



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH PEMBERIAN PAKET “HARMONI” PADA IBU
HAMIL RISIKO TINGGI TERHADAP KECEMASAN IBU
MENGHADAPI PERSALINAN DI KOTA MALANG

TESIS

M.M.SETYANINGSIH
1006748684

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH PAKET “HARMONI” PADA IBU HAMIL RISIKO
TINGGI TERHADAP KECEMASAN IBU MENGHADAPI
PERSALINAN DI KOTA MALANG

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar magister keperawatan

Maria Magdalena Setyaningsih
1006748684

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEKHUSUSAN MATERNITAS
DEPOK
JULI 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama M.M. Setyaningsih
NPM 1006748684
Program Studi Maternitas
Judul Tesis Pengaruh paket "Harmoni" pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan di Kota Malang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Kekhususan Maternitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

Pembimbing 1: Dra. Setyowati, M App. Sc. Ph. D ()
Pembimbing 2: Kuntarti, S.Kp., M.Biomed ()
Penguji : Tri Budiarti, M. Kep, Sp Mat ()
Penguji : Atik Hodikoh, M. Kep, Sp Mat ()

Ditetapkan di Depok, Jakarta

Tanggal 16 Juli 2012

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

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

Nama	M.M.Setyaningsih
NPM	1006748684
Program Studi	Magister
Departemen	Maternitas
Fakultas	Ilmu Keperawatan
Jenis Karya	Tesis

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

Pengaruh Paket “Harmoni” Pada Ibu Hamil Risiko Tinggi Terhadap Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan di Kota Malang.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia 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

Depok , Jakarta

Pada tanggal

16 Juli 2012

Yang Menyatakan

(M.M.Setyaningsih)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama M.M.Setyaningsih

NPM 1006748684

Tanda Tangan



Tanggal 16 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya, saya dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk melakukan penelitian lebih lanjut, untuk mencapai gelar Magister keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya sangat menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga masa penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan penyusunan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

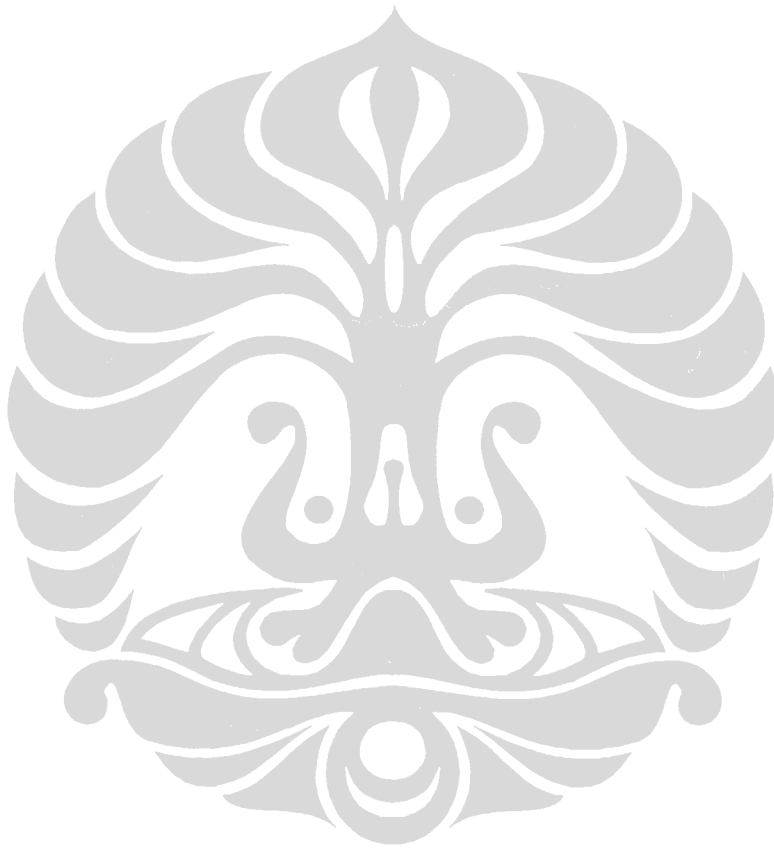
- (1) Ibu Dewi Irawati, Ph. D, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberi kesempatan saya untuk melakukan penyusunan tesis ini.
- (2) Ibu Dra. Setyowati, M. App. Sc, Ph. D selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (3) Ibu Kuntarti, S.Kp., M.Biomed selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (4) Pihak perpustakaan FIK dan perpustakaan pusat Universitas Indonesia yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (5) Pimpinan instansi saya yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada saya baik secara material maupun moral;
- (6) Pimpinan RS. Panti Waluya Malang, RS. Siti Miriam Lawang Malang, RS. Husada Bunda, Kepala Puskesmas Poncokusumo Malang dan para teman sejawat baik perawat maupun bidan yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada saya untuk melakukan penelitian di RS. Panti Waluya Malang, RS. Siti Miriam Lawang Malang, RS. Husada Bunda Malang dan praktek bidan.
- (7) Orang tua dan seluruh keluarga besar saya khususnya pada suami dan kakak saya yang telah membantu mendukung saya baik secara material maupun moral;

(8) Seluruh sahabat dan teman-teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas budi baik bapak dan ibu semua yang telah membantu saya. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, 16 Juli 2012

Penulis



Abstrak

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN MATERNITAS
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2012
M.M.Setyaningsih

Pengaruh pemberian paket "Harmoni" pada ibu hamil risiko tinggi
terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan
di Malang Jawa Timur 2012

xiv + 90 hal + 14 tabel + 5 lampiran + 3 gambar + 1 skema + 1 desain

Abstrak

Kehamilan berisiko tinggi mempengaruhi kondisi psikososial dan emosional ibu. Paket "Harmoni" merupakan paket intervensi psikososial untuk kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh pemberian paket "Harmoni" pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan. Penelitian *quasi-eksperimen* ini menggunakan sampel masing-masing sejumlah 20 orang pada kelompok kontrol dan intervensi yang diambil secara *purposive sampling*. Instrumen penelitian adalah alat ukur kecemasan (HARS) yang dimodifikasi. Hasil penelitian adalah ada pengaruh yang signifikan pemberian paket "Harmoni" pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan ($p= 0,03$; $\alpha = 0,05$). Paket "Harmoni" dapat digunakan sebagai media dalam pendidikan kesehatan psikososial bagi ibu hamil risiko tinggi.

Kata kunci: Ibu hamil risiko tinggi, Kecemasan, Paket "Harmoni".

Abstract

University of Indonesia master degree in nursing science specialized in maternity post degree nursing.

Thesis, July 2012

M.M.Setyaningsih

The effect of “Harmony” package provision on expectants at high risk of anxiety about the labor in Malang.

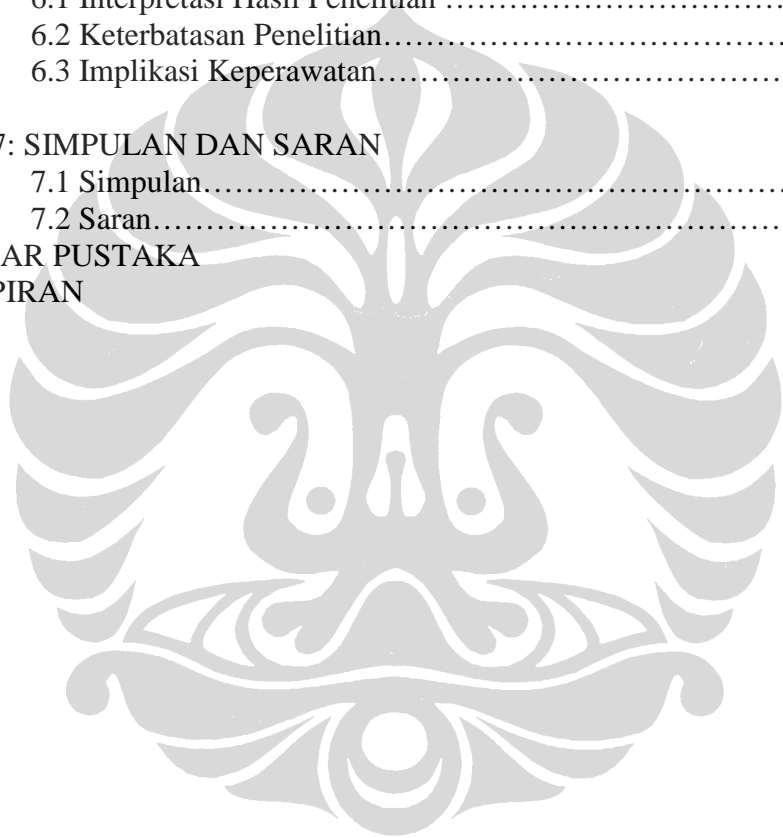
The High-risk pregnancies affect the psychosocial and emotional condition. “Harmony” package is a psychosocial intervention to reduce the anxiety of high risk pregnant before the labor. The objective of this research is to determine the effect of “Harmony” package on anxiety of high-risk pregnant before the labor. This quasi-experimental study use samples of two groups consisting a control group and an observed group, in each of which 20 people were selected by purposive sampling. Modified HARS measure of anxiety was used as the research instrument. Research finding indicates that there is a significant effect of “Harmony” package on high-risk pregnant women towards their anxiety before the labor ($p=0,03$; $\alpha = 0,05$). “Harmony” package can be used as a recommended medium in psychosocial health education for high-risk.

Key words: Anxiety, High risk, “Harmony” package

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB 1: PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan umum	8
1.3.2 Tujuan khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep persalinan risiko Tinggi.....	11
2.2 Konsep Kecemasan	13
2.2.1 Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Menghadapi Persalinan	16
2.3 Intervensi Keperawatan Psikososial	24
2.3.1 Macam-Macam Relaksasi Untuk Menurunkan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi.....	25
2.3.2 Dukungan Sosial	35
2.3.3 Peningkatan Rasa Percaya Diri.....	37
2.4 Kerangka Teori Penelitian	40
BAB 3: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	41
3.2 Hipotesis Penelitian	42
3.3 Definisi Operasional Variabel Penelitian	43
BAB 4: METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	46
4.2 Populasi dan Sampel	47
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	50

4.4 Etika Penelitian	51
4.5 Alat Pengumpulan Data	52
4.6 Pelaksanaan Penelitian	54
4.7 Pengolahan Data	59
4.8 Analisis Data	60
BAB 5: HASIL PENELITIAN	
5.1 Karakteristik Responden.....	62
5.2 Uji Homogenitas.....	64
5.3 Uji Dependensi.....	65
BAB 6: PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian	69
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	76
6.3 Implikasi Keperawatan.....	77
BAB 7: SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	78
7.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



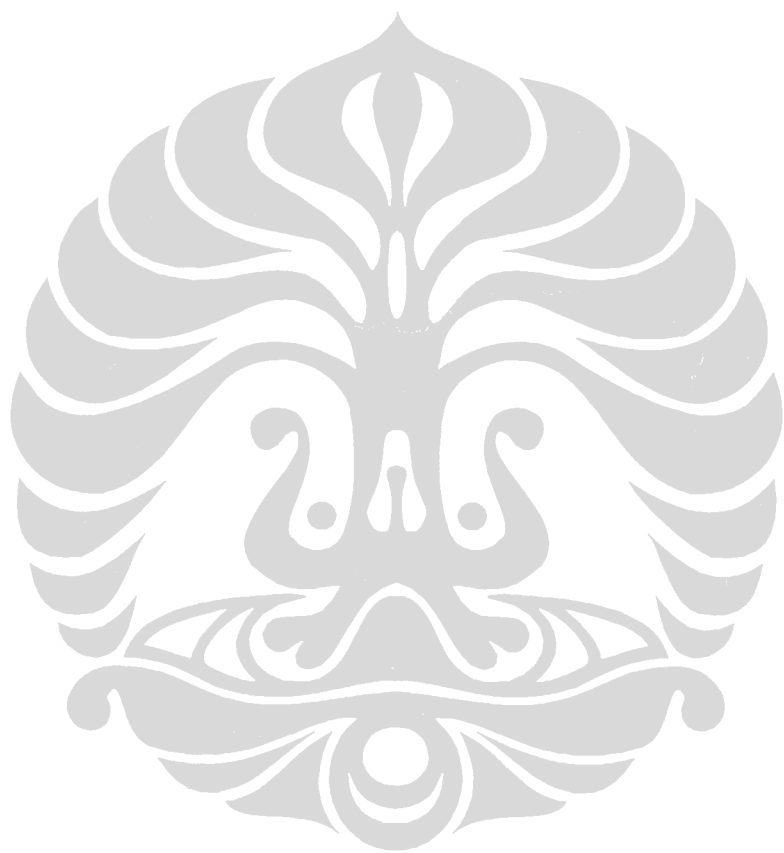
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	43
Tabel 4.1	Keterangan Gambar Desain Penelitian	47
Tabel 4.2	Kisi-Kisi Soal	52
Tabel 4.3	Kegiatan Evaluasi dan Kegiatan pada kedua kelompok	58
Tabel 4.4	Analisis Univariat	60
Tabel 4.5	Uji Homogenitas	61
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden menurut Paritas dan Tingkat Pendidikan	62
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden menurut Usia	63
Tabel 5.3	Distribusi Responden menurut <i>Gravida</i>	63
Tabel 5.4	Uji Homogenitas Distribusi Karakteristik Responde menurut Tingkat Pendidikan	64
Tabel 5.5	Uji Homogenitas Distribusi Karakteristik Responden menurut Umur	64
Tabel 5.6	Perbedaan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Sebelum Perlakuan Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi ...	65
Tabel 5.7	Perbedaan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi sebelum dan Setelah Perlakuan Pada Kelompok Intervensi	66
Tabel 5.8	Perbedaan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Sesudah Perlakuan Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi	66
Tabel 5.9	Perbedaan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Sebelum dan Sesudah Perlakuan Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi menurut <i>Gravida</i>	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian	40
------------	---------------------------------	----

Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	42
Gambar 4.1	Desain Penelitian	46
Gambar 5.1	Diagram perubahan kecemasan ibu hamil risiko tinggi pada kelompok intervensi.....	67



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1a Permohonan Menjadi Responden 1
- Lampiran 1b Permohonan Menjadi Responden 2
- Lampiran 2 Surat Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Karakteristik responden
- Lampiran 4 Instrumen Penelitian
- Lampiran 5 Satuan Acara Pembelajaran



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan sebuah peristiwa besar bagi seorang wanita dan keluarga. Kehamilan yang sehat bagi ibu dan janin, baik secara fisik dan emosional, sangat diharapkan. Akan tetapi harapan ini tidak selalu dapat dicapai, karena kemungkinan dapat terjadi masalah kesehatan dan kehamilan pada ibu.

Kondisi kehamilan Ibu dibedakan dalam dua kategori, yaitu ibu dengan kehamilan normal dan ibu dengan kehamilan risiko tinggi. Seorang ibu hamil dikategorikan sebagai kelompok risiko tinggi apabila kehamilannya merupakan kehamilan yang tidak dikehendaki/diinginkan; ibu mengalami komplikasi selama kehamilan, seperti: perdarahan, lahir prematur, dan janin didiagnosa *anomaly congenital*; depresi, kekerasan dalam rumah tangga; dan ibu mempunyai riwayat kehamilan risiko tinggi sebelumnya atau kehilangan janin, seperti: IUFD, keguguran, dan terminasi kehamilan (Trask, 2011).

Angka kematian ibu dan bayi secara internasional dan nasional pada saat ini masih memiliki angka cukup tinggi. *Society for maternal-fetal medicine* (SMFM) (2010) menuliskan bahwa masalah kesehatan ibu hamil risiko tinggi di Amerika mengakibatkan kelahiran bayi prematur (< 37 minggu) meningkat 12,7 persen pada tahun 2007. Di samping itu kelahiran bayi prematur tidak dapat dicegah dengan intervensi apapun, apabila persalinan prematur sudah terjadi. Risiko yang dialami bayi yang lahir pada umur kehamilan 34-36 minggu adalah *cerebral palsy* 3,4 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi *mature*, dan 1,3 kali lebih banyak mengalami gangguan kognitif daripada bayi *mature* (SMFM, 2010).

