulan dan 6 bulan (Fricchione, 2004)

Hasil uji *wilcoxon signed rank test* dengan menggunakan hasil nilai setelah menjawab kuesioner PASS, menunjukan hasil kemaknaan $p = 0,007$ dimana $p \leq 0,05$. Dengan demikian dapat diartikan terdapat penurunan tingkat kecemasan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. Dalam hasil analisis data ada penurunan nilai kecemasan antara *pre test* dan *post test* walaupun tidak ada perubahan kategori kecemasan. Dalam lampiran dapat dilihat, terdapat 1 orang yang mengalami penurunan yang besar pada skor kecemasan yakni

subjek penelitian no 6 dan 9 yakni memiliki perubahan 8 dan 11 menjadi lebih rendah dari *pre test*, sedangkan yang lain mengalami perubahan skor antara 1-3. Perbedaan skor baik yang mengalami penurunan yang besar maupun kecil, beberapa diantaranya tidak berpengaruh pada perubahan tingkat kecemasan atau masih berada didalam kategori tingkat kecemasan yang sama tetapi memiliki nilai yang berbeda. Dapat dilihat dalam lampiran subjek penelitian no 9 yang mengalami penurunan nilai kecemasan yang besar namun tetap berada pada tingkat kecemasan yang sama antara *pre test* dan *post test*. Hal ini dikarenakan rentang kecemasan tiap kategori tingkat kecemasan yang lebar yaitu kategori cemas ringan 1-31, cemas sedang 32-62, dan cemas berat 63-94.

Dilain sisi subjek penelitian no 5 memiliki penurunan nilai kecemasan 5 yang lebih kecil penurunan nilai kecemasanya dari subjek penelitian no 9, namun ada perubahan kategori tingkat kecemasan, dari cemas sedang ketika *pre test* menjadi cemas ringan ketika *post test*. Kejadian ini dapat dijelaskan, karena nilai *pre test* dari subjek penelitian no 5 berada dekat dengan batas terbawah dari cemas sedang, sehingga ketika terjadi penurunan nilai kecemasan yang kecilpun dapat menjadikan subjek penelitian no 6 berada pada batas nilai teratas cemas ringan, yang membuat perubahan kategori tingkat kecemasan menjadi berubah antara *pre test* dan *post test*. Sehingga ketika *pre test* mengalami cemas sedang, setelah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* mendapatkan nilai *post test* mengalami cemas ringan.

6.2 Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap *Self-Efficacy* Pada Primigravida Trimester Tiga.

Hasil penelitian pada variabel *self-efficacy* ketika *pre test* didapatkan 90% subjek penelitian memiliki *self efficacy* sedang dan sebesar 10% memiliki *self-efficacy* tinggi. Bandura dan Wood menjelaskan bahwa *self- efficacy* mengacu pada keyakinan akan kemampuan individu untuk menggerakkan motivasi, kemampuan kognitif, dan tindakan yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan situasi. Menurut Bandura (1997) bahwa *self-efficacy* individu dapat dilihat dari tiga dimensi, yaitu tingkat (*level*), keluasan (*generality*), kekuatan (*strength*) (Ghufron & Risnawati, 2014). Bandura (1997) menguraikan proses psikologis *self-efficacy* dalam mempengaruhi fungsi manusia yaitu diantaranya proses kognitif : menetapkan tujuan dan sasaran perilaku sehingga individu dapat merumuskan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut, proses motivasi : individu berusaha memotivasi diri dengan menetapkan keyakinan pada tindakan yang akan dilakukan, merencanakan tindakan yang akan direalisasikan, proses afeksi: proses yang terjadi secara alami dalam diri individu dan berperan dalam menentukan intensitas pengalaman emosional. Afeksi ditujukan dengan mengontrol kecemasan dan perasaan depresif yang menghalangi pola-pola pikir yang benar untuk mencapai tujuan, proses seleksi : proses seleksi berkaitan dengan kemampuan individu untuk menyeleksi tingkah laku dan lingkungan yang tepat, sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

Subjek penelitian yang sudah mengetahui situasi yang dihadapi, sehingga mengerti dimana harus mencari informasi untuk mencari jawaban atas pertanyaan yang menjadi masalah yang timbul dalam diri selama proses persalinan, sehingga *self-efficacy* yang dimiliki dalam batas sedang. Pada subjek penelitian yang

memiliki *self-efficacy* tinggi, sudah memiliki keyakinan akan keberhasilan dalam menghadapi proses kehamilan, mampu memilih perilaku yang positif selama proses kehamilan, sehingga memiliki keyakinan akan berhasil melalui proses kehamilan dengan kemampuan yang dimiliki. Selain itu didalam proses terbentuknya *self-efficacy* apabila subjek penelitian tersebut memiliki pelaksanaan yang baik dalam proses pembentukannya, baik itu proses kognitif yaitu dimana subjek penelitian mampu mengenali masalah dalam proses kehamilan yang dihadapi dan dapat menentukan tindakan mengatasi masalah tersebut, selanjutnya proses motivasi yakni bagaimana memotivasi diri sendiri untuk yakin terhadap tindakan yang telah ditentukan, proses afeksi yaitu bagaimana pengontrolan emosi didalam menghadapi masalah dengan memanfaatkan pengalaman masa lalu, dan terakhir adalah proses seleksi yaitu bagaimana subjek penelitian menentukan perilaku yang tepat sehingga dapat mencapai hal yang diharapkan. Dengan baiknya penentuan dalam proses-proses tersebut akan menciptakan subjek penelitian yang memiliki *self-efficacy* tinggi.

Hasil kategori *self-efficacy* ketika *post test* 70% subjek penelitian mengalami peningkatan menjadi *self-efficacy* tinggi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Florensa (2013) bahwa terapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang diberikan mampu meningkatkan *self-efficacy*. Peningkatan *self-efficacy* disebabkan adanya perubahan terhadap penilaian diri yang semula negatif namun setelah mendapat *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merubah penilaian diri menjadi positif. Menurut Bandura (1997) emosi yang kuat, takut, cemas, stress, dapat mengurangi *self-efficacy*. Penekanan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah mengubah perasaan dan perilaku dengan mengubah pikiran serta *self-efficacy* yang merupakan tujuan

penting dalam *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* (King, 2012). Ketika proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, subjek penelitian berkenan dan dapat mempertahankan perasaan, pikiran, dan perilaku yang negatif menjadi positif, sehingga yang akan ada adalah pikiran dan perilaku positif dalam menunjang proses kehamilan, hal ini otomatis akan membuang ketakutan, kecemasan yang dirasakan, selanjutnya peningkatan *self-efficacy* akan terjadi.

Ketika *post test* masih ada 30% dari subjek penelitian masih memiliki *self-efficacy* yang sedang. Oei (1999) menyatakan bahwa pada situasi stressful, seringkali individu menghadapinya dengan menggunakan pemahaman atau pengalaman masa lalu. Masalahnya, pemahaman tersebut seringkali berupa kognisi yang maladaptif dan memicu emosi negatif (Beck, dalam Spiegler & Guevremont, 2003). Subjek penelitian yang pernah mendapatkan informasi yang negatif tentang proses kehamilan, seperti mitos-mitos dan situasi yang menakutkan dalam proses persalinan, akan membuat mereka cenderung membuat interpretasi sendiri. Seharusnya hal ini terdahululah yang seharusnya diatasi, selanjutnya barulah dilakukan pada proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* agar dapat mengubah *self-efficacy* menjadi lebih baik. Jika hal tersebut belum teratasi maka intervensi tersebut tidak mendapatkan hasil yang maksimal.

Hasil penelitian menunjukan 10% subjek penelitian memiliki *self-efficacy* tinggi ketika *pre test* dan ketika *post test* masih memiliki *self-efficacy* tinggi dengan memiliki nilai peningkatan *self-efficacy*. Pada umumnya keyakinan berada diluar kesadaran. Keyakinan merupakan kebiasaan atau secara otomatis, yang terdiri atas aturan-aturan dasar tentang bagaimana menjalani kehidupan di dunia. Dengan latihan manusia dapat menggali keyakinan yang ada dibawah alam sadarnya (Froggatt,

2005). Berdasarkan pemikiran tersebut subjek penelitian yang telah memiliki kesadaran akan keyakinanya tetap dapat mempertahankan *self-efficacy* dirinya. Bahkan hasilnya terdapat sedikit peningkatan setelah proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dilakukan.