Selain permasalahan kelahiran prematur pada kehamilan risiko tinggi, SMFM (2010) juga menuliskan bahwa ibu dengan kehamilan kembar mempunyai risiko memiliki bayi 3 kali lebih besar menderita *cerebral palsy* dibandingkan dengan kelahiran bayi tunggal. Komplikasi ibu hamil dengan hipertensi kronik juga mengakibatkan 8-15% *fetal growth restriction* (IUGR), 12-34% berisiko terjadinya persalinan prematur, 2 kali lebih besar mengalami *placenta abruption* dan kematian perinatal, dan ibu 2-4 kali berisiko mengalami komplikasi lain akibat hipertensi kronik yang dialami ibu (SMFM, 2010).

Di Amerika, ibu hamil risiko tinggi mengalami peningkatan pertolongan persalinan melalui operasi (*cesarean delivery*) sebesar 32 %. Jumlah ini meningkat 50 % dibandingkan tahun 1996. *Hysterectomy* sering harus dilakukan lebih kurang 10 % pada ibu dengan *placenta praevia* yang mengalami satu kali operasi (*cesarean delivery*), 45 % pada ibu dengan *placenta praevia* yang mengalami dua kali operasi (*cesarean delivery*), dan 67 % pada ibu dengan *placenta praevia* setelah ibu lebih dari 4 kali operasi (*cesarean delivery*) (SMFM, 2010).

Di Indonesia masalah kesehatan ibu dan bayi masih cukup tinggi, hal ini terlihat pada data tahun 2007, diperoleh angka kematian ibu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup, kematian neonatal 19 per 1000 kelahiran hidup, dan angka kematian bayi masih 34 per 1000 kelahiran hidup. Pada Riskesdas (2010), didapatkan data penyebab kematian perinatal (0-7 hari) adalah *respiratory disorders* sejumlah 35,9%, bayi premature (32,3), dan 11,1% bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (< 2500 gram), 4 % ibu yang mengalami keguguran, 3,5 % wanita yang melakukan pengguguran kehamilan, serta didapatkan data bahwa 6,5 % kehamilan mengalami komplikasi (Riskesda, 2010). Sementara sasaran target pencapaian angka kematian ibu yang ditetapkan oleh tujuan pembangunan milenium (MDGs) pada tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian menurun untuk neonatal dan angka kematian bayi 23 per 100.000 kelahiran hidup (Bappenas, 2010).

Kematian ibu dan neonatal ini sangat dipengaruhi oleh keadaan ibu saat hamil. Faktor ibu dan lingkungan tempat ibu tinggal juga mempengaruhi kualitas dari janin yang dilahirkan. Faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi ibu hamil adalah kemiskinan, nutrisi yang tidak adekuat, infeksi atau penyakit yang menyertai ibu, dan gaya hidup ibu seperti penggunaan obat-obat terlarang, merokok, alkohol (Bobak, 2003).

Kehamilan berisiko tinggi sangat mempengaruhi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan. Ibu hamil sering bereaksi marah, takut, cemas, dan merasa gagal sebagai seorang wanita yang normal. Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan keseimbangan dalam keluarga, akibatnya proses kehamilan ini dirasakan semakin sulit (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Proses kehamilan risiko tinggi menimbulkan stres bagi ibu dan keluarga, karena kehamilan risiko tinggi mengakibatkan adanya perubahan dalam pola makan, tidur, peran sebagai ibu di rumah, pengasuhan anak yang lain, seksualitas, aktivitas dan rekreasi/kunjungan sosial, sehingga hal ini dapat merusak aktivitas kerja atau perencanaan dari karir ibu (Maureen, 1998; Bennington, 2012). Ibu hamil risiko tinggi membutuhkan waktu untuk mempersiapkan diri dalam menerima kegagalan atau kehilangan kesempatan menjadi seorang ibu seperti ibu-ibu lain yang memiliki kehamilan normal, karena kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami komplikasi persalinan (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Komplikasi yang menyertai janin dan ibu menimbulkan peningkatan kekhawatiran dan kecemasan pada ibu. Ibu memiliki tingkat stres yang tinggi, karena ibu hamil terkejut dengan keadaan yang harus dialami, khawatir, dan takut dengan kondisi janin dalam kandungan. Oleh karena itu, ibu dan pasangan perlu mendapatkan informasi tentang komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan risiko tinggi. Hal ini diperlukan supaya ibu dan pasangan mampu meningkatkan mekanisme coping dan strategi personal yang dimiliki untuk meminimalkan risiko (Foux, 2008). Peningkatan beban psikologis ibu dapat menimbulkan permasalahan terhadap kualitas janin yang dikandung dan

komplikasi yang menyertai proses persalinan ibu (Dole, et al, 2002; Stankaitis, 2005; Sittner, et al, 2007; Nakamura, 2011).

Mekanisme coping dan strategi personal ibu dan pasangan perlu ditingkatkan. Oleh karena itu dukungan psikososial perlu diberikan pada ibu hamil risiko tinggi (Dole, et al, 2002; Stankaitis, 2005; Sittner, et al, 2007; Nakamura, 2011). Peran tenaga kesehatan untuk memberikan informasi tentang bentuk, manfaat, tujuan dari dukungan psikososial kepada pasangan sangat diperlukan, sehingga ibu mendapatkan dukungan penuh dari pasangan. Dengan demikian, ibu dan pasangan dapat mempersiapkan diri mereka atas keadaan yang sedang terjadi dalam keluarga (Foux, 2008).

Ini sesuai dengan hasil penelitian Lexshimi., et al. (2007) tentang tingkat kecemasan dan depresi pada ibu hamil risiko tinggi di bangsal obstetri, bahwa 42,1 % ibu hamil risiko tinggi mengalami kecemasan ringan dan 57,9 % ibu hamil risiko tinggi mengalami kecemasan berat. Ibu hamil risiko tinggi yang dapat diklasifikasikan mengalami depresi ringan sebesar 44,7 % dan depresi berat sebesar 55,3 %. Penyebab terjadinya kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi sesuai dengan hasil penelitian Lexshimi., et al. (2007) adalah kurangnya informasi tentang penyakit/keadaan ibu, adanya faktor dalam keluarga dan keadaan sosial ekonomi. Oleh karena itu diperlukan kesadaran dan kepekaan para tenaga kesehatan untuk memahami dan mengatasi faktor – faktor penyebab kecemasan, melalui pendekatan intervensi psikososial sehingga tingkat kecemasan ibu hamil risiko tinggi dapat berkurang (Lexshimi et al., 2007).

Asuhan keperawatan belum diberikan secara komprehensif terutama aspek psikososial oleh tenaga kesehatan karena mereka masih merasa canggung dan tidak terbiasa. Pemikiran ini bertolak belakang dengan tanggapan yang diberikan oleh para ibu hamil. Saat peneliti melakukan studi pendahuluan, sebagian besar ibu hamil di poli hamil maupun ruang perawatan setelah mengalami *abortion imminens*, berespon baik saat peneliti melakukan pengkajian psikososial

(persiapan peran sebagai ibu dan istri) dengan harapan mereka mendapatkan intervensi selanjutnya (Maria, 2011).

Pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif oleh tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk membantu ibu dan pasangan melakukan adaptasi. Apabila proses adaptasi tidak dapat dilakukan, maka kondisi ini sangat mempengaruhi kebutuhan ibu dan pasangan, yang dapat berdampak kepada kualitas hidup keluarga pasangan tersebut. Peneliti pada saat melakukan studi pendahuluan, mendapatkan data bahwa terdapat dua orang ibu *Multi Gravida* dengan *Preeklamsi Ringan* dan *Polihidramnion* yang menangis dan berencana menuntut cerai setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena selama hamil, kedua ibu hamil ini tidak mendapatkan perhatian serta dukungan dari pasangan sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Keadaan ini mengakibatkan ibu hamil tersebut sering merasa pusing karena jengkel, dan ingin marah merasakan situasi ini, ibu mengira pasangannya memiliki wanita lain tanpa sepengetahuannya. Ibu merasa sendiri dan tak berarti lagi, padahal kehamilan ini dikehendaki oleh suami. Permasalahan yang menyertai kehamilan ini juga bukan hanya kehendak ibu, seharusnya ibu lebih diperhatikan oleh pasangan, tetapi kenyataan “tidak”. Situasi ini menambah kekhawatiran ibu terhadap kondisi janin dan dirinya akibat memikirkan keberadaan pasangannya selama ibu hamil (Maria, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Pusporini (2009), diperoleh hasil bahwa para ibu hamil dengan kehamilan normal sebagai responden dalam penelitiannya mengalami 47,7% kecemasan berat, 16,9% kecemasan sedang, dan 35,4% mengalami kecemasan ringan. Permasalahan tersebut di atas tidak mungkin terjadi apabila pada unit pelayanan ibu hamil sudah dilakukan asuhan keperawatan yang komprehensif, termasuk intervensi keperawatan untuk masalah psikososial.

Intervensi keperawatan psikososial perlu diberikan untuk meminimalkan kekhawatiran dan kecemasan ibu terhadap kesehatan diri dan janinnya, serta meningkatkan dukungan sosial dari pasangan dan lingkungan sekitar. Dukungan

psikososial sangat dibutuhkan bagi ibu hamil risiko tinggi untuk mendukung kesehatan mental demi kesejahteraan ibu dan janin (Stankaitis, 2005).

Berdasarkan data tersebut di atas diperlukan upaya dari para tenaga kesehatan untuk meminimalkan kecemasan pada ibu hamil terutama ibu hamil risiko tinggi, karena ibu hamil risiko tinggi memiliki stresor yang lebih besar dibandingkan ibu dengan kehamilan normal. Kecemasan yang meningkat pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi dapat berdampak pada komplikasi kehamilan dan terjadinya persalinan dini (Bennington, 2012).

Upaya menurunkan kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi dapat diwujudkan pada intervensi keperawatan melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan, yang menurut *World Health Organization* (WHO), seperti ditulis oleh Pender (2002) adalah “Promosi kesehatan termasuk membentuk individu berpola hidup sehat, menciptakan lingkungan hidup yang sehat, membangun dan memperkuat aksi komunitas untuk berfokus kepada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dan masalah dalam kesehatan”.

Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku diperlukan, karena ibu hamil risiko tinggi beserta pasangan merupakan bagian dari keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu mereka perlu mendapatkan intervensi keperawatan tentang psiko sosial yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi psikologis dan sosial ibu. Intervensi ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pasien, sebagai upaya meningkatkan ketrampilan sosial, hubungan interpersonal, dan komunikasi ibu (Videbeck, 2001).

Intervensi ini perlu diberikan pada ibu hamil risiko tinggi karena kondisi stres dan kehilangan dukungan pada ibu mempunyai efek negatif pada risiko biomedikal, faktor psikososial yang signifikan berkontribusi terjadinya kehamilan berkomplikasi, dan perkembangan janin yang tidak baik seperti small for gestational age (SGA) (Dole et al. 2002; Pryor et al. 2007). Bentuk upaya yang

dapat dilakukan pada intervensi keperawatan psikososial adalah macam-macam teknik relaksasi, dukungan sosial, dan meningkatkan rasa percaya diri ibu.

Pemberian intervensi keperawatan ini dapat dikemas dalam bentuk paket Harmoni. Pemberian paket Harmoni ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam menggunakan mekanisme koping. Dengan memiliki rasa percaya diri yang besar, serta adanya dukungan yang kuat dari pasangan, ditunjang pula dengan kemampuan ibu dalam berelaksasi, maka diharapkan ibu mampu menurunkan ketegangan dan kecemasan selama masa kehamilan. Oleh karena itu peneliti terdorong untuk mengetahui bagaimanakah pengaruh pemberian paket intervensi keperawatan psikososial yang diberi nama “Harmoni” terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi?

1.2 Rumusan Masalah

Kehamilan berisiko tinggi sangat mempengaruhi kondisi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan. Kehamilan risiko tinggi menimbulkan stres bagi ibu dan keluarga, sehingga mempengaruhi psikososial ibu. Akibat yang ditimbulkan oleh kehamilan risiko tinggi menyebabkan peningkatan kecemasan dan kekhawatiran pada ibu. Ibu memiliki tingkat stres yang tinggi karena terkejut dengan keadaan yang harus dialami, sehingga ibu cemas dan takut akan kondisi janinnya. Masalah psikososial akibat kehamilan risiko tinggi ini dapat meningkatkan komplikasi yang menyertai janin maupun ibu hamil.

Ibu membutuhkan waktu untuk mempersiapkan diri dalam menerima kegagalan menjadi seorang ibu karena tidak seperti ibu-ibu lain yang kehamilannya normal. Tenaga kesehatan perlu menginformasikan komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan risiko tinggi kepada ibu dan pasangan. Dengan demikian ibu dan pasangan mampu untuk meningkatkan mekanisme koping dan strategi personal dalam menghadapi risiko terjadinya komplikasi.

Mekanisme koping dan strategi personal ibu semakin meningkat apabila ibu selalu didukung oleh pasangan. Oleh karena itu dukungan psikososial perlu diberikan pada ibu hamil risiko tinggi. Dukungan psikososial dapat diberikan dalam bentuk paket intervensi keperawatan. Paket ini untuk mengarahkan pasangan dalam memberi dukungan secara penuh dan utuh kepada ibu dalam menghadapi persalinan. Pemberian paket intervensi keperawatan ini dikemas dalam bentuk paket Harmoni. Pemberian paket Harmoni ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam menggunakan mekanisme koping. Dengan memiliki rasa percaya diri yang besar, serta adanya dukungan yang kuat dari pasangan, ditunjang pula dengan kemampuan ibu dalam berelaksasi maka diharapkan ibu mampu menurunkan ketegangan dan kecemasan selama masa kehamilan.

Penelitian tentang pengaruh paket intervensi keperawatan psikososial terhadap kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan belum banyak. Sementara pemahaman tentang intervensi keperawatan psikososial pada pasangan dengan ibu hamil risiko tinggi sangat diperlukan. Oleh sebab itu, peneliti terdorong untuk mengetahui bagaimanakah pengaruh pemberian paket “Harmoni” terhadap tingkat kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum.

Mengetahui pengaruh paket “Harmoni” terhadap kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan.

1.3.2 Tujuan Khusus.

1.3.2.1 Diidentifikasinya karakteristik dari responden.

1.3.2.2 Diidentifikasinya kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, sebelum perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

- 1.3.2.3 Diidentifikasinya kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, setelah pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi.
- 1.3.2.4 Diidentifikasinya perbedaan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, sebelum dan sesudah dilakukan pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi.
- 1.3.2.4 Diidentifikasinya perbedaan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, setelah pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 1.3.2.5 Diidentifikasinya pengaruh *gravida* terhadap kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, setelah pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam rangka meningkatkan mutu asuhan keperawatan maternitas kepada ibu hamil umumnya, dan ibu hamil risiko tinggi pada khususnya berdasarkan kebutuhan individu ataupun keluarga, melalui pengembangan pengkajian dan intervensi keperawatan psikososial kepada ibu hamil secara umum, dan ibu hamil risiko tinggi pada khususnya.

1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bidang keperawatan maternitas. Sebuah program kurikulum yang tepat dan benar sasaran, metode, media dan materi diharapkan dapat dikembangkan dalam pemberian intervensi keperawatan psikososial kepada ibu hamil risiko tinggi beserta pasangannya untuk menciptakan sebuah keluarga yang sehat biopsikososiospiritual.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Persalinan Risiko Tinggi

Kehamilan merupakan sebuah pengalaman yang mencemaskan sekaligus menggembirakan bagi ibu. Tidak semua ibu mengalami kegembiraan atas sebuah kehamilan, karena ada sebagian ibu yang mengalami tekanan dan rasa bimbang atas kehamilan ini. Tekanan ini terutama dialami oleh ibu hamil risiko tinggi (Lexshimi et al., 2007).