Pada subjek penelitian nomer 4 didapatkan mengalami penetapan nilai *self-efficacy* dari kuesioner *General Perceived Self-Efficacy*. Tingkat *self-efficacy* seseorang akan mempengaruhi motivasi. Orang dengan *self-efficacy* tinggi, akan memilih tugas-tugas yang lebih menantang (Bandura, 1997). Berdasarkan pernyataan tersebut dapat dikaitkan bahwa subjek penelitian ini tidak mau mengambil tantangan selama proses CBT untuk menemukan pikiran dan perilaku otomatis positif yang dilatih untuk menggantikan pikiran dan perilaku otomatis negatif.

Pada subjek nomer 9 memiliki kecemasan yang sedang tetapi memiliki *self-efficacy* tinggi ketika *post tes*. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* bekerja dengan mengubah kognitif dan perilaku negatif menjadi positif, dan tujuan akhir dari *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah *self-efficacy* (King, 2012). Dalam teori Lawrence Green, *self-efficacy* merupakan salah satu pembentuk perilaku. Perilaku dibentuk dari *Predisposing factors*, *Reinforcing factors*, *Enabling factor*. *Predisposing factors* terdiri dari *Knowledge*, *beliefs*, *values*, *attitudes*, *confidence* yang merupakan *self-efficacy* (Nursalam, 2013).

Menurunnya kecemasan subjek dikarenakan dapat mengendalikan situasi dan menghasilkan hal-hal yang positif sehingga dalam proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* ditunjang dengan meningkatkan *self-efficacy*. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* bekerja dengan menjadikan kognitif dan perilaku subjek menjadi positif otomatis *self-efficacy* menjadi lebih tinggi, karena *self-efficacy* bagian dari

pembentuk perilaku. Dilihat dari nilai kecemasan pada subjek sudah menurun menjadi lebih kecil, namun tidak menjadikan subjek memiliki perubahan kategori kecemasan lebih rendah setelah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* karena rentang nilai kecemasan yang lebar. Dengan menurunnya nilai kecemasan subjek, nilai *self-efficacy* meningkat hingga berubah menjadi kategori yang lebih tinggi walaupun kecemasan tetap pada kategori yang sama.

Hasil uji *wilcoxon signed rank test* menunjukkan hasil kemaknaan $p = 0,007$ dimana $p \leq 0,05$. Dengan demikian dapat diartikan terdapat peningkatan tingkat *self-efficacy* yang signifikan antara sebelum dan setelah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan psikoterapi yang berfokus pada kognisi yang dimodifikasi secara langsung, yaitu dengan mengubah pikiran maladaptif dan kemudian secara tidak langsung juga akan mengubah tingkah laku yang nampak (*overt action*) (Wade & Tavris, 2007). Menurut Bandura (1997) emosi yang kuat, takut, cemas, stress, dapat mengurangi *self-efficacy*. Dengan berubahnya pikiran menjadi positif maka terjadi perubahan perasaan (afeksi) dan perilaku positif untuk meningkatkan kesehatan sehingga kecemasan dapat menurun. Menurunnya kecemasan individu, dapat mengendalikan situasi dan menghasilkan hal-hal yang positif dan akan diiringi dengan peningkatan *self-efficacy* (Roberts & Grenne, 2008). Dengan mengkaji kognitif dan perilaku negatif dan kemudian menggali kognitif dan perilaku yang positif untuk diaplikasikan dan dipertahankan akan menciptakan pola pikir yang positif dalam menghadapi situasi yakni proses kehamilan, sehingga memiliki kepercayaan diri yang positif dalam menyelesaikan situasi yang dihadapi.

Pada hasil penelitian didapatkan hasil yang signifikan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* terhadap kecemasan dan *self-efficacy*. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* membantu individu dalam mengidentifikasi pikiran-pikiran tidak rasional, dan akan dibantu serta dilatih dalam mempertahankan pikiran rasional tersebut. Dalam proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* akan dilakukan teknik untuk mendorong klien menentang pikiran-pikiran ini dan mencari cara pikiran lain yang lebih positif, (King, 2012). Dengan berubahnya pikiran menjadi positif maka terjadi perubahan perasaan (afeksi) dan perilaku positif untuk meningkatkan kesehatan sehingga kecemasan dapat menurun. Dengan menurunnya kecemasan, individu dapat mengendalikan situasi dan menghasilkan hal-hal yang positif dan akan diiringi dengan peningkatan *self-efficacy* (Roberts & Grenne, 2008).

subjek yang sebelumnya memiliki kognitif yang negatif seperti takut proses persalinan, takut bayi lahir tidak sehat, takut kehamilan tidak berjalan lancar, yang selanjutnya diiringi dengan perilaku yang negatif yaitu marah-marah, menangis, susah memulai tidur, insomnia, hingga panik berubah menjadi kognitif yang positif yaitu menjadi pemikiran ibu dan bayi akan selamat dan sehat dalam proses persalinan, dapat menjalani proses kehamilan dengan aman dan lancar yang selanjutnya diiringi perubahan perilaku positif dengan tidur cukup, tenang, sering berkomunikasi dengan keluarga dan suami, dan tidur nyenyak. Dengan berubahnya pola pikir tersebut menjadikan menurunnya tingkat kecemasan pada subjek penelitian, sehingga timbulnya kepercayaan diri subjek didalam menjelang persalinan, sehingga *self-efficacy* didalam menghadapi proses kehamilan di trimester ketiga meningkat lebih baik.

6.3 Keterbatasan Peneliti

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan, yaitu:

- 1) Jumlah sampel yang sedikit
- 2) Pelaksanaan *post test* proses penelitian ini dilakukan langsung setelah subjek penelitian menyelesaikan sesi terakhir pada proses pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, sehingga subjek penelitian tidak cukup waktu untuk menginternalisasi hasil dari *Cognitive-Behavior Therapy (CBT)* yang telah dilakukan.
- 3) Pada pernyataan dalam *kuesioner general self-efficacy* masih terdapat 2 pernyataan yang tidak valid dalam uji validitas.

BAB 7 PENUTUP

BAB 7 PENUTUP

7.1. Kesimpulan

1. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* secara signifikan dapat menurunkan kecemasan pada primigravida trimester tiga.
2. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* secara signifikan dapat meningkatkan *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga.

7.2. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Cognitive Behavior Therapy (CBT) sebagai intervensi mandiri yang dapat diberikan oleh perawat di rawat inap dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan *self-efficacy* pada primigravida trimester tiga.

2. Bagi Penelitian

- 1) Untuk penelitian selanjutnya, sebaiknya intervensi diberikan dalam waktu yang lebih lama dengan sesi yang lebih panjang, dan menggunakan populasi yang lebih banyak dengan kelompok kontrol dan diberikan perlakuan pembandingan sehingga diharapkan mendapatkan hasil yang lebih baik.
- 2) Untuk penelitian selanjutnya pengukuran kecemasan dapat dilakukan dengan melakukan uji laboratorium melalui pemeriksaan β Endorphin agar didapatkan hasil pengukuran yang akurat.
- 3) Pengukuran *self-efficacy* pada penelitian berikutnya sebaiknya dilakukan modifikasi item dalam kuesioner *General Perceived Self-Efficacy* dan dilakukan uji validitas lagi.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abbaszadeh, F., Bagherv, A., & Mehran, N. (2009). Quality of life among pregnant women. [Versi elektronik]. *Jornal Hayat* , 15 (1), 41-48.
- Adriaansz, Wiknjosastro & Waspodo. (2007). *Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjdo
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hosli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? a critical review of the literature. [Versi elektronik]. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* , 20 (3), 189-209.
- Arch, J. J. (2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among. [Versi elektronik]. *Behavior Research nd Therapy* , 52, 53-60.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Astuti, M. S. (2014). *Pengaruh relaksasi otot progresif terhadap tingkat kecemasan ibu hamil trimester III di wilayah kerja puskesmas sei pinang kecamatan mandau taiawang kabupaten kapuas kalimantan tengah*. Skripsi. Tidak diterbitkan. Universitas Airlangga, Surabaya
- Azari, G., Shirudi, G., & Javad, K. (2013). Effectiveness of hardiness training on anxiety and quality of life of pregnancy women. [Versi elektronik]. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1785–1789.
- Bandura, Albert. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 359-373.
- Bakshi. (2008). Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirht. [Versi elektronik]. *Journal of Gynecology and Obstetric*, 10 (14), 98-102.
- Bastable, S. B. (2002). *Perawat sebagai pendidik*. Jakarta: EGC
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Kohlman, V. C., & Humphreys, J. (2009). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. [Versi elektronik]. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* , 36 (5), 410-418.
- Bobak. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas (maternity nursing)*. Jakarta: EGC.
- Brooker, C. (2008). *Ensiklopedia keperawatan*. Jakarta: EGC