Faktor-faktor yang menimbulkan tekanan pada ibu adalah kurangnya informasi tentang penyakit, faktor keluarga, keuangan (Lexshimi et al., 2007). Faktor-faktor ini menimbulkan stres pada ibu hamil risiko tinggi. Stres meningkatkan *corticotrophin releasing hormon* sehingga menimbulkan terjadinya peningkatan kontraktilitas uterus. Keadaan stres juga meningkatkan produksi *cytokine* yang tidak secara langsung memiliki peranan penting untuk terjadinya kelahiran prematur atau meningkatkan kejadian infeksi, sehingga meningkatkan risiko terjadinya persalinan prematur (Gennaro & Hennessy, 2003). Dalam perkembangannya persalinan prematur tidak hanya disebabkan oleh kondisi stres, tetapi juga dipengaruhi oleh gaya hidup, infeksi (Gennaro & Hennessy, 2003).

Stres, depresi dan atau kecemasan selama kehamilan tidak hanya mempengaruhi kesehatan ibu, kualitas hidup ibu dan janin, tetapi juga berdampak pada terjadinya komplikasi obstetri seperti keterlambatan pertumbuhan janin, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, peningkatan intervensi dalam persalinan. Efek pada janin adalah pada perkembangan saraf dan emosi, serta menimbulkan kematian dan komplikasi kesehatan janin (Pop et al., 2011).

Peningkatan intervensi persalinan dan risiko komplikasi pada ibu dan janin, menimbulkan kecemasan tersendiri bagi ibu dan keluarga terhadap kondisi ibu, janin dan faktor biaya persalinan (Lexshimi et al., 2007). Masalah kesehatan dan

kehamilan dalam kategori risiko tinggi menurut *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM) tahun 2010 adalah ibu hamil risiko tinggi berisiko mengalami kelahiran bayi prematur (< 37 minggu) dan kelahiran bayi prematur tidak dapat dicegah dengan intervensi apapun, apabila persalinan prematur sudah terjadi. Bayi yang lahir pada umur kehamilan 34-36 minggu berisiko mengalami *cerebral palsy* 3,4 kali lebih besar dibandingkan bayi matur, dan bayi yang dilahirkan tersebut 1,3 kali lebih besar berisiko mengalami gangguan kognitif daripada bayi matur (SMFM, 2010).

Selain permasalahan pada kelahiran prematur pada kehamilan risiko tinggi, *Society for Maternal-Fetal Medicine* (SMFM) juga menuliskan bahwa, kehamilan kembar mempunyai risiko memiliki bayi 3 kali lebih besar menderita *cerebral palsy* dibandingkan dengan kelahiran bayi tunggal. Komplikasi dari hipertensi kronik juga berisiko mengakibatkan 8-15% terjadinya *fetal growth restriction* (IUGR), 12-34% berisiko terjadinya persalinan prematur, 2 kali lebih besar berisiko mengalami *placenta abruption* dan kematian perinatal, ibu berisiko 2-4 kali mengalami komplikasi lain akibat hipertensi kronik yang dialami (SMFM, 2010).

Ibu hamil risiko tinggi memiliki peningkatan angka kejadian persalinan dengan operasi (*cesarean delivery*) dalam pertolongan persalinan sebesar 32%. *Hysterectomy* terpaksa harus dilakukan pada ibu dengan *placenta praevia* masing-masing 10%, 45%, dan 67% setelah ibu menjalani masing-masing 1, 2 atau ≥ 4 kali operasi (*cesarean delivery*) (SMFM, 2010).

Kematian terbesar pada ibu hamil risiko tinggi adalah akibat adanya komplikasi persalinan seperti perdarahan, hipertensi, *thromboemboli*, infeksi, *stroke*, infeksi air ketuban, *emboli* air ketuban, penyakit jantung (SMFM, 2010). Kematian dan kecacatan terbesar pada janin juga disebabkan oleh komplikasi yang dialami ibu selama kehamilan, pada ibu dengan *diabetes gestational* (SMFM, 2010).

2.2 Konsep Kecemasan

Menurut Stuart (2005) kecemasan merupakan respon psikologis terhadap suatu stresor. Respon yang dimunculkan adalah respon emosi, kebingungan, dan kekhawatiran pada sesuatu yang bakal terjadi, dengan penyebab yang tidak jelas. Respon yang timbul adalah perasaan tidak menentu dan ketidak berdayaan. Situasi ini tidak dapat kita hindari dalam kehidupan sehari-hari (Stuart & Laraia, 2005). Auslander (2003) menyatakan bahwa kondisi kecemasan seseorang seperti kondisi singkat yang tidak menyenangkan dirasakan oleh seseorang secara sadar. Bentuk perasaan yang diperlihatkan adalah ketegangan, ketakutan, kegugupan yang intensitasnya bervariasi akibat adanya reaksi dari keadaan yang dianggap sebagai ancaman. Sumber kecemasan dapat bersumber pada masalah sehari-hari seperti: masalah sekolah, finansial, kehilangan obyek yang dicintai dan pada saat ibu menghadapi persalinan.

Teori genetik dari kecemasan, mengatakan bahwa seseorang memiliki kecemasan lebih besar apabila orang tersebut mempunyai keluarga tingkat pertama yang mengalami peningkatan kecemasan. Wanita mempunyai kecenderungan dua kali lebih besar mengalami kepanikan daripada pria (Videbeck, 2001).

Teori interpersonal dari kecemasan, dikatakan bahwa masalah-masalah interpersonal dapat menimbulkan kecemasan. Bagi orang dewasa kecemasan muncul akibat penyesuaian diri dengan nilai kelompok dan budaya dimana seseorang tinggal (Videbeck, 2001). Semakin tinggi kecemasan yang dirasakan seseorang maka semakin sulit orang tersebut dalam mengkomunikasikan dan menyelesaikan kecemasan yang dirasakan (Videbeck, 2001).

Teori perilaku dari kecemasan, menyebutkan bahwa pengalaman yang dipelajari seseorang sebelumnya dapat menimbulkan kecemasan. Keadaan ini dapat diubah atau dibuang melalui pengalaman baru yang diperoleh oleh orang tersebut (Videbeck, 2001).

Stuart & Laraia (2005) menyebutkan bahwa kecemasan yang dialami seseorang dimanifestasikan dalam wujud:

- 1) Manifestasi Kognitif, kecemasan muncul dalam pikiran seseorang tentang praduga sesuatu yang buruk bakal terjadi.
- 2) Manifestasi Perilaku Motorik, kecemasan yang dirasakan diwujudkan dalam gerakan yang tidak beraturan seperti gemetaran.
- 3) Manifestasi Perubahan Somatik, tubuh membuat respon atas kecemasan yang dirasakan seperti akral teraba dingin, diare tanpa sebab, sering kencing, otot menjadi tegang dan kaku, nadi dan tekanan darah menjadi meningkat.
- 4) Manifestasi Perubahan Afektif, kecemasan yang dirasakan diwujudkan dalam perasaan gelisah, tegang yang berlebihan.

Berpedoman dari manifestasi yang ditunjukkan seseorang akibat kecemasan yang dirasakan, maka kita dapat melakukan pengkajian pada orang yang mengalami kecemasan. Pengkajian dapat dilakukan dari segi kognitif, afektif, psikomotor dan fisik (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil pengkajian dapat mengidentifikasi bahwa kecemasan mempunyai dua aspek yaitu aspek sehat dan aspek membahayakan. Aspek ini dipengaruhi oleh lamanya seseorang mengalami kecemasan, tingkat kecemasan yang dialami, kemampuan coping positif yang digunakan oleh orang tersebut. Kecemasan seseorang dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, berat dan panik (Videbeck, 2001).

Kecemasan, dan stres pada ibu hamil dapat diukur menggunakan alat ukur *self report* yaitu *State –Trait Anxiety Inventory (STAI) scale* yang dikembangkan oleh Spielberger dan Diaz Guerrero, alat ukur ini terdiri dari 20 pernyataan pribadi untuk skala kecemasan, dan direspon dengan menggunakan skala Likert dalam empat rentang nilai dan memiliki rentang nilai keseluruhan dari 20-80. *Pregnant Women's Stress Scale of Ahn and Cranley's (PSS)* mengukur perasaan stres pada ibu hamil. Alat ukur ini mengukur hubungan stres janin (9 pernyataan), stres pribadi (11 pernyataan), stres hubungan dengan suami (6 pernyataan),

dengan menggunakan skala Likert 1-5, dengan rentang nilai keseluruhan 26- 130 (Shin & Kim, 2011). Kecuali alat ukur tersebut di atas, kecemasan dan stres pada ibu hamil dapat juga diukur dengan menggunakan *Beck Anxiety Inventory* (BAI) yang terdiri dari 21 pernyataan subyektif, somatik, atau gejala kecemasan hingga stres. Skala yang digunakan adalah skala Likert pada empat rentang nilai untuk tidak ada respon/gejala yang dirasakan hingga respon/gejala dirasakan berat oleh responden selama satu bulan yang lalu (Allison et., 2011).

Penilaian tingkat kecemasan menurut Nursalam (2003), dapat diukur dengan menggunakan *Hamilton anxiety rating scale* (HARS) yang menilai berdasarkan: perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala vegetatif/otonom, gejala yang dirasakan ibu. Ibu memiliki nilai 0, apabila ibu tidak memiliki gejala, 1= ringan, untuk satu gejala dari pilihan yang dimiliki ibu, 2= sedang, untuk separuh dari gejala yang dimiliki ibu, 3= berat, untuk lebih dari separuh dari gejala yang dimiliki ibu, 4= sangat berat, untuk semua gejala yang dimiliki ibu. Penilaian derajat kecemasan skor kurang dari 6 mempunyai arti tidak ada kecemasan, skor 6-14 mempunyai arti memiliki kecemasan ringan, skor 15-27 mempunyai arti memiliki kecemasan sedang, skor lebih dari 27 mempunyai arti memiliki kecemasan berat (Nursalam, 2003).

Kecemasan seseorang dapat dikurangi dengan melakukan respon perilaku adaptif/positif lewat sebuah pembelajaran, sehingga seseorang dapat belajar dan beradaptasi. Respon adaptif yang dapat dilakukan adalah melakukan teknik imajinasi, dengan harapan seseorang dapat mengembalikan perhatiannya, melalui fokus seakan-akan menikmati pemandangan yang indah (Videbeck, 2001).

Cara positif lain yang dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan adalah relaksasi tubuh secara berurutan dari kepala sampai jari kaki. Relaksasi pernapasan lambat dan teratur dapat menurunkan ketegangan otot dan alat-alat vital sehingga kecemasan dapat berkurang (Videbeck, 2001).

Respon negatif terhadap kecemasan dapat menimbulkan perilaku yang salah. Keadaan ini menimbulkan seseorang sering mengalami sakit kepala, sindroma nyeri, dan penurunan daya tahan akibat stres yang dirasakan (Videbeck, 2001).

Seseorang dapat mengalami kecemasan ringan hingga kepanikan akibat masalah-masalah yang dialami. Tenaga kesehatan perlu memberikan asuhan keperawatan melalui pendidikan kesehatan dan latihan untuk menurunkan kecemasan seseorang (Videbeck, 2001).

2.1.1 Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Menghadapi Persalinan

Sebuah kehamilan yang memiliki komplikasi pada ibu dan janin, membutuhkan sebuah perhatian dan perawatan khusus secara menyeluruh. Ini perlu dilakukan karena kehamilan ini berisiko mengalami komplikasi yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Seorang ibu hamil dikategorikan sebagai risiko tinggi apabila kehamilan ini merupakan kehamilan yang tidak dikehendaki/diinginkan; ibu mengalami komplikasi selama kehamilan seperti: perdarahan, lahir prematur, janin didiagnosa *anomaly congenital*, terjadi depresi, ibu mengalami kekerasan dalam rumah tangga dan ibu mempunyai riwayat kehamilan risiko tinggi sebelumnya atau kehilangan janin seperti: IUFD, keguguran, terminasi (Trask, 2011).

Kehamilan berisiko tinggi ini sangat mempengaruhi kondisi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan. Ibu hamil sering bereaksi marah, takut, cemas dan merasa gagal sebagai seorang wanita yang normal. Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan keseimbangan dalam keluarga, akibatnya proses kehamilan ini dirasakan semakin sulit (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Kehamilan risiko tinggi menimbulkan stres bagi ibu dan keluarga, sehingga mempengaruhi psikososial ibu. Kehamilan risiko tinggi mengakibatkan adanya perubahan dalam pola makan, tidur, peran sebagai ibu di rumah, pengasuhan anak

yang lain, seksualitas, aktivitas dan rekreasi/kunjungan sosial, sehingga hal ini dapat merusak aktivitas kerja atau perencanaan dari karir ibu (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Ibu hamil risiko tinggi membutuhkan waktu untuk mempersiapkan diri untuk menerima kegagalan atau kehilangan kesempatannya menjadi seorang ibu seperti ibu-ibu lain dengan kehamilan normal (Maureen, 1998; Bennington, 2012). Ibu dengan kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami proses persalinan dini, hal ini sangat bergantung kepada komplikasi yang menyertai janin maupun ibu hamil (Bennington, 2012).

Komplikasi yang menyertai janin dan ibu hamil mengakibatkan sebuah kehamilan yang awalnya masuk dalam kategori risiko rendah, dapat menjadi kehamilan yang memiliki risiko tinggi. Oleh sebab itu pengkajian dan penatalaksanaan perawatan yang benar dan tepat perlu diberikan kepada ibu hamil risiko tinggi beserta dengan pasangannya (Bennington, 2012).

Perawatan yang benar dan tepat dapat diberikan dalam bentuk perawatan komprehensif. Perawatan komprehensif perlu diberikan kepada pasangan ibu hamil risiko tinggi. Perhatian perawatan tidak hanya ditujukan kepada kesehatan fisik ibu dan janin saja, ibu hamil risiko tinggi sangat perlu mendapatkan dukungan psikologis baik dari tenaga kesehatan maupun pasangan (Stankaitis, 2005; Sittner, 2007).

Dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat diaplikasikan dalam intervensi keperawatan melalui pendidikan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosi ibu. Pendidikan kesehatan diperlukan ibu supaya ibu memperoleh kembali semangat dalam berpikir bahwa kehamilannya berlangsung dengan baik (St. John & Emmanuel, 2010). Hal ini perlu dilakukan supaya kecemasan ibu dan pasangan dapat diminimalkan, dengan demikian kita dapat mencegah terjadinya komplikasi atau persalinan dini (Dole, et al, 2002; Stankaitis, 2005; Sittner, et al, 2007; Nakamura, 2011).

Tenaga kesehatan harus selalu memperhatikan kesehatan fisik para ibu hamil risiko tinggi beserta janin dalam kandungan. Hal ini perlu mendapat perhatian, karena kesehatan fisik dapat dipengaruhi oleh kesehatan psikologis dan mental ibu, akibat permasalahan yang dialami. Respon yang ditampilkan oleh ibu dapat berupa kecemasan, depresi dan shock (Kennedy, 2004).

StJohn & Emmanuel (2010) menyatakan faktor-faktor yang mempunyai kontribusi dalam menimbulkan masalah psikososial kecemasan hingga depresi pada ibu hamil adalah:

1. Karakteristik ibu meliputi: pendidikan, status perkawinan, umur, status pekerjaan, status sosial ekonomi.
2. Faktor reproduksi meliputi: kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat kehilangan janin, kehamilan yang tidak direncanakan, pengalaman yang tidak menyenangkan saat bersalin.
3. Kesehatan dan kesejahteraan ibu: status kesehatan, predisposisi, ketidakbahagiaan, besarnya harapan, gambaran diri, nilai diri dan kepercayaan diri yang rendah, serta ibu tidak memiliki *role model*.
4. Fungsi ibu: kesiapan ibu dalam menjalankan fungsinya, kemampuan fungsi fisik dan sosial yang dimiliki, dan gaya hidup ibu.
5. Karakteristik bayi: kelahiran prematur, bayi bermasalah, tangisan bayi yang berlebihan.
6. Hubungan: hubungan ibu dengan pasangan, hubungan dengan ibu kandung, hubungan ibu dengan anak yang lain.
7. Faktor sosial: dukungan sosial, kejadian yang menimbulkan stres pada ibu, adanya kekerasan dalam rumah tangga (Zachariah, 2009; St John & Emmanuel, 2010).

Kondisi stres dan kehilangan dukungan pada ibu mempunyai efek negatif pada risiko biomedikal, faktor psikososial yang signifikan berkontribusi terjadinya kehamilan berkomplikasi, dan perkembangan janin yang tidak baik seperti *small for gestational age (SGA)* (Dole et al., 2002; Pryor et al. 2007). Oleh karena itu

perlu dilakukan pengurangan stres pada ibu secara spesifik, meskipun untuk itu perlu dilakukan banyak penelitian yang mendukung (Mudler, 2002).

Penelitian Sjolstrom et al. (2004) dan penelitian Dieter et al. (2008) menemukan bahwa kecemasan dan depresi yang dialami oleh ibu hamil risiko tinggi berdasarkan tingkat risikonya, dipengaruhi umur ibu hamil, status pendidikan dan pekerjaan, kesejahteraan/status sosial ekonomi yang dimiliki, dan kesejahteraan janin. Cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi stres tersebut adalah beradaptasi dengan stres. Koping negatif dengan melakukan penghindaran terhadap masalah, persiapan untuk menjadi orang tua, ketergantungan pada obat, akan membuat ibu mengalami distress yang hebat, sementara ibu dengan penggunaan koping yang positif membuat ibu mengalami lebih sedikit distress (Sjolstrom et al., 2004; Dieter et al., 2008).

Kecemasan dapat disebabkan oleh peristiwa seperti kehamilan, kelahiran dan peran menjadi orang tua. Tiga peristiwa ini merupakan hal yang sangat penting bagi seorang wanita. Kondisi ini melibatkan aspek biopsikososial. Kehamilan sebagai tugas perkembangan, dan fase kritis bagi ibu. Kehamilan merupakan sebuah kesempatan dalam menumbuhkan dan mengembangkan konsep diri ibu. Kehamilan melibatkan aspek emosi dan fisik, perubahan *neuroendokrin* dan biologi yang dapat menyebabkan efek psikologi pada ibu (Welch & Miller, 2008).

Keterlibatan aspek emosi dan fisik pada kehamilan dapat terlihat pada perubahan sikap ibu pada tiap semester kehamilan. Welch & Miller (2008) menjelaskan bahwa selama trimester pertama ibu merasakan bahwa perubahan fisiologis menjadi masalah paling dominan, sementara selama trimester terakhir kecemasan mendekati kelahiran menjadi faktor emosi yang dominan. Beberapa studi menunjukkan wanita hamil dengan tingkat kecemasan yang tinggi sering mengalami komplikasi kehamilan. Elemen dari efek psikologis akan mempengaruhi kehamilan, kelahiran, kepribadian dan emosi ibu, didukung oleh latar belakang psikososial, serta kejadian penting lain selama kehamilan (Welch & Miller, 2008).

Perubahan sensitifitas maternal terhadap lingkungan terjadi sesuai dengan pengalaman kehamilan sebelumnya (Glynn et al., 2008). Berdasarkan studi didapatkan dua macam respon stres pada kehamilan yaitu: ibu yang baru memiliki pengalaman pertama dalam kehamilan lebih mengalami stres daripada ibu yang sudah pernah mengalami sebelumnya, respon terhadap stres sangat bervariasi dalam kejadian kehidupan termasuk kehilangan pekerjaan, memiliki masalah hubungan dengan pasangan, memiliki masalah hukum, memiliki ancaman terhadap kesehatan fisiknya, hal ini lebih menimbulkan stres apabila situasi ini baru dialami untuk pertama kalinya (Glynn et al., 2008).

Ibu yang mempunyai perasaan negatif terhadap kehamilannya mempunyai lebih banyak permasalahan dibandingkan ibu yang memiliki perasaan positif terhadap kehamilannya. Pada saat persalinan ibu yang memiliki perasaan negatif terhadap proses persalinan lebih menolak untuk memberikan ASI, menghindari *rooming in* dengan bayinya serta memiliki anak dengan jumlah yang lebih sedikit, demikian sebaliknya (Welch & Miller, 2008).

Ibu yang tidak menyadari perubahan perannya lebih memiliki perasaan negatif terhadap proses kelahiran itu sendiri. Kehamilan merupakan waktu untuk mengidentifikasi, mengulangi hubungan interpersonal, dan waktu yang tepat untuk mengalami maturasi personal (Welch & Miller, 2008). Ada empat tugas maternal yang penting bagi ibu yang harus diselesaikan selama kehamilan yaitu:

1. Memiliki koping yang aman bagi ibu dan bayinya.
2. Menyakinkan adanya penerimaan keluarga terhadap kehamilannya.
3. Adanya kedekatan dengan bayinya.
4. Belajar untuk menerima kondisi dirinya (Welch & Miller, 2008).

Perlu ditekankan pada ibu bahwa adanya perasaan *ambivalence* dan masa transisi menjadi orang tua merupakan perasaan yang normal. Hal ini perlu ditekankan karena ibu memerlukan waktu yang lama untuk beradaptasi terhadap perubahan persepsi dan gaya hidup (Welch & Miller, 2008).

Perasaan ketidaknyamanan pada trimester pertama adalah perasaan adanya pergerakan janin, adanya kenyataan bahwa terdapat janin dalam tubuhnya. Pada trimester pertama ibu memiliki kesadaran bahwa janinnya merupakan bagian dari dirinya. Ibu hamil trimester kedua memiliki perasaan yang lebih tinggi terhadap dirinya, perhatian ibu lebih difokuskan pada kesehatan janin daripada kesehatan ibu. Pada akhir kehamilan, status emosi ibu berbeda daripada trimester pertama dan kedua, ibu mengalami konflik dengan kelahiran (Reeder, 1997). Ibu sebagai wanita menginginkan kehamilan segera berakhir tapi ada perasaan takut pada masa persalinan sehingga meningkatkan kecemasan ibu. Ibu secara verbal sering merasakan kecemasan terhadap kelahiran, persalinan dan kesehatan janin (Welch & Miller, 2008).

Welch & Miller (2008) berpendapat bahwa kemampuan individu untuk menghadapi situasi baru dan tugas kehamilan berhubungan dengan keseimbangan stres masa lalu dan masa kini serta kemampuan ibu dalam beradaptasi terhadap kehamilan, kelahiran dan parenting. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap proses adaptif bagi ibu adalah:

1. Ibu memiliki figur ibu dalam kehidupannya.
2. Ibu tidak memiliki konflik kronik dengan ibu dan saudara yang lain.
3. Ibu tidak memiliki riwayat melahirkan anak dengan keterlambatan mental.
4. Ibu tidak memiliki perselisihan kronik dalam perkawinan khususnya terjadi perselisihan pada masa kehamilan.
5. Ibu memiliki pengalaman seks yang panjang.
6. Ibu tidak memiliki ketakutan memiliki bayi yang cacat.
7. Ibu tidak mengalami penolakan terhadap status kehamilan semester ketiga.
8. Ibu memiliki seseorang yang membantu merawat bayinya kelak.
9. Ibu memiliki kemampuan dalam mengidentifikasi karakteristik bayinya.

Kemampuan ibu dalam mencapai keseimbangan dalam beradaptasi, tergantung pada tiga faktor yaitu: ibu harus memiliki persepsi yang realistis terhadap

kejadian yang mengakibatkan terjadinya krisis psikologis, ibu harus memiliki dukungan adekuat dari orang lain yang paling memiliki pengaruh pada ibu, ibu harus mampu mengembangkan mekanisme koping yang adekuat sebelumnya dalam memecahkan masalah (Gilbert & Hanom, 1998).

Setiap manusia memiliki tujuan yang berbeda secara individual dalam berespon terhadap stres yang dihadapi selama periode perinatal (Glynn et al., 2008). Perubahan respon terhadap stres selama kehamilan dipengaruhi oleh: kecemasan kehamilan, pengalaman kehamilan risiko tinggi secara medis yang dimiliki, adanya tekanan/kejadian stres dalam kehidupan yang dimiliki (Glynn et al., 2008).

Sejumlah kejadian selama periode kehamilan pada pengkajian awal dan sejumlah kejadian diantara kunjungan berikutnya, masing-masing memiliki nilai (skor) yang berbeda akibat kejadian yang dialami dalam kehidupan (Glynn et al., 2008). Multiigravida, ibu yang mempunyai kesehatan fisik baik, seseorang yang berumur lebih dari 36 tahun memiliki stres yang lebih rendah dibandingkan dengan primigravida, ibu yang memiliki kesehatan fisik buruk, ibu berumur antara 16-20 tahun (Glynn et al., 2008).

Dalam sebuah studi prospektif ditemukan bahwa pola strategi koping ibu hamil dibedakan dalam tiga kategori yaitu: koping berorientasi pada kognitif, koping berorientasi pada emosi, koping berorientasi pada perilaku (Brisch et al., 2005). Kemampuan koping seseorang dipengaruhi oleh pemberian informasi oleh tenaga kesehatan tentang tujuan dari tindakan medis yang akan dilakukan, termasuk dampak positif maupun negatif yang akan diperoleh (Brisch et al., 2005).

Pengenalan respon emosional ibu oleh tenaga kesehatan, memudahkan tenaga kesehatan dalam membantu proses adaptasi ibu dengan menggunakan mekanisme koping untuk menurunkan stres dan kecemasan ibu (St John & Emmanuel, 2010). Proses adaptasi yang dapat digunakan oleh ibu adalah sikap selalu

berpikir dan berpengharapan positif serta optimis (Lobel et al., 2002; White et al., 2008). Oleh karena itu peran tenaga kesehatan sangat diperlukan dalam membantu ibu beradaptasi untuk mengurangi kecemasan dan stres melalui pertimbangan personal, menjalin hubungan, dan pelayanan dalam konteks psikososial (St John & Emmanuel, 2010).

Informasi tentang kesehatan dan kondisi kehamilan ibu harus selalu diberikan kepada ibu dan pasangan, berikut faktor risiko yang terjadi dan alternatif tindakan untuk meminimalkan risiko yang terjadi (Gilbert & Hanom, 1998). Peran petugas sangat diperlukan dalam membantu ibu beradaptasi, karena kemampuan ibu hamil risiko tinggi sangat dipengaruhi oleh tingkat stres, mekanisme koping dan karakteristik dari pasangan ibu hamil risiko tinggi (Juyoung & Euysoon, 2010). Konseling sangat diperlukan dalam hal ini, pasangan yang memperoleh konseling dari berbagai multidisiplin ilmu memiliki kecemasan yang lebih rendah dibandingkan dengan pasangan yang hanya menerima konseling dari tenaga obstetri (Alte et al., 2002).

Tidak semua orang mampu menggunakan mekanisme koping adaptasi. Seseorang dapat berperilaku maladaptif apabila seseorang memiliki beberapa faktor psikososial. Faktor psikososial ibu yang dapat menimbulkan mekanisme koping maladaptif adalah: faktor sosial, psikologi dan perilaku kesehatan yang tidak diinginkan (Welch & Miller, 2008).

Faktor sosial ibu yang dapat menimbulkan mekanisme koping maladaptif sehubungan dengan adanya kondisi sosial ekonomi yang rendah, perumahan yang tidak adekuat, kurangnya tingkat pendidikan, status maternal ibu (Welch & Miller, 2008). Faktor psikologi ibu yang dapat menimbulkan mekanisme koping maladaptif adalah tidak adekuatnya sistem pendukung dan mekanisme yang dimiliki ibu, sikap ambivalen terhadap kehamilan yang berlebihan, perasaan stres dan kecemasan yang kronis (Welch & Miller, 2008). Perilaku kesehatan yang tidak diinginkan karena dapat menimbulkan mekanisme koping maladaptif dan berisiko pada kehamilan adalah perilaku merokok, ketergantungan obat,

alkohol, nutrisi yang tidak adekuat dan aktifitas yang berlebihan (Welch & Miller, 2008).

2.3 Intervensi Keperawatan Psikososial

Kehamilan merupakan masa transisi yang dapat membuat ibu menjadi stress. Kesehatan psikologi ibu hamil dalam masa transisi untuk menjadi seorang ibu nampak dari perilaku ibu yang menjadi mudah cemas, depresi dan mengalami disfungsi. Hal ini terjadi karena kehamilan mengakibatkan terjadinya perubahan fisik, sosial dan emosi ibu.

Ibu hamil dengan risiko tinggi harus dilakukan pengkajian tentang kemampuan adaptasi psikososial ibu. Hal yang perlu dikaji dari ibu dalam hal ini adalah penerimaan ibu terhadap kehamilannya, persiapan yang dilakukan terhadap proses kelahiran, hubungan dengan suami, pengidentifikasian peran ibu. Petugas kesehatan harus mengetahui karakter dan latar belakang ibu sebelum melakukan pengkajian kemampuan adaptasi psikososial ibu (Nakamura, 2011).

Pengkajian kemampuan adaptasi psikososial ibu perlu dilakukan karena ibu hamil berisiko tinggi membutuhkan dukungan dalam bentuk informasi dari tenaga kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan fisik, dan emosi. Dukungan tersebut diperlukan ibu agar ibu memperoleh semangat untuk berpikir bahwa kehamilannya berlangsung dengan baik. Oleh sebab itu keluarga harus menjadi sumber kekuatan utama ibu (Pryor et al. 2007).

Intervensi psikososial merupakan bagian dari pemberian asuhan keperawatan, yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi psikologis dan sosial ibu. Intervensi ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pasien, sebagai upaya meningkatkan ketrampilan sosial, hubungan interpersonal, dan komunikasi ibu (Videbeck, 2001).

Bentuk upaya yang dilakukan pada intervensi keperawatan psikososial adalah relaksasi, dukungan sosial, meningkatkan rasa percaya diri ibu.

a. Relaksasi Pada Ibu hamil risiko tinggi

Ibu dengan kehamilan risiko tinggi perlu mendapatkan intervensi untuk menenangkan pikiran mereka, termasuk hipnotik relaksasi, terapi musik, relaksasi penurunan stres untuk membantu pengembangan kesejahteraan kehamilan (Chuang & Lin, 2008).

Pada penelitian-penelitian sebelumnya pada ibu dengan ancaman terjadinya persalinan prematur, didapatkan hasil bahwa ada pengaruh yang signifikan antara terapi relaksasi dengan penurunan stres secara efektif, sehingga upaya ini dapat menunda terjadinya persalinan prematur. Penerapan relaksasi yang terlatih dapat menurunkan kecemasan ibu hamil berisiko tinggi, apabila disertai kemampuan ibu dalam menerima stres (Janke, 1999; Bastain et al., 2005).

Relaksasi pernapasan lambat dan teratur dapat menurunkan ketegangan otot dan tanda-tanda vital sehingga kecemasan dapat berkurang (Videbeck, 2001). Terapi relaksasi lebih mudah diterapkan pada ibu hamil risiko tinggi dan memiliki manfaat untuk kesehatan ibu selanjutnya, terutama ibu dengan ancaman terjadinya persalinan prematur (Chuang, Li Chan, & Cheng, 2010). Latihan relaksasi efektif untuk ibu dengan ancaman persalinan prematur, karena dapat mencegah terjadinya persalinan prematur, dan meningkatkan kemampuan janin. Intervensi relaksasi ini murah, aman, tidak mencederai, mudah dilatihkan (Chuang et al., 2011).

Yoga dan terapi pijat merupakan salah satu bentuk lain dari relaksasi yang aman serta mampu menurunkan depresi dari ibu hamil dan mampu menurunkan kejadian persalinan prematur, *fetal growth restriction* (IUGR) dengan *pregnancy induced hypertension* (PIH), meningkatkan berat badan lahir janin. Pijat, membuat peredaran darah menjadi lancar, sehingga menurunkan ketegangan otot untuk memperoleh tubuh yang rileks. Ibu hamil risiko tinggi sebaiknya melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang mengawasi kesehatan kehamilannya selama ini terlebih dahulu sebelum melakukan pijat kehamilan (Narendran et al. 2005; Nicholas, 2006; Field, 2011).

Pijat khusus untuk ibu hamil sangat efektif untuk relaksasi, dengan pemberian posisi menyamping menggunakan tekanan ringan, dan pelan diperlukan saat ibu memperoleh pijatan. Terapi Pijat ini dapat mengurangi nyeri punggung, kecemasan, membuat tidur lebih baik, menurunkan kadar hormon stres dan meningkatkan rasa kenyamanan (Trask, 2011). Pijat untuk ibu hamil berisiko tinggi (risti) membutuhkan perhatian khusus dengan melihat indikasi dan kontra indikasi dari pijat kehamilan (Trask, 2011).