- Brunton, R. J., Dryer, R., Saliba, A., & Kohlhoff, J. (2015). Pregnancy anxiety: a systematic review of current scales. [Versi elektronik]. *Journal of Affective Disorders* , 15, 1-41.
- outu, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregorio, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., et al. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. [Versi elektronik]. *Sao Paulo Med J* , 127 (4), 185-189.
- Ding, X.-X., Wu, Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., et al. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes. [Versi elektronik]. *Journal of Affective Disorders* , 159, 104-110.
- Florensia. (2013). *Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap efikasi diri dan depresi pada remaja sekolah menengah pertama di kota Bogor*. Tesis magister, Tidak diterbitkan. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Fontaine, K. (2009). *Mental health nursing* (7 ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Fricchione, G. (2004). Generalized anxiety disorder. *N England J Med* , 351, 657-682.
- Froggatt, W. (2005). A brief introduction to rational emotive behavior therapy. *Journal Of Rational Emotive Behavior Therapy*, version februari.
- Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Goman, J. M., et al. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic. [Versi elektronik]. *Behavior Resaarch and Therapy* , 51, 767-777.
- Girsang, B. M. (2013). Pengobatan perilaku kognitif untuk depresi postpartum cognitive behavior therapy for postpartum depression. [Versi elektronik]. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 8 (1),9-12.
- Ghufron, M. N., & Risnawati, R. (2014). *Teori-teori psikologis*. Jokjakarta: AR-Ruzz Media.
- Green, L. (1991). *Precede-proceed framework*. Colombia: My fieldPublishing Company
- Henderson, C. (2005). *Buku ajar konsep kebidanan*. Jakarta : EGC.
- Kaplan, H., & Sadock B. (1998). *Ilmu kedokteran jiwa darurat*. Widya Medika: Jakarta,

- Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited. [Versi elektronik]. *Elsevier*, 23 (3), 107-113.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Rencana strategis kementrian kesehatan tahun 2010- 2014*. www.Depkes.go.id. Diakses tanggal 17 Desember 2014.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Senyum keluarga posyandu untuk menyelamatkan ibu*. www.Depkes.go.id. Diakses tanggal 17 Desember 2014.
- King, L. A. (2012). *Psikologis umum*. Jakarta: Salemba Humanika
- Kneisel, C.R. (2004). *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*. New Jersey : Pearson Education
- Kurnia, Nova. (2009). *Menghindari gangguan saat melahirkan & panduan lengkap mengurus bayi*. Yogyakarta: Panji Pustaka
- Kusmiyati, Yuni. (2009). *Perawatan ibu hamil*. Yogyakarta: Fitramaya
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. [Versi elektronik]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21 (4), 21224.
- Lubis, L. N., & Othman, H. B. (2011). Dampak intervensi kelompok cognitive behavioral therapy dan kelompok dukungan sosial dan sikap menghargai diri sendiri pada kalangan penderita kanker payudara. [Versi elektronik]. *Makara Kesehatan*, 15 (2), 65-72.
- Manning, M., & Wright, T. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*. 42, 421-431.
- Maramis, W. (2006). *Ilmu perilaku dalam pelayanan kesehatan*. Surabaya: Airlangga Universty Press.
- Maulana, M. (2007). *Cara cerdas menghadapi kehamilan dan mengasuh bayi*. Jokjakarta : Katahati.
- Michael, T. A., Revest, P. (2007). The nervous system : basic science and clinical condition. *Elsevier*, 1, 304-312.
- Musbikin, Imam. (2005). *Panduan bagi ibu hamil & melahirkan*. Yogyakarta: Mitra Pustaka.
- Noorkasiani, Heryati, & Imail, R. (2009). *Sosiologi keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Notoadmojo. (2005). *Metedologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nursalam. (2013). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oemarjoedi, K. A. (2003). *Pendekatan ognitive behavior dalam psikoterapi*. Jakarta: Kreatif Media.
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for Perinatal Depression: What Do Women Want?. [Versi elektronik]. *Cognitive and Behavior Practice* , 19, 359-371.
- Osman, A. Z. (2008). Keefektifan cognitive behavior (cbt) untuk menurunkan tingkat kecemasan dan menurunkan kualitas hidup tahanan/narapidana penyalahgunaan napza di rumah tahanan kelas I Surakarta. Tesis dokter, tidak diterbitkan. Universitas Negeri Sebelas Maret, Surakarta.
- Pantikawati, I., & Saryono. (2010). *Asuhan kebidanan (kehamilan)*. Yokyakarta: Nuha Medika.
- Prawirihardjo, S. (2008). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Puty, I., & Wibowo, A. (2012). Pengaruh keikutsertaan senam hamil terhadap kecemasan primigravida trimester ketiga dalam menghadapi persalinan. [Versi elektronik]. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 1(1), 26–31.
- Roberts, A. R., & Grenne, J. G. (2008). *Buku pintar pekerja sosial* (1 ed.). (S. Gaspersz, & E. Y. Fangohoy, Eds.) Jakarta: Gunung Mulia.
- Schultz, D., & Schultz, SE. (1994). *Theories of personality 5th edition*. California: Brooks/Cole.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON
- Soetjiningsih. (2004). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahanya*. Jakarta: Sagung Seto
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., Page, A.C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation.[Versi Elektronik]. *Archives of Women's Mental Health*. DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8

- Spiegler, M.D., & Guevremont, D.C. 2003. *Contemporary behavior therapy*. Victoria: Thomson Wadsworth
- Stolte, K. M. (2003). *Diagnosa keperawatan sejahtera*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. (2006). *Buku saku keperawatan jiwa* (5 ed). Jakarta: EGC
- Stuart, G. W. (2007). *Buku saku keperawatn jiwa* (6 ed.). Jakarta: EGC.
- Stuarts, G. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9 ed.). Missouri: Mosby, Inc.
- Sudiyanto, A. (2007). *Cognitive behavior therapy*. "Bimbingan Teknis Psikoterapi". Surakarta: Bagian Psikiatri FK UNS/ RS. Dr. Moewardi.
- Sukandar, A. (2009). Keefektifan cognitive behavior therapy (cbt). Tesis Dokter, tidak diterbitkan. Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Susanti, N. N. (2008). *Psikologis kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Umamah, F. (2011). Senam kehamilan yophytta dalam mengurangi tingkat kecemasan menuju proses persalinan pada primigravida di rumah sakit ibu dan anak Kendangsari Surabaya. Tesis Magister. Uneversitas Airlangga, Surabaya.
- Utami, A., & Lestari, W. (2008). Perbedaan tingkat kecemasan primigravida dengan multigravida dalam megadapi kehamilan. [Versi elektronik]. *Jurnal Mers Indonesia* , 1 (2), 86-94.
- Videbeck, & Sheila, L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wade, C., & Tavris, C. (2007). *Psikologis* (9 ed.). Jakarta: Erlangga

LAMPIRAN

Lembar Penjelasan

Penelitian ini bermanfaat dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan *self-efficacy* pada ibu hamil primigravida trimester tiga.

Nama Penelitian	: Linda Juwita
Judul Penelitian	: Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Peningkatan <i>Self-Efficacy</i> Ibu Primigravida Trimester Tiga
Tujuan Penelitian	: Menjelaskan Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Peningkatan <i>Self-Efficacy</i> Ibu Primigravida Trimester Tiga
Perlakuan yang diberikan	: <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i>
Manfaat Penelitian	: Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan maternitas dan keperawatan jiwa yang berhubungan dengan ibu hamil yang mengalami kecemasan dan <i>self-efficacy</i> yang rendah
Manfaat bagi subjek	: Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan terapi non farmakologis untuk penurunan kecemasan dan peningkatan <i>self-efficacy</i> pada primigravida trimester tiga dengan mengubah pola pikir negatif menjadi pola pikir positif
Efek samping	: Tidak ada

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

1. Ibu hamil akan diminta untuk menjawab pertanyaan (± 20 menit) tentang kecemasan dan *self-efficacy* ibu hamil yang diberikan melalui lembar isian/kuesioner setelah menandatangani *Informed Consent* sebelum senam hamil dilaksanakan
2. Ibu hamil akan diberi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* secara berkelompok oleh psikolog untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan *self-efficacy*.
3. Lama waktu pelaksanaan CBT adalah setiap 1 kali dalam seminggu selama 3 kali pertemuan, setiap pertemuan 50 menit.
4. Waktu pelaksanaan CBT setiap hari Sabtu setelah sesi 1 dan sebelum sesi 2 senam hamil.
5. Tempat pelaksanaan CBT di ruang senam hamil RSIA Kendangsari Surabaya
6. Pertemuan pertama pengkajian dan diagnosa, mencari akar masalah, terapi kognitif, menata keyakinan, terapi perilaku dan pencegahan.
7. Setelah Pemberian CBT ibu hamil akan diberikan lembar isian kembali tentang kecemasan dan *self-efficacy* ibu hamil yang diberikan melalui lembar isian/kuesioner yang harus diisi ibu hamil dan dikumpulkan ke peneliti.
8. Sebagai pengganti waktu dalam kegiatan ini ibu hamil akan mendapatkan souvenir dari peneliti.