Pijat untuk mendapatkan relaksasi bagi ibu hamil risiko tinggi mempunyai pengaruh positif bagi ibu hamil dengan *Diabetes Militus*, *Cardiac pulmonary*, *liver disorders*, masalah kehamilan sebelumnya, kehamilan kembar, hipertensi kronis, ibu dengan asma, ibu berumur <18 dan >35, risiko dengan gangguan genetik pada janin, gangguan kejang, Pd-I- negatif faktor atau masalah genetik pada ibu, IUGR, ketidaknormalan gerak jantung janin (Cutler, 2010). Pijat tidak diperkenankan pada ibu hamil risti yang memiliki kontra indikasi (Cutler, 2010).

Kontra indikasi terapi pijat pada ibu hamil risti adalah ibu dengan riwayat perdarahan pervagina, ancaman keguguran, persalinan dini, disfungsi plasenta, eklampsi (keracunan), *diabetes gestational* (Cutler, 2010). Kontra indikasi yang lain adalah ibu dengan tekanan darah tinggi, berpenyakit jantung pada trimester ketiga, berpenyakit ginjal dan kandung kemih, beberapa penyakit infeksi, kanker atau tumor yang belum terdiagnosa (Cutler, 2010). Area yang tidak boleh dilakukan terapi pijat adalah daerah kaki dan perut, terutama kaki dengan varises vena berat, *thromboplebithis*, atau terdapat iritasi/kerusakan kulit (Cutler, 2010). *Acupressure* tidak boleh dilakukan pada ibu hamil (Cutler, 2010).

Pijat atau relaksasi otot secara progresif memperoleh hasil yang memuaskan bagi ibu hamil apabila dikombinasikan dengan yoga dan meditasi. Penggabungan ini sangat efektif untuk memperbaiki perasaan, stres dan perkembangan janin (Beddoe & Lee, 2008).

Alder (2011) dalam risetnya mendapatkan bahwa, relaksasi efektif untuk mengatasi kecemasan pada kehamilan dan relaksasi sudah merupakan salah satu cara untuk mengatasi kecemasan. Dalam perkembangannya relaksasi efektif untuk mengatasi kecemasan ringan. Pasien dengan kecemasan tingkat yang lebih tinggi sebaiknya menggunakan relaksasi yang dikombinasikan dengan konseling. Pasien dengan kecemasan tinggi harus mendapatkan perhatian dan pengawasan khusus. Dalam konseling sebaiknya keluhan dan pertanyaan dari pasien menjadi topik diskusi pada pertemuan-pertemuan selanjutnya (Alder, 2011).

a) **Macam-Macam Relaksasi Untuk menurunkan Kecemasan bagi Ibu Hamil Risiko Tinggi**

Teknik relaksasi merupakan cara efektif yang aman digunakan oleh ibu hamil dalam menurunkan kecemasan yang dialami. Ibu hamil dengan kecemasan sering merasa sangat khawatir sehingga menjadi tegang dan mudah marah. Keadaan ini pun dapat mempengaruhi keadaan fisik, seperti: kegelisahan, gangguan tidur, sakit kepala, ketegangan otot dan gemetar. Metode relaksasi dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut di atas (Wolfenden, 2010). Adapun macam-macam teknik relaksasi yang dapat digunakan adalah:

1. *Progressive muscle relaxation*/relaksasi otot
2. Pernapasan dalam
3. *Guided Imagery*/visualisasi/distraksi
4. Terapi Musik
5. *Massage pregnancy* (pijat kehamilan)
6. Yoga dan Meditasi

1. ***Progressive Muscle Relaxation/ Relaksasi Otot***

Ibu berbaring di lantai dan melonggarkan pakaian ibu, tutup mata ibu, dan lakukan pernapasan dalam selama lima menit. Setelah ibu siap, fokuskan pikiran ibu pada kaki kanan ibu. Jari kaki kanan ibu akan tegang selama beberapa detik, kemudian lepaskan. Fokus bagaimana

ketegangan yang mengalir keluar. Bila ibu sudah siap, lakukan langkah seperti sebelumnya pada kaki kiri ibu. Bergerak secara perlahan lakukan kembali pada tubuh ibu yang lain di daerah pinggul, pantat dan sebagainya, dengan teknik tegangkan otot pada bagian tertentu tubuh ibu dan rilekskan kembali. Setelah seluruh bagian otot diperlakukan teknik tersebut, cek kembali apakah masih ada daerah otot tubuh ibu yang tegang. Ulangi latihan di daerah-daerah tertentu. Lakukan hal ini secara perlahan-lahan dengan melakukan pernapasan dalam (Motensen, 2010; Miller, 2011).

2. Pernapasan Dalam

Pertama yang harus dilakukan adalah menghirup udara sebanyak-banyaknya dengan pernapasan perut yang dilakukan secara pelan dan dalam. Hitung dalam hati sampai hitungan kelima saat ibu menghirup udara ke dalam perut ibu. Tahan udara dalam perut ibu selama empat hitungan, kemudian saat hitungan kelima lepaskan (Nefer, 2010).

Lakukan hal ini dengan melakukan kombinasi dengan teknik *progressif muscle relaxation* dengan cara: ambil posisi duduk atau berbaring dengan nyaman, sambil menutup mata, menegangkan otot dan kemudian melepaskannya dari seluruh tubuh ibu. Bayangkan mulai dari kepala hingga ke jari kaki. Bayangkan kecemasan mengalir jauh dari setiap rilis otot ibu. Lanjutkan dengan membayangkan diri ibu berjalan menyusuri tangga, semakin rileks saat ibu menuruni tangan selangkah demi selangkah (Nefer, 2010).

Lakukan bergantian dengan mengkombinasikan dengan teknik *guided imagery* dengan membayangkan ibu sedang berbaring di padang rumput di dekat danau yang indah dan tenang. Praktekkan teknik ini selama 15-45 menit. Ibu dapat melakukan teknik pernapasan dalam saja atau melakukan penggabungan teknik seperti di atas, semuanya tergantung waktu yang ibu miliki (Nefer, 2010).

3. *Guided Imagery/ Distraksi/Visualisasi*

Teknik yang menggunakan gambaran situasi untuk mengantarkan kita ke keadaan relaksasi. Gambaran situasi adalah alat bantu untuk membawa proses pikiran atau visualisasi kita untuk membayangkan adegan dimana kita merasa damai untuk melepaskan ketegangan dan kecemasan (Strange, 2010).

Gambaran yang cenderung digunakan adalah pantai, danau, gubug atau lokasi serupa yang menenangkan. Saat terlibat dalam visualisasi, kita harus menggunakan semua alat indra kita untuk sepenuhnya terlibat dalam lokasi yang kita bayangkan tersebut. Rekaman audio akan memandu kita mengikuti proses tersebut. Teknik yang sering digunakan adalah teknik damai dan teknik gambaran diri, teknik menangani kemarahan (Strange, 2010).

Contoh teknik damai:

Ibu mencari tempat yang aman, tenang tenang dan tenang dimana ibu dapat bersantai tanpa gangguan selama 15 menit. Tutup mata ibu dan ambil napas dalam-dalam, sebagai napas pembersihan diri. Bayangkan adanya hewan, suara gemericik air, situasi alam yang nyaman, dan libatkan diri ibu dalam adegan tersebut. Gunakan indra penciuman, rasa dan mendengar untuk benar-benar terlibat dalam hal ini. Ibu akan merasakan gelombang relaksasi dan ketenangan sepenuhnya mengisi diri ibu, tinggal di sana selama 10 menit atau lebih (Strange, 2010).

Contoh teknik gambaran diri:

Ambil posisi duduk di tempat yang nyaman dan tenang. Tutup mata ibu dan berkonsentrasilah pada perasaan tubuh ibu dengan perlahan-lahan mengambil kesiapan mental setiap bagian dari tubuh ibu. Ibu akan menyadari adanya ketegangan dan relaksasi dalam tubuh ibu. Ibu tetap berfokus pada tubuh ibu dan mulailah memperhatikan tubuh ibu lebih santai dan lebih terkonsentrasi (Strange, 2010).

Pikirkan tentang citra tubuh ibu, bagaimana perasaan ibu terhadap tubuh ibu, bagaimana ibu menerima tubuh ibu apa adanya. Pikirkan bagian tubuh ibu yang membuat ibu bahagia, dan memungkinkan perasaan itu menjalar ke tubuh ibu secara keseluruhan. Ini dapat membuat ibu mempunyai penguatan positif untuk menerima tubuh ibu apa adanya (Strange, 2010).

Contoh teknik menangani kemarahan:

Cari tempat yang nyaman dimana ibu dapat menutup mata selama beberapa menit dan duduk dengan pelan. Tutup mata ibu dan konsentrasi pada manifestasi fisik dari kemarahan dalam tubuh ibu. Biarkan ibu merasakan kemarahan dan perhatikan bagaimana hal itu mempengaruhi tubuh ibu (Strange, 2010).

Kencangkan otot di setiap bagian tubuh ibu, kemudian rilekskan. Hal ini dilakukan sedikit demi sedikit setiap saat. Lakukan kembali untuk mengepalkan lengan ibu, kemudian mengencangkan leher dan bahu, dan sebagainya, kemudian rilekskan kembali setiap bagian (Strange, 2010).

Ulangilah pernyataan positif bahwa kemarahan itu normal dan dapat diterima. Terimalah kemarahan dan teruskan maju. Lanjutkan dengan mengambil napas pembersihan dan lanjutkan hari-hari ibu (Strange, 2010).

4. Terapi Musik

Kehamilan adalah masa yang unik dan menimbulkan stres bagi ibu. Situasi ini berlangsung lama dan berkepanjangan sehingga perlu segera diatasi. Musik dapat digunakan untuk mengurangi stres psikologis, kecemasan dan depresi pada ibu hamil (Chang, 2008). Ibu hamil perlu membiasakan diri mendengarkan musik selama 30 menit setiap harinya. Musik dapat mempunyai efek terapi pada tubuh dan pikiran kita. Musik dapat menetralkan emosi negatif, menurunkan puncak stres,

mengharmonisasikan proses dalam tubuh, membantu pasien untuk mempertahankan proses relaksasi dan pengurangan stres (Shin & Kim, 2011). Perasaan menyenangkan yang diterima otak kanan akan melepaskan *endorphin hormon* dari kelenjar pituitary, sehingga menurunkan respon fisiologik dan menimbulkan relaksasi (Shin & Kim, 2011). Lebih jauh musik merubah interaksi *thalamus* dan sistem *reticular activating* serta efek emosi, ketegangan otot dan fungsi otonomik seperti tekanan darah, nadi dan respirasi (Shin & Kim, 2011).

Warna musik yang dapat digunakan adalah musik klasik, musik alam, musik mandarin anak-anak, musik penghantar tidur atau warna musik yang lain. Beberapa penelitian warna musik alam dan musik penghantar tidur yang lebih banyak dipilih untuk menurunkan kecemasan. Waktu yang tepat untuk mendengarkan musik adalah kapan saja, bahkan waktu istirahat dan saat melakukan pekerjaan rumah ibu lebih banyak memilih untuk mendengarkan musik (Wilbert, 2008).

5. *Massage Pregnancy*/pijat kehamilan

Sentuhan sangat dibutuhkan oleh wanita hamil untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan emosional ibu dalam menyesuaikan diri dengan perubahan tubuhnya. Sentuhan yang diberikan secara alami membuat *hormon endorphen* (hormon untuk merasa lebih baik) mengalir ke dalam sistem tubuh yang sangat bermanfaat untuk proses persalinan (Cutler, 2010; Rayner, 2012).

Pijat kehamilan biasanya berlangsung dalam sejam, kebanyakan ahli pijat kehamilan menggunakan tempat khusus untuk ibu hamil sehingga perut ibu dapat dibaringkan dengan nyaman, dan bantal/guling khusus untuk mendukung posisi ibu yang ditaruh di sisi ibu, sehingga ibu merasa nyaman saat harus berbaring miring untuk dilakukan pemijatan. Bantal lembut yang digunakan, untuk meredakan tekanan ekstra pada punggung bawah dan daerah panggul bila tekanan pemijatan dilakukan (Cutler, 2010; Rayner, 2012).

Pada trimester pertama, kehamilan berisiko mengalami keguguran sehingga pijat kehamilan tidak dianjurkan. Pada trimester kedua ibu sudah diperbolehkan mendapatkan pijat kehamilan (Cutler, 2010).

Manfaat pijat kehamilan adalah: untuk mengurangi kecemasan, meningkatkan sirkulasi darah dan getah bening, serta mengurangi edema, melalui relaksasi tekanan darah dapat dikurangi, meringankan kejang otot, kram akibat stres berat, mengurangi sakit punggung dan kaki, memperbaiki pola tidur, membantu teknik pernapasan yang diperlukan selama persalinan, mengurangi kadar hormon stres: *norepinefrin*. Manfaat lain adalah meningkatkan fleksibilitas dan kesadaran kinestetik untuk mempersiapkan ibu dalam kelahiran, menurunkan komplikasi persalinan dan intervensi obat, meningkatkan kesejahteraan bayi, mengurangi stres dan mempromosikan relaksasi melalui dukungan emosional dan fisik, serta memelihara sentuhan ibu (Trask, 2011).

Pijat kehamilan hanya boleh dilakukan oleh tenaga yang sudah diakui kemampuannya, jika ibu merasa tidak nyaman selama pemijatan ibu harus segera menghentikan terapi pijat dan konsultasi dengan dokter. Dalam pemijatan harus dihindari untuk memberikan tekanan di titik sekitar pergelangan terutama pergelangan kaki, tendon Achilles, dan antara ibu jari dan jari. Pijatan harus dilakukan dengan lembut, dan tekanan rendah pada bagian bawah kaki untuk menghindari tercabutnya pembekuan darah apapun yang mungkin telah terbentuk di kaki (Rayner, 2012).

Ibu dengan kehamilan risiko tinggi harus melakukan konsultasi dengan dokter sebelum melakukan pijat kehamilan. Ibu dengan kehamilan risiko tinggi dibagi dalam dua kategori yaitu: kategori risiko tinggi kehamilan (jangan pernah melakukan pijat kehamilan tanpa seijin dokter yang merawat) dan kehamilan dengan kondisi kurang mengancam (melakukan

pijat kehamilan untuk tindakan pencegahan dengan mengikuti saran dokter) (Cutler, 2010).

Ibu hamil yang termasuk dalam kategori risiko tinggi kehamilan adalah: ibu dengan diabetes, ibu yang masalah kondisi jantung (seperti: *rhemautik heart disease*), preeklamsi, riwayat keguguran, hamil di bawah <20 tahun atau > 35 tahun, asma, RH (-) ibu atau masalah genetik lainnya, atau riwayat kelahiran kembar (Cutler, 2010).

Sementara ibu hamil dengan kondisi kurang mengancam adalah: ibu yang memiliki serviks yang tidak kompeten, memiliki gangguan paru atau hati, anemia berat, riwayat kejang, mengalami penurunan/tidak adanya gerakan janin, *Sistemic Lupus Eritematous* (SLE), memiliki kebiasaan gaya hidup yang buruk (terpapar dengan pemakaian obat, rokok, alkohol, malnutrisi) (Cutler, 2010).