Jika ibu ingin berkomunikasi dengan peneliti, bisa menghubungi:

Nama : Linda Juwita
Alamat : Nginden 6B no. 7 Surabaya
No. Telepon : 085237476892

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

Surabaya, Maret 2015

Yang mendapat penjelasan

Yang memberi penjelasan

(.....)

Linda Juwita

Saksi

(.....)

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

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

Nama :
Alamat :
No. Telepon :

Bahwa saya menyatakan bersedia/tidak bersedia dengan sukarela ikut berperan sebagai subjek dalam penelitian yang berjudul :

“Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Peningkatan *Self-Efficacy* Primigravida Trimester Tiga “

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran

surabaya, Maret 2015

Yang membuat persetujuan

Yang memberi penjelasan

(.....)

Linda Juwita

Saksi

(.....)

Instrumen A
DATA DEMOGRAFI DAN DATA PRIBADI

Isilah data diri dibawah ini

Coret pilihan yang tidak sesuai

- | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|
| 1. Nama | : | |
| 2. Usia Ibu | : | Tahun |
| 3. Usia Kehamilan | : | Minggu |
| 4. Pendidikan Terakhir | : | |
| 5. Tempat Tinggal | : | Sendiri/Orang tua/Mertua |
| 6. Status Pernikahan | : | Menikah/Cerai/Meninggal |
| 7. Usia Pernikahan | : | |
| 8. Tinggi Badan | : | Kurang 145 cm/ Lebih 145 cm |
| 9. Pernah Abortus(Keguguran) | : | ya/tidak |
| 10. Recana Persalinan | : | Normal/Sectio Secarea |
| 11. Jumlah Kehadiran Senam Hamil | : | |

Intrumen B
Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)

No. Kode / No. Responden :

Petunjuk Pengisian

1. Berilah tanda (√) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling benar sesuai dengan pendapat anda
2. Dalam beberapa bulan terakhir, seberapa sering anda mengalami hal-hal berikut :

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Khawatir terhadap bayi atau kehamilan				
2.	Takut jika bahaya akan datang pada bayi				
3.	Merasa takut terhadap hal-hal buruk yang akan terjadi				
4.	Khawatir tentang banyak hal				
5.	Khawatir tentang masa depan				
6.	Merasa kelelahan				
7.	Merasa takut terhadap jarum, darah, kelahiran, sakit / nyeri, dll				
8.	Mendadak merasa takut atau tidak nyaman yang berlebihan				
9.	Memikirkan suatu hal secara berulang-ulang dan sulit untuk dihentikan atau dikontrol				
10.	Sulit untuk tidur, bahkan ketika memiliki kesempatan untuk tidur				
11.	Merasa harus melakukan hal-hal dengan cara yang tepat atau sesuai dengan aturan				
12.	Menginginkan segala sesuatu menjadi sempurna				
13.	Merasa perlu untuk mengendalikan segala hal				
14.	Kesulitan untuk berhenti memeriksa atau melakukan sesuatu secara berlebihan				

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
15.	Merasa gelisah atau mudah terkejut				
16.	Merasa khawatir akan berbagai pikiran yang datang secara berulang-ulang				
17.	Menjadi waspada atau merasa perlu untuk mengawasi sesuatu hal				
18.	Merasa terganggu akan kenangan yang datang berulang-ulang, mimpi-mimpi dan mimpi buruk.				
19.	Merasa khawatir apabila saya akan mempermalukan diri saya sendiri dihadapan orang lain				
20.	khawatir bahwa orang lain akan menilai saya negatif				
21.	Merasa sangat tidak nyaman berada ditengah-tengah keramaian				
22.	Menghindari kegiatan sosial karena hal tersebut akan membuat saya gugup				
23.	Menghindari hal-hal yang membuat saya merasa risau				
24.	Merasa terpisah seakan saya melihat diri saya sendiri seperti di film				
25.	Lupa mengenai waktu dan tidak mampu mengingat apa yang telah terjadi				
26.	Kesulitan untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan baru				
27.	Khawatir tidak mampu melakukan suatu hal				
28.	Suatu pikiran yang tidak dapat berhenti dan membuat sulit untuk berkonsentrasi				
29.	Takut kehilangankendali				
30.	Merasa panik				
31.	Merasa gelisah				

Instrumen C
GENERAL PERCEIVED SELF-EFFICACY

Pernyataan dibawah ini beberapa situasi yang ibu rasakan yang berhubungan dengan trimester tiga kehamilan saat ini. Berikan tanda “√” pada salah satu kolom jawaban yang telah tersediakan :

No	Pernyataan	Jawaban			
		Sangat Sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai	Sangat Tidak Sesuai
1	Saya bisa mengatasi masalah yang sulit jika saya berusaha sekuat tenaga				
2	Jika seseorang menentang saya, saya bisa mencari jalan keluar dan sumber daya (berbagai hal pendukung) untuk mendapatkan apa yang saya inginkan				
3	Sangat mudah bagi saya untuk tetap memegang teguh tujuan saya dalam pencapaian banyak hal				
4	Saya yakin kalau saya mampu menghadapi semua kejadian yang tidak diharapkan				
5	Saya tahu bagaimana mengatasi situasi yang tidak terduga karena kecerdikan saya				
6	Saya bisa tetap tenang saat menghadapi kesulitan karena saya bergantung pada kemampuan koping (pengatasan/penanggulungan masalah) saya				
7	Saat saya menghadapi masalah, biasanya saya bisa menemukan beberapa solusi				
8	Biasanya saya bisa mengatasi apapun masalah yang datang dengan cara saya sendiri				

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

Sesi 1 dan 2: Orientasi kelompok, pengkajian, diagnosa dan mencari akar permasalahan yang bersumber dari emosi negatif, penyimpangan proses berfikir dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan

Tujuan

Klien mampu :

1. Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif tentang diri klien
2. Mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
3. Memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu
4. Mengidentifikasi pikiran untuk melawan pikiran negatif secara rasional
5. Melawan pikiran negatif yang paling mengganggu secara rasional

Setting

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangan nyaman dan tenang

Alat

1. Lembar kehadiran
2. Lembar evaluasi
3. SOP

Langkah-langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Melakukan seleksi klien
2. Membuat kontrak dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara berkelompok selama 6 sesi, dimana setiap pertemuan dilakukan 2 sesi dan waktu pelaksanaan masing-masing 50 menit yang dilakukan setiap minggu.

3. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

- 1) Salam dari terapis
- 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
- 3) Mempersilahkan klien menyebutkan nama panggilan secara bergiliran

b. Evaluasi/validasi : menanyakan perasaan klien saat ini

C. Kontrak

- 1) Menepakati pelaksanaan CBT sebanyak 3 kali pertemuan
- 2) Menepakati sesi 1 dan 2 yaitu orientasi kelompok, pengkajian, diagnosa dan mencari akar permasalahan
- 3) Menjelaskan tujuan sesi 1 dan 2 yaitu
 - a) Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif tentang diri klien diantaranya :

No	Pernyataan
1.	Khawatir terhadap bayi atau kehamilan
2.	Takut jika bahaya akan datang pada bayi
3.	Khawatir tentang banyak hal
4.	Khawatir tentang masa depan
5.	Merasa takut terhadap jarum, darah, kelahiran, sakit / nyeri, dll
6.	Mendadak merasa takut atau tidak nyaman yang berlebihan
7.	Memikirkan suatu hal secara berulang-ulang dan sulit untuk dihentikan atau dikontrol
8.	Merasa khawatir akan berbagai pikiran yang datang secara berulang-ulang
9.	Merasa terganggu akan kenangan yang datang berulang-ulang, mimpi-mimpi dan mimpi buruk.
10.	khawatir bahwa orang lain akan menilai saya negatif
11.	Merasa terpisah seakan saya melihat diri saya sendiri seperti di film
12.	Khawatir tidak mampu melakukan suatu hal
13.	Suatu pikiran yang tidak dapat berhenti dan membuat sulit untuk berkonsentrasi
14.	Takut kehilangan kendali

- b) Memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu
- c) Mengidentifikasi pikiran untuk melawan pikiran negatif secara rasional
- d) Melawan pikiran negatif yang paling mengganggu secara rasional
- 4) Terapis menjelaskan tata tertib sebagai berikut
 - a) Lama Kegiatan 50 menit
 - b) Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - c) Jika ada klien yang meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis

D. Fase kerja

- a. Terapis meminta klien secara bergantian untuk menyebutkan pikiran otomatis negatif
- b. Terapis meminta klien secara bergantian untuk menyebutkan perilaku negatif akibat pikiran negatif hingga seluruh klien
- c. Terapis meminta masing-masing klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu untuk diatasi
- d. Terapis meminta setiap klien menyampaikan pikiran negatif yang dipilih
- e. Terapis meminta klien secara bergantian menyebutkan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif hingga seluruh klien
- f. Terapis meminta tanggapan klien yang lain dalam kelompok
- g. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat

E. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
 - 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif

- 3) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran negatif
- 4) Mengevaluasi kemampuan klien melawan pikiran dan perilaku otomatis negatif dengan pikiran dan perilaku rasional
- 5) Memberikan umpan balik positif atas keberhasilan klien

b. Tindak Lanjut

- 1) Anjurkan klien untuk melawan pikiran negatif jika muncul kembali
- 2) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif
- 3) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran otomatis negatif yang lain
- 4) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan perilaku negatif yang lain akibat pikiran negatif
- 5) Buat jadwal klien latihan melawan pikiran otomatis negatif dengan pikiran rasional

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 dan 4
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan 3 dan 4

F. Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung khususnya pada fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 dan 2 adalah kemampuan klien mengungkapkan pikiran otomatis negatif, mengungkapkan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif, mengungkapkan pikiran rasional untuk melawan

pikiran otomatis negatif dan kemampuan menggunakan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif.

Sesi 3 dan 4: Terapi Kognitif (Menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif-negatif kepada klien) dan Menata kembali keyakinan yang menyimpang

Tujuan

Klien mampu:

- 1. Klien mampu menyusun rencana untuk mengubah pikiran negatif yang muncul akibat stressor dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien**
- 2. Klien mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif**
- 3. Klien mampu mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif**
- 4. Klien mampu melawan pikiran negatif yang dipilih dengan menggunakan pikiran rasional**
- 5. Klien mampu menerapkan terapi secara konsisten**

Setting

- 1. Pertemuan dilakukan di ruang senam**
- 2. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran**
- 3. Suasana harus tenang**

Alat

- 1. Lembar Kehadiran**
- 2. Lembar evaluasi**
- 3. SOP**

Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-langkah Kegiatan**A. Persiapan**

1. Mengingat kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan**1. Orientasi**

- a) Salam terapeutik : Salam dari terapis kepada klien

2. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif dan menyusun rencana perilaku positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
- 3) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah
- 4) Menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif yang muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)
- 5) Menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran yang paling mengganggu dengan menggunakan pikiran rasional
- 6) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif yang paling mengganggu
- 7) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif

- 8) Menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
- 9) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 10) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

C. Kontrak

- 1) Menepakati terapi sesi 3 dan 4, yaitu Terapi Kognitif (Menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif-negatif kepada klien) dan Menata kembali keyakinan yang menyimpang
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 3 dan 4:
 - a) Klien mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif
 - b) Klien mampu mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
 - c) Klien mampu melawan pikiran negatif yang dipilih dengan menggunakan pikiran rasional
 - d) Klien mampu menerapkan terapi secara konsisten

D. Fase Kerja

- a. Terapis meminta setiap klien menyampaikan pikiran negatif yang dipilih
- b. Terapis meminta menyampaikan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
- c. Terapis meminta klien secara bergantian menyebutkan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
- d. . Terapis melatih melawan pikiran negatif
(Terapis memberi contoh melawan pikiran negatif satu klien, yaitu meminta klien mengingat dan mengatakan pikiran negatif yang dipilih kemudian meminta klien mengatakan pikiran rasional dengan membaca daftar pikiran rasional yang telah dicatat)
- e. Berikan pujian atas keberhasilan klien

f. Terapis melatih kembali melawan pikiran negatif

- 1) Terapis menanyakan perilaku mana yang akan dipraktikkan sebagai contoh
- 2) Terapis memberikan konsekuensi sesuai dengan hasil perilaku yang dicontohkan
- 3) Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai
- 4) Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi
- 5) Terapis mengingatkan klien untuk menerapkan terapi secara konsisten dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktikkan perilaku baru yang adaptif
- 6) Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati
- 7) Terapis memberi contoh melawan pikiran negatif satu klien, yaitu meminta klien mengingat dan mengatakan pikiran negatif yang dipilih kemudian minta klien mengatakan pikiran rasional dengan membaca daftar pikiran rasional yang telah dicatat
- 8) Meminta klien untuk melakukan latihan tersebut minimal 2 (dua) kali
- 9) Evaluasi perasaan klien setelah melakukan pelatihan ini
- 10) Berikan pujian atas keberhasilan klien

g. Terapis meminta tanggapan klien yang lain dalam kelompok

h. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat seluruh klien

E. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah melaksanakan pikiran baru yang dipelajari
- 2) Terapis menanyakan pada klien pikiran positif yang muncul saat ini

- 3) Terapis menanyakan pada klien perilaku baru apa yang akan dilakukan
- 4) Berikan pujian untuk jawaban klien
- 5) Mengevaluasi kemampuan klien dalam melatih terapi perilaku
- 6) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
- 7) Mengevaluasi kemampuan klien melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
- 8) Memberikan umpan balik positif atas keberhasilan klien

b. Tindak Lanjut

- 1) Anjurkan klien untuk melawan pikiran negatif jika muncul kembali dan catat di buku kerja
- 2) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif
- 3) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran otomatis negatif yang lain
- 4) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan perilaku negatif yang lain akibat pikiran negatif

F. Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati

Sesi 5 dan 6 : Terapi Perilaku dan pencegahan**Tujuan**

1. Klien mampu memilih perilaku negatif yang akan dirubah, antara lain

No	Pernyataan
1.	Merasa kelelahan
2.	Merasa takut terhadap jarum, darah, kelahiran, sakit / nyeri, dll
3.	Sulit untuk tidur, bahkan ketika memiliki kesempatan untuk tidur
4.	Merasa harus melakukan hal-hal dengan cara yang tepat atau sesuai dengan aturan
5.	Menginginkan segala sesuatu menjadi sempurna
6.	Merasa perlu untuk mengendalikan segala hal
7.	Kesulitan untuk berhenti memeriksa atau melakukan sesuatu secara berlebihan
8.	Merasa gelisah atau mudah terkejut
9.	Menjadi waspada atau merasa perlu untuk mengawasi sesuatu hal
10.	Merasa khawatir apabila saya akan mempermalukan diri saya sendiri dihadapan orang lain
11.	Merasa sangat tidak nyaman berada ditengah-tengah keramaian
12.	Menghindari kegiatan sosial karena hal tersebut akan membuat saya gugup
13.	Menghindari hal-hal yang membuat saya merasa risau
14.	Lupa mengenai waktu dan tidak mampu mengingat apa yang telah terjadi
15.	Kesulitan untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan baru
16.	Merasa panik
17.	Merasa gelisah

2. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki
3. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. Klien mampu menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien
5. Klien mampu menampilkan perilaku yang adaptif dalam mengatasi masalah-masalah yang timbul
6. Klien mampu secara aktif membentuk pikiran dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi

7. Klien Mampu mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang senam
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Klien duduk membentuk lingkaran dengan terapis

Alat

1. Lembar kehadiran
2. Lembar evaluasi
3. SOP

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab
2. Dinamika Kelompok

Langkah-Langkah Kegiatan

A. Persiapan

- 1) Mengingatkan kontrak dengan klien
- 2) mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi

- 1) Salam dari terapis kepada klien

2. Evaluasi /Validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan pada klien tentang kemampuan latihan cara mengatasi pikiran otomatis yang negatif yang sudah sebelumnya

- 3) Menanyakan pada klien apakah pikiran negatif sering muncul dan bagaimana hasil latihan klien secara mandiri untuk mengatasi pikiran otomatis negatif
- 4) Menanyakan pada klien tentang kemampuan klien dalam mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati
- 5) Memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah
- 6) Menanyakan pada klien perilaku mana yang akan dilatih untuk dirubah pada pertemuan ini
- 7) Menanyakan perasaan klien setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
- 8) Memberikan pujian atas keberhasilan klien

C. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 5 dan 6
- 2) Menjelaskan tujuan sesi 5 dan 6 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien dan mempertahankannya

D. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan klien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif setelah mengalami kejadian traumatis
- b. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang perilaku negatif yang mau dirubah
- c. Terapis bersama klien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki klien

- d. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru (relaksasi, deep reathing, cara komunikasi dan sosialisai yang benar)
- e. Terapis menjelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang baru dipelajari
- f. terapis membantu klien untuk mempraktekan perilaku baru yang disepakati
- g. Terapis bersama klien membuat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
- h. Anjurkan klien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku positif
- i. Catat kegiatan yang dilakukan dalam jadwal kegiatan harian klien

E. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan pada klien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif
- 2) Terapis menanyakan perasaan klien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari
- 3) Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis negatif
- 4) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi sesi 1-6
- 5) Menanyakan kembali manfaat terapi setelah mengikuti seluruh sesi dalam CBT
- 6) Memberikan pujian atas partisipasi dan keberhasilan klien
- 7) Berikan pujian untuk jawaban klien

b. Tindak Lanjut

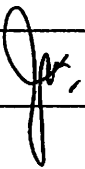
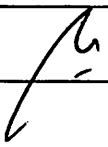
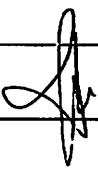
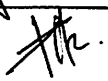
- 1) Anjurkan klien untuk mempaktekan perilaku baru yang disepakati
- 2) Bantu klien untuk memasuki kegiatan mempraktekan perilaku baru
- 3) Menganjurkan klien melatih kembali untuk semua kemampuan yang telah dimiliki

F. Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan menyusun rencana perilaku

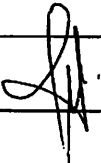
Lembar Kehadiran

Pertemuan : I

Subyek Penelitian	(Paraf)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

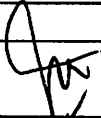
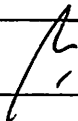
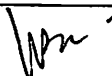
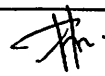
Lembar Kehadiran

Pertemuan : II

Subyek Penelitian	(Paraf)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Lembar Kehadiran

Pertemuan : iii

Subyek Penelitian	(Paraf)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Lembar Evaluasi

LEMBAR EVALUASI SESI 1 DAN 2

Evaluasi Struktur		Evaluasi Proses		Evaluasi Hasil	
1. Peserta hadir ditempat yang sudah ditentukan untuk CBT	(✓)	1. Peneliti meseleksi klien	(✓)	1. Klien mampu mengidentifikasi pikiran otomatis negatif tentang diri klien	(✓)
2. CBT dilaksanakan di ruang senam hamil	(✓)	2. Peneliti membut kontrak tentang pelaksanaan CBT	(✓)	2. Klien mampu mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif	(✓)
		3. Peneliti mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	(✓)	3. Klien mampu memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu	(✓)
		4. Terapis memberi salam.	(✓)	4. Klien mampu mengidentifkasi pikiran untuk melawan pikiran negatif secara rasional	(✓)
		5. Terapis memperkenalkan nama dan panggilan terapis	(✓)	5. Klien mampu melawan pikiran negatif yang paling mengganggu secara rasional	(✓)
		6. Terapis mempersilahkan klien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan secara bergiliran	(✓)	6. Klien mengikuti kegiatan hingga selesai.	(✓)
		7. Terapis menanyakan perasaan klien saat ini	(✓)	7. Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang dicapai.	(✓)
		8. Terapis dan klien menyepakati pelaksanaan CBT sebanyak 3 kali pertemuan	(✓)		
		9. Terapis dan klien menyepakati sesi 1 dan 2 yaitu orientasi kelompok, pengkajian, diagnosa dan mencari akar permasalahan	(✓)		
		10. Terapis menjelaskan tujuan sesi 1 dan 2 yaitu	(✓)		
		11. Terapis menjelaskan tata tertib	(✓)		
		12. Terapis meminta klien secara bergantian untuk menyebutkan pikiran otomatis negatif	(✓)		
		13. Terapis memita klien secara bergantian untuk menyebutkan perilaku negatif akibat pikiran negatif hingga seluruh klien	(✓)		
		14. Terapis meminta masing-masing klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu untuk diatasi	(✓)		
		15. Terapis meminta setiap klien menyampaikan pikiran negatif yang dipilih	(✓)		
		16. Terapis meminta klien			

		secara bergantian menyebutkan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif hingga seluruh klien	(✓)		
		17. Terapis meminta tanggapan klien yang lain dalam kelompok	(✓)		
		18. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat	(✓)		
		19. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan	(✓)		
		20. Terapis mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi pikiran otomatis negative	(✓)		
		21. Terapis mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran negative	(✓)		
		22. Terapis mengevaluasi kemampuan klien melawan pikiran otomatis negatif dengan pikiran rasional	(✓)		
		23. Terapis memberikan umpan balik positif atas keberhasilan klien	(✓)		
		24. Terapis melakukan tindak lanjut kegiatan CBT.	(✓)		
		25. Terapis membuat kontrak yang akan datang dengan klien	(✓)		

LEMBAR EVALUASI SESI 3 DAN 4

Evaluasi Struktur		Evaluasi Proses		Evaluasi Hasil	
1. Klien hadir ditempat yang sudah ditentukan untuk CBT	(✓)	1. Peneliti mengingatkan kontrak dengan klien	(✓)	1. Klien mampu menyusun rencana untuk mengubah pikiran negatif yang muncul akibat stressor dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien	(✓)
2. CBT dilaksanakan di ruang senam hamil	(✓)	2. Peneliti mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	(✓)	2. Klien mampu merubah pikiran negatif menjadi pikiran positif	(✓)
		3. Terapis memberi salam.	(✓)	3. Klien mampu mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif	(✓)
		4. Terapis menanyakan perasaan klien saat ini	(✓)	4. Klien mampu melawan pikiran negatif yang dipilih dengan menggunakan pikiran rasional	(✓)
		5. Terapis menanyakan pada klien tentang kemampuan melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif dan menyusun rencana perilaku positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien	(✓)	5. Klien mampu menerapkan terapi secara konsisten	(✓)
		6. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah	(✓)	6. Klien mengikuti kegiatan hingga selesai.	(✓)
		7. Terapis menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif yang muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)	(✓)	7. Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang dicapai.	(✓)
		8. Terapis menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran yang paling mengganggu dengan menggunakan pikiran rasional	(✓)		
		9. Terapis menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif yang paling mengganggu	(✓)		
		10. Terapis menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif	(✓)		
		11. Terapis menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif	(✓)		

		12. Terapis meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan	(✓)		
		13. Terapis memberi pujian jika klien telah melakukannya	(✓)		
		14. Terapis dan klien menyepakati pelaksanaan sesi 3 dan sesi 4	(✓)		
		15. Terapis menjelaskan tujuan sesi 3 dan 4 yaitu	(✓)		
		16. Terapis meminta setiap klien menyampaikan pikiran negatif yang dipilih	(✓)		
		17. Terapis meminta menyampaikan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif	(✓)		
		18. Terapis meminta klien secara bergantian menyebutkan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif	(✓)		
		19. Terapis melatih melawan pikiran negatif	(✓)		
		20. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, klien	(✓)		
		21. Terapis melatih kembali melawan pikiran negatif	(✓)		
		22. Terapis meminta tanggapan klien yang lain dalam kelompok	(✓)		
		23. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat seluruh klien	(✓)		
		24. Terapis menanyakan perasaan klien setelah melaksanakan pikiran baru yang dipelajari	(✓)		
		25. Terapis menanyakan pada klien pikiran positif yang muncul saat ini	(✓)		
		26. Terapis menanyakan pada klien perilaku baru apa yang akan dilakukan	(✓)		
		27. Terapis memberikan pujian untuk jawaban klien	(✓)		
		28. Terapis mengevaluasi kemampuan klien dalam melatih terapi perilaku	(✓)		
		29. Terapis mengevaluasi	(✓)		

		kemampuan klien mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif	✓		
		30. Terapis mengevaluasi kemampuan klien melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional	✓		
		31. Terapis memberikan umpan balik positif atas keberhasilan klien	✓		
		32. Terapis menganjurkan klien untuk melawan pikiran negatif jika muncul kembali dan catat di buku kerja	✓		
		33. Terapis menganjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif	✓		
		34. Terapis menganjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran otomatis negatif yang lain	✓		
		35. Terapis menganjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan perilaku negatif yang lain akibat pikiran negatif	✓		