6. Yoga Prenatal dan Meditasi

- a) Meditasi adalah praktek menfokuskan perhatian ibu untuk membantu ibu tenang dan memberikan kesadaran yang jelas tentang hidup ibu. Meditasi dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan kronis (Perkhurst, 2012)

Meditasi menghendaki kita duduk dengan tenang untuk beberapa waktu, dan bernapas dalam. Meditasi menghendaki ibu duduk tenang dan bernafas teratur dan lambat selama 15-20 menit. Apabila ibu tidak dapat duduk nyaman dalam waktu lama dan tidak dapat melakukan pernapasan dalam maka ibu tidak dapat melakukan meditasi (Perkhurst, 2012)

Meditasi dianggap tidak memiliki efek samping atau komplikasi, tetapi dianggap tidak sesuai dilakukan pada situasi akut atau membahayakan jiwa. Teknik yang sering digunakan dalam

meditasi adalah teknik konsentrasi dengan berfokus pada satu gambar, suara/mantra, atau pada pernapasan ibu sendiri (Perkhurst, 2012)

b) *Yoga Prenatal*

Yoga memiliki banyak manfaat, yoga mampu menurunkan kecemasan, mendorong relaksasi dan istirahat, meningkatkan fleksibilitas dan sirkulasi, serta memperkuat otot sendi dengan aman, lembut dan efektif. Di samping itu yoga membantu mengurangi *insomnia* dan gangguan pencernaan akibat kehamilan. Yoga dapat menjadi latihan yang aman bagi ibu hamil, meskipun pada ibu hamil risiko tinggi tidak dianjurkan untuk melakukan olah raga secara bersama-sama, sebaiknya memulai latihan yoga pada trimester kedua (Price, 2010).

Yoga pranatal dapat dimulai sepanjang kehamilan, untuk manfaat maksimal sebaiknya ibu sudah melakukan latihan yoga sejak sebelum konsepsi. Pose yang aman untuk ibu hamil adalah: pose kupu-kupu, sapi dan segitiga diperpanjang. Ibu hamil harus menghindari berolah raga dengan pose di daerah punggung ibu, terutama pada trimester kedua dan ketiga karena dapat mengurangi aliran darah ke rahim (Price, 2010).

b. Dukungan Sosial

Dukungan sosial, salah satu cara yang digunakan untuk membantu ibu hamil risiko tinggi dalam memperdayakan mekanisme coping yang dimiliki, dengan menggunakan sumber pendukung. Sumber pendukung tersebut bisa berasal dari pasangan, keluarga inti, keluarga yang lain, teman maupun masyarakat (Warren, 2007).

Struktur Dimensi dari dukungan sosial, terdiri dari hubungan interpersonal, sejumlah teman atau kenalan, hubungan dekat sesuai dengan tingkat kedekatan hubungan, frekuensi dalam melakukan kontak (Warren, 2007). Fungsi Dimensi dalam dukungan sosial adalah untuk melakukan perubahan aktivitas ibu melalui dukungan yang layak diberikan dalam hal informasi, cara-cara beradaptasi, dukungan emosi, dan sejumlah pengharapan (Warren, 2007; Siomos, 2011).

Sapkota, Kobayashi & Takaso (2011) dalam hasil risetnya menyatakan bahwa ibu hamil risiko tinggi sangat membutuhkan kehadiran dan dukungan dari pasangan dalam proses persalinan. Kehadiran pasangan selama proses persalinan membawa pengaruh positif bagi perasaan dan rasa percaya diri ibu. Kehadiran pasangan membuat ibu memiliki dukungan emosi, fisik dan informasi, dengan demikian kecemasan dan ketakutan ibu dalam menjalani proses persalinan dapat diminimalkan bahkan dihilangkan. Oleh karena itu pasangan ibu hamil risiko tinggi harus diberikan informasi tentang kegunaan peran serta dan dukungan suami sejak pasangan dalam kondisi hamil (Sapkota, Kobayashi & Takaso, 2011). Dukungan suami dan keluarga sangat dibutuhkan ibu hamil. *Sosial support* mampu menurunkan risiko persalinan prematur dan *small for gestational age*, pada ibu hamil (Pryor et al. 2007).

Ibu hamil risiko tinggi tidak hanya membutuhkan peran serta dan dukungan dari suami. Mereka juga membutuhkan dukungan sosial dari keluarga inti mereka, baik dari ibu kandung maupun ibu mertua. Dukungan dari keluarga inti tersebut mampu memberikan pengaruh positif terhadap kecemasan yang mereka rasakan (Senturk, 2011).

Dukungan membuat ibu hamil mempunyai kesehatan yang lebih baik. Ibu hamil memiliki peningkatan daya tahan, penurunan tekanan darah dan angka kematian (Hogan, Linden & Najarian, 2002). Di samping itu efek dari *sosial support* dipengaruhi oleh mekanisme koping dari individu itu sendiri. Strategi koping yang sering dipakai adalah berdoa/beribadah/lebih mendekatkan diri pada Tuhan (Giurgescu et al. 2006).

Dukungan dari pasangan bagi ibu hamil risiko tinggi tergantung juga pada orientasi kedekatan hubungan ibu dengan pasangan. Kedekatan hubungan mereka meliputi: kedekatan psikis, memiliki tujuan masa depan yang ditetapkan pasangan dan kemampuan sosial yang dimiliki. Kemampuan sosial yang dimiliki pasangan tergantung kepada karakteristik hubungan mereka (seperti kualitas hubungan, kedekatan emosional dan *intimacy*) (Rini et al. 2006).

Ibu yang memiliki dukungan dari pasangan mengalami sedikit kecemasan pada pertengahan semester kehamilan dan terjadi penurunan kecemasan pada pertengahan semester sampai akhir kehamilan. Hasil penemuan ini dapat diimplikasikan untuk riset selanjutnya terhadap proses dukungan sosial khususnya dalam konteks hubungan dengan pasangan (Rini et al. 2006).

c. Meningkatkan Rasa Percaya Diri

Membina hubungan yang baik dengan pasangan merupakan langkah efektif dalam meningkatkan *support system* bagi pasangan. Kunci dari sebuah hubungan adalah komunikasi yang baik (Sittner, Hudson & Defrain, 2007)

Kalb (2008) menjelaskan bahwa kepuasan sebuah hubungan harus dilandasi adanya kepercayaan, komunikasi yang jujur dan terbuka, dan adanya sikap saling berbagi tujuan dan pengharapan, serta sikap saling menghormati dan memperhatikan. Banyak cara dapat dilakukan dalam mengekspresikan seksual selain dengan berhubungan seksual. Pasangan dapat melakukan keintiman dengan aman melalui saling memanjakan/bermesraan, mencium, membelai, bergandengan tangan, merangkul, saling memijat atau mandi air hangat bersama dengan alunan musik lembut dan cahaya lilin, sehingga keintiman dan kemesraan selama masa kehamilan dapat ditingkatkan (Kalb, 2008).

Lowdermilk & Perry (2007) menyatakan bahwa komunikasi yang baik, kejujuran, keterbukaan, akan menghindari terjadinya kesalahpahaman dalam mengungkapkan cinta sehingga kesehatan seksual dapat dipelihara. Melalui

komunikasi kita dapat mengungkapkan fantasi yang kita miliki, sekaligus apa yang kita rasakan. Sebagai pasangan kita akan menjadi relaks bila disayang, dipeluk dan diperhatikan (Sieberman, 2007).

Keintiman dalam spiritualitas, merupakan cara alternatif lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan hubungan. Keintiman dalam spiritual bersama pasangan mengakibatkan terjadinya peningkatan yang besar atas dukungan positif, kehangatan, penurunan emosi saat berinteraksi, peningkatan rasa cinta dalam ikatan perkawinan, kenyamanan iman, dan kenyamanan sebagai seorang isteri (Padgett, 2010).

Pasangan pria juga perlu melakukan introspeksi diri dengan selalu bertanya kepada dirinya (Polomeno, 2000):

- 1) Apakah keahlian yang saya miliki untuk pasangan saya ?
 Apabila ibu hamil bertanya tentang perubahan tubuhnya, itu menandakan bahwa ibu ingin mengetahui respon tentang perasaan cinta pasangannya. Ini merupakan cara yang dipakai untuk meyakinkan ibu akan cinta pasangannya, sehingga dirinya memiliki rasa percaya diri lagi.
- 2) Apa keahlian yang saya miliki untuk diri saya sendiri?
 Para pria sering merasa takut, frustrasi, bimbang, gelisah, lemah dan sendiri memikirkan kehidupan yang akan datang. Kegelisahan ini menyangkut tanggung jawab dan *financial*, serta kecemburuan adanya kemungkinan kurangnya perhatian dari pasangan. Jika itu terjadi katakan selalu bahwa kehamilan ini merupakan proyek bersama sebagai pasangan atau team, bukan proyek individu.
- 3) Apa yang dapat saya lakukan?
 Lakukan seperti yang sudah dijabarkan sebelumnya.

Menurut Riri & Yoes (2007), ibu juga perlu menyenangkan pasangan. Bentuk menyenangkan pasangan adalah, menerima pasangan apa adanya, menjadikan pasangan sebagai sumber keindahan dalam hidup dengan tetap selalu menjaga penampilan, menerima kesenangan dari diri pasangan ibu, menjaga pasangan ibu untuk tetap menarik, mengagumi pasangan ibu, mencari tahu keinginan dan

fantasi pasangan yang paling dalam, dan mencintai bagian tubuh pasangan (Riri & Yoes, 2007).

Menjadi pasangan yang baik menurut Riri & Yoes (2007) adalah dengan selalu berkomunikasi dan bersikap romantis, tidak merendahkan diri sendiri, selalu bersikap jujur, tidak melakukan sesuatu hanya untuk menjaga agar pasangan bahagia, tidak meremehkan pasangan, tidak menunda sesuatu yang telah dijanjikan, dan selalu ada untuk pasangan kita, memperlakukan pasangan dengan sopan (Riri & Yoes, 2007).

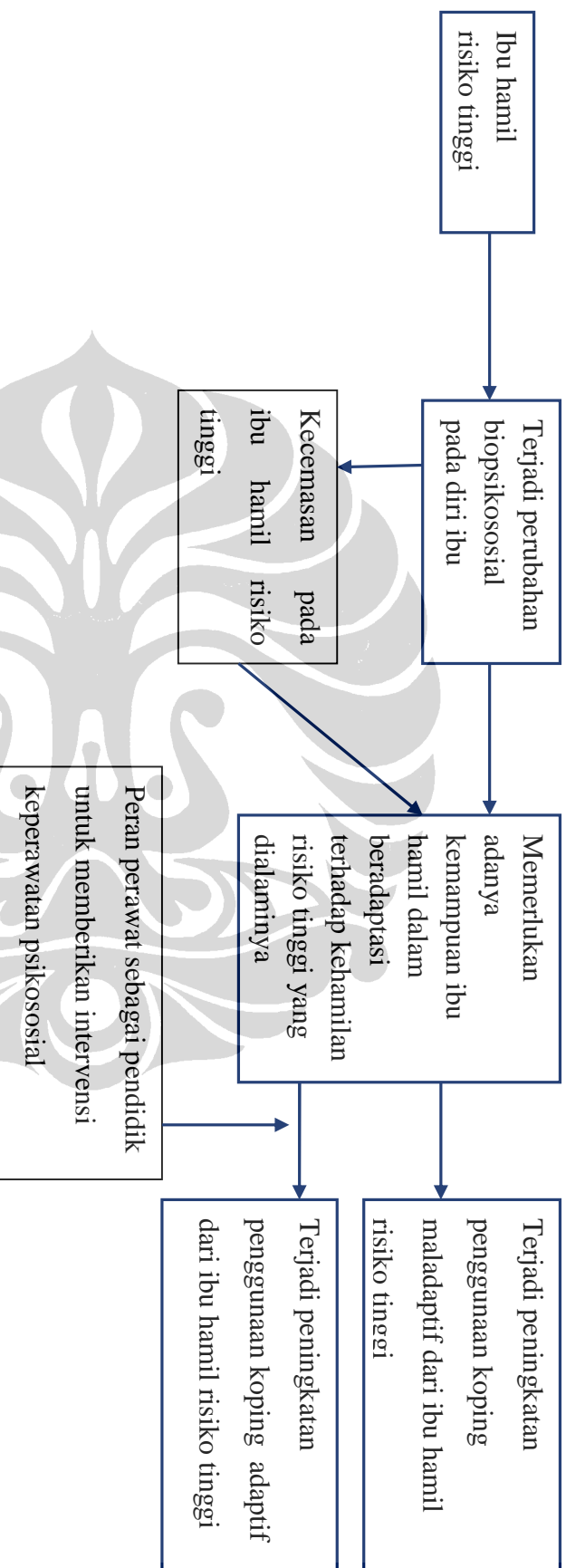
Menurut Parkison's Disease Society (PDS) (2008), cara-cara lain yang dapat digunakan mengungkapkan perasaan cemas atau depresi yang kita rasakan akibat keterbatasan yang kita miliki adalah:

- 1) Melakukan relaksasi dengan mencari waktu untuk melakukan hal-hal yang berbeda dari kegiatan rutinitas.
- 2) Memanjakan diri dengan mendengarkan musik ditemani minuman kesenangan ibu
- 3) Menulis diari (buku harian), tentang perasaan kita sehingga kita dapat melakukan introspeksi, dan melihat perkembangan yang kita alami.
- 4) Menjaga kesehatan diri dengan melakukan latihan ringan dan mengkonsumsi diit yang sehat sehingga membuat tubuh kita menjadi lebih baik.
- 5) Bercakap-cakap dengan orang terdekat, untuk menambah keakraban.
- 6) Mengungkapkan perasaan lewat tangisan dan kemarahan, untuk menghindari perasaan tertekan.
- 7) Saling tertawa dengan menebar humor, sehingga tubuh kita mengeluarkan hormon yang akan membuat tubuh menjadi lebih baik (PDS, 2008).

Silberman (2007) menyatakan ada sepuluh cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan hubungan ibu dengan pasangan:

- 1) Cintailah diri ibu, karena hubungan yang kuat dimulai dari kepemilikan harga diri yang positif.
- 2) Menerima adanya perbedaan, dan berbagai argumentasi sebagai bagian hidup seorang pasangan.
- 3) Memberikan argumentasi yang baik, mendengarkan serta tanggap dan berusaha mencari solusi.
- 4) Segera meminta maaf, apabila salah satu pasangan membuat sebuah kesalahan.
- 5) Belajar mendengarkan, karena proses berubah ada pada setiap orang. Oleh karena itu jangan bersikap seakan-akan sangat mengetahui keadaan dan pikiran pasangan.
- 6) Saling menyentuh, melalui sentuhan akan dirasakan adanya kekuatan untuk mendukung.
- 7) Buatlah waktu yang dimiliki menjadi berkualitas, dengan berbicara, tertawa, bermimpi, ngobrol atau berdiam bersama.
- 8) Berbagi dengan pasangan akan tujuan hidup bersama. Membicarakan tentang cara mencapai tujuan yang ditetapkan serta berupaya bersama dalam mencapai tujuan.
- 9) Menghabiskan waktu dengan pasangan-pasangan yang lain, sehingga tidak merasa sendiri.
- 10) Selalu melihat sebuah hikmah yang terkandung dari sebuah masalah.