LEMBAR EVALUASI SESI 5 DAN 6

Evaluasi Struktur		Evaluasi Proses		Evaluasi Hasil	
1. Klien hadir ditempat yang sudah ditentukan untuk CBT	(✓)	1. Peneliti mengingatkan kontrak dengan klien	(✓)	1. Klien mampu memilih perilaku negatif yang akan dirubah Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki	(✓)
2. CBT dilaksanakan di ruang senam hamil	(✓)	2. Peneliti mempersiapkan alat dan tempat pertemuan	(✓)	2. Klien mampu mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif	(✓)
		3. Terapis memberi salam.	(✓)	3. Klien mampu menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien	(✓)
		4. Terapis menanyakan perasaan klien saat ini	(✓)	4. Klien mampu menampilkan perilaku yang adaptif dalam mengatasi masalah-masalah yang timbul	(✓)
		5. Terapis menanyakan pada klien apakah pikiran negatif sering muncul dan bagaimana hasil latihan klien secara mandiri untuk mengatasi pikiran otomatis negatif	(✓)	5. Klien mampu secara aktif membentuk pikiran dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi	(✓)
		6. Terapis menanyakan pada klien tentang kemampuan klien dalam mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati	(✓)	6. Klien Mampu mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan	(✓)
		7. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah	(✓)	7. Klien mengikuti kegiatan hingga selesai.	(✓)
		8. Terapis menanyakan pada klien perilaku mana yang akan dilatih untuk dirubah pada pertemuan ini	(✓)	8. Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang dicapai.	(✓)
		9. Terapis menanyakan perasaan klien setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan	(✓)		
		10. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien	(✓)		
		11. Terapis dan klien menyepakati pelaksanaan sesi 5 dan sesi 6	(✓)		

		12. Terapis menjelaskan tujuan sesi 5 dan 6 yaitu	(✓)		
		13. Terapis menjelaskan tujuan sesi 5 dan 6 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada klien dan mempertahankannya	(✓)		
		14. Terapis mendiskusikan dengan klien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif setelah mengalami kejadian traumatis	(✓)		
		15. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang perilaku negatif yang mau dirubah	(✓)		
		16. Terapis bersama klien mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki klien	(✓)		
		17. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru (relaksi, deep reathing, cara komunikasi dan sosialisai yang benar)	(✓)		
		18. Terapis menjelaskan pada klien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang baru dipelajari	(✓)		
		19. terapis membantu klien untuk mempraktekan perilaku baru yang disepakati	(✓)		
		20. Terapis bersama klien membuat komitmen tentang bagaimana klien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif	(✓)		
		21. Terapis menganjurkan klien untuk mempertahankan	(✓)		

		pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku positif 22. Terapis menanyakan pada klien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif 23. Terapis menanyakan perasaan klien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari 24. Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis negatif 25. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi sesi 1-6 26. Terapis menanyakan kembali manfaat terapi setelah mengikuti seluruh sesi dalam CBT 27. Terapis memberikan pujian atas partisipasi dan keberhasilan klien 28. Terapis menganjurkan klien untuk memaktekan perilaku baru yang disepakati 29. Terapis membantu klien untuk memasuki kegiatan mempraktekan perilaku baru 30. Terapis menganjurkan klien melatih kembali untuk semua kemampuan yang telah dimiliki	(✓) (✓) (✓) (✓) (✓) (✓) (✓) (✓) (✓) (✓)		
--	--	--	---	--	--

Statistik Uji Validitas dan Realibilitas Kuesioner *Self- Efficacy*
Correlations

		Correlations										
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOT
P1	Pearson Correlation	1	.383	.358	.068	-.079	-.125	.254	.137	.137	.395	.447*
	Sig. (2-tailed)		.086	.111	.768	.733	.589	.266	.552	.552	.076	.042
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P2	Pearson Correlation	.383	1	.401	.700**	.258	.016	.315	.359	.188	.258	.737**
	Sig. (2-tailed)	.086		.071	.000	.259	.944	.164	.110	.416	.259	.000
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P3	Pearson Correlation	.358	.401	1	.356	.345	.405	.507*	.078	.241	.493*	.745**
	Sig. (2-tailed)	.111	.071		.114	.126	.069	.019	.737	.292	.023	.000
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P4	Pearson Correlation	.068	.700**	.356	1	.577**	.411	.356	.251	.091	.144	.727**
	Sig. (2-tailed)	.768	.000	.114		.006	.064	.113	.272	.694	.532	.000
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P5	Pearson Correlation	-.079	.258	.345	.577**	1	.158	.322	-.079	-.316	.143	.451*
	Sig. (2-tailed)	.733	.259	.126	.006		.494	.155	.733	.163	.537	.040
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P6	Pearson Correlation	-.125	.016	.405	.411	.158	1	.102	-.050	-.050	.158	.296
	Sig. (2-tailed)	.589	.944	.069	.064	.494		.661	.830	.830	.494	.193
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P7	Pearson Correlation	.254	.315	.507*	.356	.322	.102	1	.280	.102	.482*	.686**
	Sig. (2-tailed)	.266	.164	.019	.113	.155	.661		.219	.661	.027	.001
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P8	Pearson Correlation	.137	.359	.078	.251	-.079	-.050	.280	1	.475*	.395	.478*
	Sig. (2-tailed)	.552	.110	.737	.272	.733	.830	.219		.030	.076	.028
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

P9	Pearson Correlation	.137	.188	.241	.091	-.316	-.050	.102	.475*	1	.395	.369
	Sig. (2-tailed)	.552	.416	.292	.694	.163	.830	.661	.030		.076	.100
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
P10	Pearson Correlation	.395	.258	.493*	.144	.143	.158	.482*	.395	.395	1	.649**
	Sig. (2-tailed)	.076	.259	.023	.532	.537	.494	.027	.076	.076		.001
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
TOT	Pearson Correlation	.447*	.737**	.745**	.727**	.451*	.296	.686**	.478*	.369	.649**	1
	Sig. (2-tailed)	.042	.000	.000	.000	.040	.193	.001	.028	.100	.001	
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	21	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	21	100.0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.785	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	19.571	7.657	.337	.782
p2	19.857	6.129	.630	.735
p3	20.048	6.148	.583	.745
p4	20.095	6.090	.581	.745
p5	20.143	7.429	.380	.777
p7	20.095	6.390	.571	.747
p8	19.714	7.714	.312	.785
p10	20.143	7.129	.504	.761

Surat Permohonan Bantuan Fakultas Untuk Pengambilan Data Awal Mahasiswa
Prodi Magister Fakultas Keperawatan



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Surabaya, 2 Maret 2015

Nomor : 85 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktu RS Ibu dan Anak
Kendangsari Surabaya
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 : Linda Juwita, S.Kep.Ns
NIM : 13134153035
Judul Penelitian : Pengaruh cognitive behavior therapy (CBT) terhadap penurunan kecemasan dan peningkatan self efficacy primigravida trimester tiga.

Tempat : RSIA Kendangsari

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Wakil Dekan I
M. Triharini, SKp. M.Kep
NIP. 197904242006042002

Surat Jawaban Permohonan Pengambilan Data Awal



Rumah Sakit Ibu & Anak
KENDANGSARI
Demi Bunda dan Buah Hati Tercinta

Surabaya, 3 Febuari 2015

Nomor : 004/RSIA-KS/EKS/II/2015
Lampiran :-
Perihal : Jawaban Surat Permohonan Penelitian

Kepada Yth.

Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Dengan hormat,

Berdasarkan Surat Nomor : 364 / UN3.1.12/PPd / S2 / 2014 Tanggal 29 Desember 2014

Perihal Permohonan ijin penelitian kepada Mahasiswa :

Nama : Linda Juwita, S.Kep. Ns

NPM : 131314153035

Judul Penelitian : Pengaruh cognitive behavior therapy untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan self efficacy primigravida trimester tiga.

Tempat : RSIA Kendangsari Surabaya

Bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas dapat kami terima untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit kami.

Atas Perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur RSIA Kendangsari


KENDANGSARI
Demi Bunda dan Buah Hati Tercinta
dr. Sugeng Ristanto, MARS

Surat Keterangan Lulus Kaji Etik



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 : 54-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 :

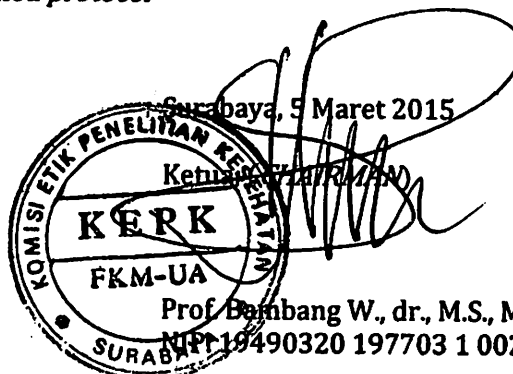
The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBY)
TERHADAP PENURUNAN KECEMASAN DAN PENINGKATAN *SELF-EFFICACY*
PRIMIGRAVIDA TRIMESTER TIGA"

Peneliti utama : Linda Juwita, S.Kep., Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

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



Surat Permohonan Bantuan Fakultas Untuk Pelaksanaan Penelitian Mahasiswa
Prodi Magister Fakultas Keperawatan



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Surabaya, 2 Maret 2015

Nomor :  /UN3.1.12/PPd/S2/2015
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktu RS Ibu dan Anak
Kendangsari Surabaya
di –

Tempat

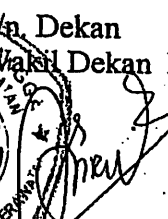
Dengan hormat,

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 : Linda Juwita, S.Kep.Ns
NIM : 13134153035
Judul Penelitian : Pengaruh cognitive behavior therapy (CBT) terhadap penurunan kecemasan dan peningkatan self efficacy primigravida trimester tiga.

Tempat : RSIA Kendangsari

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.


Wakil Dekan I
M. Triharini, SKp. M.Kep
NIR 197904242006042002

Tabulasi Data Responden

No	Usia (Tahun)	Usia Kehamilan (Minggu)	Pendidikan Terakhir	Tempat Tinggal	Status Pernikahan	cemas		Self-efficacy	
						Pre	Post	Pre	Post
1	32	33	S1	sendiri	menikah	ringan	ringan	sedang	sedang
2	29	32	S1	sendiri	menikah	ringan	ringan	sedang	sedang
3	28	29	S1	sendiri	menikah	ringan	ringan	sedang	tinggi
4	28	28	S1	orang tua	menikah	ringan	ringan	sedang	sedang
5	30	29	SMA	sendiri	menikah	sedang	ringan	sedang	tinggi
6	31	31	D3	sendiri	menikah	sedang	ringan	sedang	tinggi
7	26	30	S1	sendiri	menikah	ringan	ringan	tinggi	tinggi
8	28	32	S1	sendiri	menikah	ringan	ringan	sedang	tinggi
9	32	32	S2	mertua	menikah	sedang	sedang	sedang	tinggi
10	28	31	S1	orang tua	menikah	ringan	ringan	sedang	tinggi

Skor Kecemasan *Pre Test* Dan *Post Test* Pada Primigravida Trimester Tiga

No	Skor Kecemasan		Beda
	Pre	Post	
1	31	28	3
2	30	27	3
3	27	26	2
4	16	15	1
5	34	29	5
6	35	27	8
7	10	10	0
8	26	24	2
9	46	35	11
10	22	21	1

Lampiran 16

Skor *Self-Efficacy Pre Test* Dan *Post Test* Pada Primigravida Trimester Tiga

No	Skor Self-efficacy		Beda
	Pre	Post	
1	21	22	1
2	20	24	4
3	23	26	3
4	23	23	0
5	24	25	1
6	23	27	4
7	25	26	1
8	23	25	2
9	24	27	3
10	22	26	4

Hasil Uji *Wilcoxaon Test* Kecemasan Terhadap *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
setelah - sebelum Negative Ranks	9 ^a	5.00	45.00
Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	1 ^c		
Total	10		

a. setelah < sebelum

b. setelah > sebelum

c. setelah = sebelum

Test Statistics^b

	setelah - sebelum
Z	-2.677 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.007

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 18

Hasil Uji *Wilcoxon Test Self-efficacy Terhadap Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
setelah - sebelum Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
Ties	1 ^c		
Total	10		

- a. setelah < sebelum
- b. setelah > sebelum
- c. setelah = sebelum

Test Statistics^b

	setelah - sebelum
Z	-2.687 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.007

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

Surat Balasan Pelaksanaan Penelitian



Rumah Sakit Ibu & Anak
KENDANGSARI
Demi Bunda dan Buah Hati Tercinta

Surabaya, 11 Mei 2015

Nomor : 012/RSIA-KS/EKS/V/2015
Lampiran :-
Perihal : Jawaban Surat Permohonan Penelitian

Kepada Yth.

Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

Dengan hormat,

Berdasarkan Surat Nomor : 364 / UN3.1.12/PPd / S2 / 2014 Tanggal 29 Desember 2014
Perihal Permohonan ijin penelitian kepada Mahasiswa :

Nama : Linda Juwita, S.Kep. Ns
NPM : 131314153035
Judul Penelitian : Pengaruh cognitive behavior therapy untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan self efficacy primigravida trimester tiga.
Tempat : RSIA Kendangsari Surabaya
Psikolog : Maria Agnes Roosmi Pratiwi, SpSi. Psi

Bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit kami.

Atas Perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

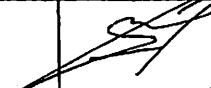
Direktur RSIA Kendangsari

KENDANGSARI
Demi Bunda dan Buah Hati Tercinta

dr. Sugeng Ristanto, MARS

Lembar Konsultasi Revisi Tesis

Nama Mahasiswa : Linda Juwita
NIM : 131314153035
Nama Pembimbing : Prof. Dr. Baidar Santoso, dr., SpOG(K)

No	Tanggal	Masukan Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1	25-5-15	pembahasan ditambah	
2	25-5-15	Saran untuk tambahan kapitulan	
3	25-5-15	Pembahasan	
4	25-5-15	kesimpulan dan saran.	
5	25-5-15	Bab 3	
TESIS		PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOR...	LINDA JUWITA

Lembar Konsultasi Tesis (Revisi)

Nama Mahasiswa : Linda Juwita.
NIM : 131314153035
Nama Pembimbing : Mira Triharini, S.K.P., M.Kep

No	Tanggal	Masukan Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1	27-5-15	Self efficacy teori.	
2	27-5-15	pembahasan sub bab no 0.	

Lembar Konsultasi Tesis (Revisi)

Nama Mahasiswa : Linda Juwita.

NIM : 131314183035

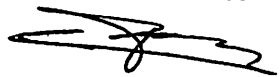
Nama Pembimbing : Dr. Hermanto Tj, A., SpOG (K)

No	Tanggal	Masukan Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1	26-5-15	Lampiran AFI dirapuf.	
2	26-5-15	Abstract dan executive summary diperbaiki.	
3	26-5-15	Kesimpulan langsung menga. wah tujuan.	
4	26-5-15	Membrak statat.	

Lembar Konsultasi Tesis (Rerem)

Nama Mahasiswa : Linda Juwita
 NIM : 131314153035
 Nama Pembimbing : Eddy Yunitasari, S.Pd., Nc., M.Ps

No	Tanggal	Masukan Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1	27-5-15	Penulisan kata pengantar.	
2	27-5-15	proses Prop osal dituliskan	
3	27-5-15	Prosedur penelitian lebih detail.	
4	27-5-15	UAT statistik dengan angka total nilai tesioner	
5	27-5-15	Bab III ditambah	
6	27-5-15	pembahasan ditambah di data 2 ekstrim dan catatan 3 keal.	



Lembar Konsultasi Tesis (Revisi)

Nama Mahasiswa : Linda Juwita
NIM : 1313 1415 3035
Nama Pembimbing : Dr. Pudji Lestari, dr., M.Kes.

No	Tanggal	Masukan Pembimbing	Tanda tangan Pembimbing
1	26-5-15	Bukti lebih banyak penyebab AKT.	
2	26-5-15	Membuat scatter plot.	
3	26-5-15	Uji Statistik dengan nilai korelasi.	
4	26-5-15	Kecukupan mengikuti uji Statistik.	
5	26-5-15	Adaptasi PAB ditulis di	
TESIS		PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOR...	LINDA JUWITA