2.4 Kerangka teori



Gambar 2.1 : Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Maureen (1998); Sjolstrom et al., (2004); Stankaitis (2005); Sitter et al., (2007); Dieter et al., (2008); Welch & Miller (2008); Nakamura (2011); Bennington (2012)

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

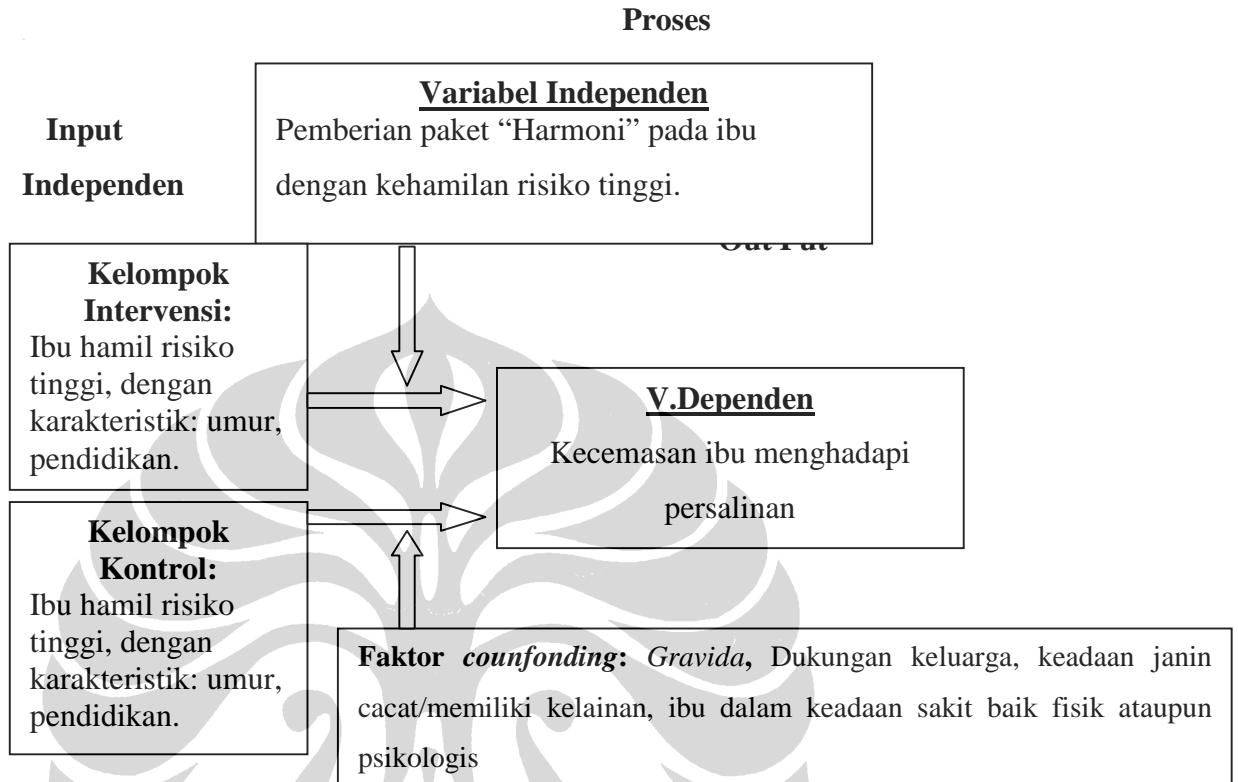
Penelitian ini memiliki dua variabel yaitu variabel *independen* dan variabel *dependen*. Variabel *independen* adalah pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi.

Paket ini diberikan kepada ibu dengan kehamilan risiko tinggi. Karakteristik untuk ibu adalah inisial nama, alamat, umur, pendidikan terakhir, *gravida* ibu.

Variabel *dependen* adalah kecemasan ibu menghadapi persalinan. Faktor *confounding* yang dapat mempengaruhi variabel *dependen* dan *independen* adalah dukungan keluarga, keadaan janin mengalami kelainan/kecacatan, ibu dalam keadaan sakit baik fisik/psikologis, *gravida*.

Perlakuan yang diberikan pada kelompok intervensi adalah pemberian paket “Harmoni”, yang berisikan tentang intervensi keperawatan psikososial, meliputi: pengertian kehamilan risiko tinggi, efek kecemasan pada kehamilan, teknik relaksasi pada ibu hamil risiko tinggi, dukungan sosial, cara meningkatkan rasa percaya diri ibu.

Skema 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis Penelitian

Rumusan hipotesis berdasarkan kerangka konsep adalah:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh pemberian paket "Harmoni" pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan.

3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Tidak ada perbedaan kecemasan ibu menghadapi persalinan, antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan paket "Harmoni".

3.2.2.2 Ada perbedaan kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan pada kelompok intervensi, sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan paket “Harmoni”.

3.2.2.3 Ada perbedaan kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sesudah kelompok intervensi diberikan paket “Harmoni”.

3.2.2.4 Ada pengaruh *gravida* terhadap kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sesudah kelompok intervensi diberikan paket “Harmoni”.

3.3 Definisi Operasional:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<u>Variabel. Indepen den</u> Ibu hamil risiko tinggi	Saat ini ibu sedang hamil dan termasuk dalam kategori kehamilan risiko tinggi. Kehamilan dikategorikan risiko tinggi, apabila kehamilan tersebut memiliki risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan janin, sehingga memerlukan perhatian dan perawatan khusus.	Berdasarkan diagnosa hasil pemeriksaan yang tertulis pada dokumen rekam medik rumah sakit.	0: Kelompok kontrol , tidak mendapat perlakuan paket Harmoni. 1: kelompok intervensi, diberikan paket Harmoni.	Nominal
Paket “Harmoni”	Paket intervensi keperawatan psikososial terdiri atas: definisi kehamilan risiko tinggi, masalah yang mungkin muncul pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi, efek psikososial pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kehamilan, upaya perawatan yang dapat dilakukan oleh ibu dan pasangan dalam mengurangi kecemasan ibu menghadapi persalinan, meliputi: tehnik-tehnik relaksasi, dukungan sosial, peningkatan rasa percaya diri ibu. Paket ini diperuntukkan bagi ibu hamil risiko tinggi.			

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen				
1. Umur	Usia responden pada tahun ini	Kuesioner karakteristik responden	Usia dalam tahun	Interval
2. Tingkat pendidikan	Pendidikan terakhir yang diikuti responden sesuai dengan ijazah yang dimiliki.	Kuesioner karakteristik responden	Dibedakan menjadi : ➤ 1=Pendidikan dasar (SD-SMP) ➤ 2=Pendidikan menengah (SMA) ➤ 3=Pendidikan tinggi (\geq D3).	Ordinal
Variabel Confounding				
1. Dukungan Keluarga	Suami sebagai keluarga terdekat tinggal serumah dengan ibu, tanpa memperhitungkan berapa kali bertemu dalam seminggu, dan suami mendukung kehamilan ini.	Dilakukan <i>restriksi</i> melalui kriteria inklusi	Kuesioner Karakteristik responden	
2. Keadaan kesakitan yang menyertai ibu saat ini baik fisik maupun psikologis	Kondisi sakit pada fisik dan atau psikologis yang menyertai kehamilan ibu saat ini.	Dilakukan <i>restriksi</i> melalui kriteria inklusi	Kuesioner Karakteristik responden	

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini membahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, alat pengumpulan data, etika penelitian, prosedur dan pengumpulan data serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah eksperimen semu (*Quasi-Eksperiment*), dengan pendekatan *pre and post test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian ini mengukur pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan.

Penelitian ini memberikan perlakuan pada kelompok intervensi melalui pemberian paket “Harmoni” kepada ibu hamil risiko tinggi. Pengaruh perlakuan dilihat pada perbedaan kecemasan ibu menghadapi persalinan pada ibu hamil risiko tinggi, sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

Adapun tujuan penggunaan desain penelitian ini adalah menilai perbedaan kecemasan ibu menghadapi persalinan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pemberian perlakuan (Dharma, 2011). Tabel di bawah ini merupakan skema desain penelitian yang akan digunakan.

Gambar 4.1. Desain Penelitian



Dari desain penelitian akan terjadi perubahan nilai:

O1 dan O2 = X1 dan O3 dan O4= X2

Dari desain penelitian akan terjadi perbedaan nilai:

O1 dan O3 = X3 dan O2 dan O4= X4

Tabel 4.1 Keterangan Gambar Desain Penelitian

Kode	Arti
R	Ibu hamil risiko tinggi
R1	Ibu hamil risiko tinggi sebagai kelompok intervensi.
R2	Ibu hamil risiko tinggi sebagai kelompok kontrol.
X0	Perlakuan pemberian paket “Harmoni”
O1	Kecemasan ibu menghadapi persalinan pada tahap awal di kelompok intervensi.
O2	Kecemasan ibu menghadapi persalinan pada pada tahap akhir di kelompok intervensi.
O3	Kecemasan ibu menghadapi persalinan pada tahap awal di kelompok kontrol.
O4	Kecemasan ibu menghadapi persalinan pada tahap akhir di kelompok kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil risiko tinggi yang diperiksa dan terdokumentasi dalam rekam medik di Poliklinik Bersalin Rumah Sakit Panti Waluya Malang, Poli Hamil Rumah Sakit Husada Bunda Malang, dan ibu- ibu hamil di praktek bidan swasta di wilayah kerja Puskesmas Poncokusumo Malang yang terdokumentasi sebagai ibu hamil risiko tinggi dan telah dirujuk ke rumah sakit pada bulan Juni 2012, sebagai ibu hamil risiko tinggi.

2. Sampel Penelitian

Penentuan jumlah sampel minimal yang digunakan untuk penelitian yang mempunyai tujuan menguji hipotesis beda dua proporsi kelompok independen adalah:

(Sastoasmoro, 2010, p. 314).

$$N1 = N2 = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + 2\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right]^2$$

Keterangan:

$z_{1-\alpha/2}$	Standar normal deviasi untuk $\alpha = 95 \% = 1,96$
$Z_{1-\beta}$	Standar normal deviasi untuk $\beta = 20 \% = 0,84$
P2	Proporsi kejadian efek pada terapi yang diteliti ditentukan berdasarkan beda hasil klinis terkecil yang dianggap penting yang didasarkan pada <i>clinical judgment</i> peneliti = $20\% = 0,20$
P1	Proporsi efek pada terapi standar diketahui dari pustaka atau penelitian sebelumnya = $57,8 \% = 0,57$
P	Proporsi gabungan antara kedua kelompok yang dihitung dengan rumus : $\frac{1}{2} (P_1 + P_2) = \frac{1}{2} (57+20) = 38,5 \% = 0,38$
$P_1 - P_2$	Perbedaan proporsi yang dianggap bermakna secara klinik = $0,58 - 0,2 = 0,38$
Q	$1 - P = 1 - 0,38 = 0,62$
Q1	$1 - P_1 = 1 - 0,57 = 0,43$
Q2	$1 - P_2 = 1 - 0,20 = 0,80$

$$N = \frac{[1,96\sqrt{2 \times 0,38 \times 0,62} + 0,84\sqrt{(0,57 \times 0,43) + (0,20 \times 0,80)}]^2}{[0,38]^2}$$

$$N = 17,3 = 18 \text{ orang}$$

Data yang digunakan untuk menentukan besar sample minimal dalam penelitian ini, berdasarkan hasil temuan penelitian sebelumnya yang dilakukan Lexshimi, et al. (2007) tentang *A study on anxiety and depression level among high risk in patient pregnant women in an obstetric ward*, yang menyatakan bahwa ibu hamil risiko tinggi yang dirawat di bangsal mengalami tingkat kecemasan berat sebesar 57,8 %. Dari hasil penelitian tersebut diperoleh hasil hitungan jumlah sampel untuk masing- masing kelompok adalah 18 orang.

Untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka estimasi penambahan sering digunakan untuk mencegah risiko sampel *drop out*.

Adapun formula yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel adalah: (Dharma, 2011, p. 131):

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan : n' = besar sampel setelah dikoreksi

n = jumlah sampel berdasarkan perkiraan sebelumnya

$1-f$ = prediksi presentase sampel *drop out*, yang diperkirakan 10 %
($f= 0,1$)

Maka:
$$\frac{n'}{(1-0,1)} = 18 = 20$$

Berdasarkan penghitungan di atas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan untuk masing-masing kelompok adalah 20 responden, sehingga jumlah total sampel adalah 40 responden. Di samping memperhitungkan hasil penghitungan jumlah sampel, peneliti juga memperhatikan syarat dalam melakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square*. Salah satu syarat dalam menggunakan uji *Chi Square* adalah jumlah sampel antara 20-40 (Hastono & Sabri, 2010), sampel diambil secara *purposive sampling*

Dalam penelitian ini sampel yang digunakan adalah semua ibu hamil risiko tinggi yang diperiksa atau tercantum dalam rekam medik di Poliklinik Bersalin Rumah Sakit Panti Waluya Malang dan Poli Hamil Rumah Sakit Husada Bunda Malang, dan ibu- ibu hamil di praktek bidan swasta di wilayah kerja Puskesmas Poncokusumo Malang yang terdokumentasi sebagai ibu hamil risiko tinggi dan telah dirujuk ke rumah sakit pada bulan Juni 2012, sebagai ibu hamil risiko tinggi.

Responden peneliti diambil secara *purposive sampling*, sesuai kriteria inklusi yang sudah ditetapkan dan untuk memenuhi prasyarat jumlah sampel dalam penelitian uji *Chi Square*. Jumlah sampel yang didapatkan dalam penelitian ini

adalah 20 orang untuk kelompok intervensi dan 20 orang untuk kelompok kontrol. Ibu hamil risiko tinggi di Poliklinik Bersalin Rumah Sakit Panti Waluya Malang sebagai sampel kelompok intervensi, dan ibu hamil risiko tinggi di Poliklinik Bersalin Rumah Sakit Husada Bunda Malang dan ibu- ibu hamil di praktek bidan swasta di wilayah kerja Puskesmas Poncokusumo Malang sebagai sampel kelompok kontrol.

Responden yang digunakan harus memenuhi kriteria *inklusi* sebagai berikut:

- a. Ibu hamil yang tergolong risiko tinggi, seperti yang ditetapkan dalam data resume medik rumah sakit berdasarkan hasil pemeriksaan medis selama ini, di poliklinik bersalin RS. Panti Waluya Malang atau RS. Husada Bunda Malang, dan ibu- ibu hamil di praktek bidan swasta di wilayah kerja Puskesmas Poncokusumo Malang yang terdokumentasi sebagai ibu hamil risiko tinggi dan telah dirujuk ke rumah sakit pada bulan Juni 2012, sebagai ibu hamil risiko tinggi.
- b. Ibu bersedia menjadi responden.
- c. Suami dan isteri tinggal serumah.
- d. Bersikap kooperatif.
- e. Salah satu pasangan dari responden sedang tidak menderita sakit atau dirawat di rumah sakit.
- f. Belum pernah mengikuti penelitian ini sebelumnya.
- g. Tempat tinggal responden mudah dijangkau oleh peneliti.
- h. Suami dan isteri tidak memiliki keterbatasan dalam berkomunikasi.
- i. Ibu dalam keadaan sehat fisik maupun psikologis.
- j. Ibu mampu menjawab sesuai pertanyaan yang diberikan.
- k. Keadaan janin dalam kandungan tidak mengalami kecacatan atau kelainan.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

- l. Penelitian dilakukan setiap hari dengan mendatangi rumah para pasien yang terdokumentasi sebagai ibu hamil risiko tinggi secara bergantian, di RS Panti Waluya Malang, dan ibu- ibu hamil di praktek bidan swasta di wilayah kerja Puskesmas Poncokusumo Malang yang terdokumentasi sebagai ibu hamil risiko tinggi dan telah dirujuk ke rumah sakit pada bulan Juni 2012, serta di

poli hamil RS Husada Bunda Malang. Ketiga tempat penelitian ini digunakan karena para ibu hamil risiko tinggi yang terdokumentasi memiliki karakter yang sama.

2. Waktu penelitian adalah 11 - 28 Juni 2012.

4.4 Etika Penelitian

Pada saat melakukan penelitian, peneliti menerapkan prinsip-prinsip etik yang sesuai dengan prinsip etik yang dikemukakan Milton (1999), Loiselle, Profetto-McGgrath, Polit & Beck (2004). Sebelum penelitian, calon responden diberikan informasi terbuka, lengkap tentang proses penelitian yang dilakukan, tujuan, manfaat, prosedur penelitian, risiko, dan keuntungan dari penelitian serta kerahasiaan informasi yang diberikan.

Penelitian ini dilaksanakan dengan selalu memperhatikan hak asasi dan kebebasan responden untuk menentukan pilihan mengikuti atau tidak mengikuti penelitian ini. Responden penelitian diberikan informasi terbuka, lengkap tentang proses penelitian yang dilakukan, tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan risiko, keuntungan dari penelitian serta kerahasiaan informasi yang diberikan. Hal ini perlu dilakukan oleh peneliti karena responden memiliki hak otonomi berupa kebebasan untuk mengikuti penelitian tanpa paksaan.

Calon responden yang menyetujui untuk mengikuti penelitian ini, diminta untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan (*inform consent*). Responden yang telah menyetujui untuk berpartisipasi, diberikan penjelasan bahwa responden berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja apabila responden menghendaki. Semua responden diberi penjelasan bahwa penolakan dan pengunduran diri responden dari penelitian ini tidak mempengaruhi hak responden untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit.

Responden penelitian ini juga diberikan penjelasan bahwa penelitian ini sangat bermanfaat tidak hanya bagi peneliti tetapi juga bagi responden. Segala bentuk informasi yang diberikan oleh responden selama penelitian ini dijaga

kerahasiaannya oleh peneliti. Identitas responden digantikan dengan pemberian inisial pengganti nama responden. Alamat yang diberikan oleh responden hanya dipergunakan peneliti untuk melakukan evaluasi dengan melakukan kunjungan ke rumah responden.

Dalam memenuhi prinsip keadilan bagi semua responden, peneliti memberikan paket dalam bentuk *booklet*, evaluasi dan perlakuan yang sama terhadap responden pada kelompok intervensi. Peneliti memberikan paket dalam bentuk *booklet* pada kelompok kontrol setelah akhir penelitian. Ketidaknyamanan responden selama dilakukannya penelitian, diantisipasi dengan memberikan penjelasan kepada responden. Peneliti menghentikan pemberian intervensi, apabila responden merasa tidak nyaman, dan dilanjutkan pada waktu berikutnya sesuai kesepakatan antara peneliti dengan responden.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi dalam 2 bagian yang sebelumnya diuji validitas dan reabilitas terlebih dahulu, yaitu:

4.5.1 Alat ukur karakteristik responden

Alat ukur pertama diisi oleh responden pada kelompok intervensi, dan kelompok kontrol. Instrumen berisi pertanyaan tentang karakteristik responden, meliputi: inisial nama, alamat, umur, pendidikan terakhir, *gravida* ibu, dukungan keluarga, keadaan janin cacat/memiliki kelainan, ibu dalam keadaan sakit baik fisik ataupun psikologis.

4.5.2 Alat ukur kecemasan

Alat ukur kedua tentang kecemasan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan. Untuk mengukur kecemasan ini peneliti melakukan modifikasi *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRSA). Kuesioner terdiri dari 42 pertanyaan yang meliputi 13 kelompok gejala kecemasan yang masing-masing gejala dijabarkan secara lebih spesifik lagi. Skor yang digunakan memakai skala Likert dengan rentang 1-4, dengan rincian

sebagai berikut: 1 = tidak pernah; 2 = jarang; 3 = sering; 4 = selalu. Adapun kisi-kisi penyebaran pernyataan pada kuesioner adalah sbb:

Tabel 4.2 Kisi-Kisi Penyebaran Pernyataan pada Kuesioner

No	Kelompok	No Soal	Jumlah Soal
1	Gejala kecemasan	1, 2, 3	3
2	Gejala ketegangan	4, 5, 6, 7	4
3	Gejala ketakutan	8, 9, 10, 11, 12	5
4	Gejala gangguan tidur	13, 14, 15, 16	4
5	Gejala gangguan kecerdasan	17	1
6	Gejala gejala depresi	18, 19, 20, 21, 22	5
7	Gejala gejala fisik otot	23, 24	2
8	Gejala gejala fisik sensorik	25, 26, 27	3
9	Gejala gejala kardiovaskuler	28, 29, 30	3
10	Gejala gejala respiratori	31, 32, 33	3
11	Gejala gastrointestinal	34, 35, 36	3
12	Gejala gejala fisik urogenital	37, 38	2
13	Gejala gejala fisik autonom	39, 40, 41, 42	4
Total Jumlah pertanyaan			42

4.5.2 Uji validitas dan reliabilitas instrument

1. Sebelum penelitian, alat ukur untuk mengukur tingkat kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi terlebih dahulu dilakukan uji coba alat ukur pada 25 responden yang memiliki karakteristik sesuai dengan subyek penelitian. Uji coba dilakukan selama satu minggu pada tanggal 4-9 Juni 2012, di RSB Siti Miriam Lawang Malang sebagai rumah sakit yang memiliki karakteristik yang sesuai dengan rumah sakit tempat penelitian. Uji validitas dinilai dengan menggunakan *Pearson Product Moment*. Keputusan hasil uji adalah variabel dikatakan valid jika r hitung yang diperoleh memiliki nilai bermakna lebih kecil dari α yaitu 0,05, apabila

derajat kepercayaan yang digunakan 95%. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya (Notoatmodjo, 2011). Uji reliabilitas dinilai dengan menggunakan *Cronbach Alpha*. Keputusan hasil uji adalah variabel dikatakan reliabel jika r hitung lebih besar atau sama dengan dari r tabel (0,6). Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan untuk menguji kuesioner kecemasan yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan memodifikasi HRSA. Uji validitas dilakukan kepada 25 orang ibu hamil di RSB Siti Miriam Lawang Malang, pada tanggal 2-9 Juni 2012. Hasil uji validitas kuesioner diperoleh 42 soal valid. Empat puluh dua soal tersebut dinyatakan valid karena diperoleh rentang nilai r hitung adalah 0,39-0,79, dengan nilai bermakna yang dimiliki lebih kecil dari α (0,05). Uji reliabilitas didapatkan hasil *Alpha Cronbrach's r* hitung adalah 0,948 yaitu lebih besar dari r tabel (0,6) artinya kuesioner reliabel.

4.6 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan setelah uji coba alat ukur dan peneliti sudah mendapat persetujuan dari direktur RS Panti Waluya Malang, RS Husada Bunda Malang dan kepala Puskesmas Poncokusumo Malang. Penelitian dilakukan pada tanggal 11 s/d 28 Juni 2012. Tahapan pengumpulan data sebagai berikut:

4.6.1 Sebelum pengumpulan data, peneliti mengidentifikasi tim kolektor data yang membantu peneliti dalam penyebaran kuesioner baik kepada responden kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Tim pengumpul data seluruhnya berjumlah 6 orang. Pengumpul data seluruhnya berlatar belakang D-3 keperawatan dan kebidanan.

4.6.2 Penentuan Sampel

Peneliti dibantu oleh para pengumpul data mengidentifikasi calon responden yang memenuhi kriteria inklusi pada kelompok intervensi. Peneliti segera menemui calon responden dan memperkenalkan diri. Peneliti menjelaskan mengenai tujuan dan prosedur penelitian, calon responden yang menyetujui dan bersedia ikut serta dalam penelitian diminta untuk menanda tangani surat persetujuan. Sementara pada

kelompok kontrol para pengumpul data mengidentifikasi calon responden yang memenuhi kriteria inklusi pada kelompok intervensi. Para pengumpul data segera menemui calon responden dan memperkenalkan diri. Para pengumpul data menjelaskan mengenai tujuan dan prosedur penelitian, calon responden yang menyetujui dan bersedia ikut serta dalam penelitian diminta untuk menanda tangani surat persetujuan. Jumlah sampel pada masing-masing kelompok adalah 20 orang.

4.6.3 Proses penelitian dan pengumpulan data awal:

Prosedur pengambilan data pada responden ibu hamil risiko tinggi untuk kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebagai berikut:

4.6.3.1 Kelompok intervensi:

1. Ibu hamil risiko tinggi di RS Panti Waluya yang memenuhi kriteria *inklusi*, menjadi kelompok intervensi.
2. Calon responden diberikan penjelasan tentang proses penelitian, dan diberi kesempatan untuk bertanya apabila kurang jelas. Jika calon responden setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka calon responden diminta untuk mengisi lembar persetujuan menjadi responden. Jika calon responden menolak, maka keputusan mereka tetap dihargai dan tetap diberikan pelayanan sesuai protap yang berlaku di rumah sakit.
3. Setelah calon responden mengisi lembar persetujuan maka responden diminta untuk mengisi 2 alat ukur (data karakteristik responden dan *pre test*) yang ditunggu sendiri oleh peneliti, setelah selesai mengisi alat ukur maka responden diberikan perlakuan paket “Harmoni”, di tempat yang sudah disediakan atau di tempat yang dianggap nyaman bagi responden.
4. Pelaksanaan intervensi paket Harmoni diuraikan sebagai berikut:

1) Isi

Isi paket pendidikan kesehatan tentang intervensi keperawatan psikososial ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan studi literatur. Paket Harmoni ini diperuntukkan bagi para ibu hamil risiko tinggi. Tujuan pemberian paket Harmoni ini untuk meminimalkan kecemasan ibu selama menghadapi persalinan, sehingga ibu dapat memelihara kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan.

Paket Harmoni ini berisi tentang pendidikan kesehatan tentang bentuk dukungan psikososial pada kehamilan risiko tinggi meliputi: pengertian kehamilan risiko tinggi, efek kecemasan pada kehamilan risiko tinggi, macam-macam teknik-teknik relaksasi, dukungan sosial, meningkatkan rasa percaya diri pada ibu.

2) Metode

Metode yang digunakan dalam pemberian intervensi keperawatan ini adalah ceramah, tanya-jawab, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi latihan relaksasi di tempat yang nyaman dan tenang.

3) Prosedur intervensi paket harmoni pada ibu hamil risiko tinggi

Ibu hamil diberikan booklet, dilanjutkan dengan penjelasan tentang isi *booklet*. Pemberi informasi adalah peneliti sendiri. Peneliti dibantu asisten sebagai kolektor data melakukan evaluasi setiap 2 hari sekali (hari ke- 3, ke- 5 dan ke- 7) ke rumah responden sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan.

Adapun rinciannya adala sebagai berikut:

a. Pemberian penjelasan selama 50 menit yang terdiri dari:

a) Pendahuluan selama 5 menit

Pemberi materi mengucapkan salam dan memperkenalkan diri serta menjelaskan cakupan materi.

b) Penjelasan materi selama 40 menit

Pemberi materi memberikan penjelasan mengenai materi yang ada dalam *booklet*, dan memberikan kesempatan kepada para ibu untuk mengajukan pertanyaan apabila ada materi yang kurang jelas.

c) Penutup selama 5 menit untuk menyimpulkan materi.

b. Demonstrasi dan redemonstrasi teknik relaksasi dilakukan selama 30 menit.

c. Diskusi tentang kegiatan selama 10 menit.

Para ibu dipersilahkan untuk bertanya dan menceritakan perasaan serta dampak pengalaman yang dirasakan setelah melakukan latihan sebentar.

d. Pemberi materi mengucapkan salam penutup. Responden diperkenankan pulang setelah dipersilahkan istirahat sejenak dan responden dibekali *booklet* paket “Harmoni”.

4) Prosedur intervensi paket harmoni pada pasangan (suami) ibu hamil risiko tinggi

Pasangan diberikan penjelasan bersama-sama dengan ibu hamil tentang dukungan sosial, cara meningkatkan rasa percaya diri pada ibu pada saat peneliti memberikan penjelasan pada ibu. Apabila pasangan tidak ada saat peneliti memberikan penjelasan pada ibu, maka pasangan diberikan penjelasan tentang bentuk dukungan sosial, cara meningkatkan rasa percaya diri pada ibu pada saat pasangan bisa ditemui di rumah pada sore harinya atau hari yang lain sesuai kesepakatan.

5) Sasaran

Intervensi keperawatan ini diberikan kepada ibu hamil risiko tinggi dengan melibatkan pasangan ibu/suami sebagai seseorang yang berperan dalam dukungan sosial.

5. Evaluasi pelaksanaan paket Harmoni dilakukan dengan melakukan tes perkembangan kecemasan ibu setiap dua hari sekali, yaitu pada

hari ketiga, dan hari kelima sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan.

Tabel 4.3 Kegiatan evaluasi dan kegiatan pada kedua kelompok

Kelompok Kontrol	Kegiatan	Kelompok Intervensi	Kegiatan
Hari ke 1	<i>Pre test</i> memakai HARS yg dimodifikasi	Hari ke 1	<i>Pre test</i> memakai HARS yg dimodifikasi
		Hari ke 3	Intervensi tindakan <i>Test</i> memakai HARS yg dimodifikasi
		Hari ke 5	Pendalaman intervensi yang belum mampu dilakukan <i>Test</i> memakai HARS yg dimodifikasi
Hari ke 7	<i>Post test</i> memakai HARS yg dimodifikasi	Hari ke 7	Pendalaman intervensi yang belum mampu dilakukan <i>Post test</i> memakai HARS yg dimodifikasi

Ini sesuai dengan penelitian Glynn et al. (2008) bahwa sejumlah kejadian di kehidupan selama periode kehamilan pada pengkajian awal dan sejumlah kejadian di antara kunjungan peneliti berikutnya masing-masing menghasilkan 2 skor yang berbeda.

6. Seminggu setelah pemberian paket pada ibu dan pasangan, peneliti datang ke rumah responden untuk melakukan *post test* untuk menjawab pertanyaan pada dua alat ukur (karakteristik dan *post test*) oleh responden.

4.6.4 Pemilihan asisten peneliti

1. Asisten peneliti adalah masing-masing 2 orang pada tiap rumah sakit, dan puskesmas yang terdiri dari perawat atau bidan dengan latar belakang pendidikan DIII, dan bertugas di poliklinik bersalin rumah sakit yang bersangkutan.
2. Bekerjasama dengan kepala keperawatan, kepala ruangan dan kepala puskesmas yang bersangkutan untuk menetapkan asisten peneliti.
3. Asisten peneliti harus mengikuti penyegaran tentang pemberian paket Harmoni dan penyamaan persepsi tentang isi alat ukur baik karakteristik responden maupun kecemasan. Pemaparan proses penelitian dilakukan 1 hari, dengan metode ceramah, diskusi, dan demonstrasi tentang prosedur pemberian tindakan sesuai yang ada di paket Harmoni.
4. Asisten peneliti hanya berfungsi sebagai pengumpul data dan memeriksa kelengkapan data.

4.7 Pengolahan Data

Sebelum melakukan analisa data, peneliti terlebih dahulu melakukan tahap pengolahan data, agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar. Empat tahapan dilakukan dalam pengolahan data menurut Sumantri (2011), adalah:

- 4.7.1 Tahap *Editing*, pada tahap ini peneliti dibantu oleh tim pengumpul memeriksa kelengkapan dan kebenaran data yang telah diperoleh. Editing dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga apabila ada kekurangan dapat segera dilengkapi oleh responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.
- 4.7.2 Tahap *Coding*, data yang sudah didapat, diklasifikasikan dan diberikan kode berupa angka oleh peneliti untuk mempermudah proses analisa data. Kelompok kontrol diberi kode 0 dan kelompok intervensi diberi

kode 1. Kuesioner pre tes pada kelompok intervensi diberi kode 1 Aw, dan kuesioner perkembangan diberi kode 2 dan 3, serta kuesioner post tes diberi kode 1 Ak. Sementara pada kelompok kontrol diberi kode 0 Aw untuk kuesioner pre tes dan 0 Ak untuk kuesioner post tes.

4.7.3 Tahap *Entry data*, setelah data diberi kode, maka data siap untuk dianalisis dengan memasukkan data terlebih dahulu pada sistem analisis data dengan program komputer.

4.7.4 Tahap *Cleaning data*, peneliti memastikan tidak ada data yang salah pada entry data sebelum dilakukan analisis.

4.8. Analisis Data

Proses selanjutnya, data dianalisis dalam bentuk analisis *univariat*, *bivariat* sebagai berikut:

4.8.1 Analisis *univariat*

Analisis *univariat* dilakukan untuk mendeskripsikan mengenai distribusi frekuensi, dan distribusi frekuensi masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun terikat (Sumantri, 2011). Tujuan analisis *univariat* menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, bentuk analisis tergantung bentuk datanya (Sumantri, 2011).

Tabel 4.4 Analisis *Univariat*

No	Variabel	Skala	Uji Statistik
1	Tingkat pendidikan	Ordinal	Distribusi frekuensi persentase
2	Umur	Interval	Mean, median, standar deviasi
3	<i>Gravida</i>	Ordinal	Distribusi frekuensi persentase

4.8.2 Analisis *Bivariat*

Diawali dengan melakukan uji homogenitas, dilanjutkan dengan uji dependensi.

BAB V HASIL PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan tentang hasil penelitian pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan.

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: umur, pendidikan. Umur (data numerik) sedangkan tingkat pendidikan merupakan data kategorik.

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik reponden menurut tingkat pendidikan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di rumah sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=40)

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok intervensi	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
Tingkat Pendidikan					
	Pendidikan Dasar	8	40,0	2	10,0
	Pendidikan Menengah	8	40,0	10	50,0
	Pendidikan Tinggi	4	20,0	8	40,0
	Total	20	100,0	20	100,0

Tabel 5.1 memperlihatkan distribusi karakteristik tingkat pendidikan responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol didapatkan mayoritas responden berpendidikan dasar dan menengah masing-masing sejumlah 8 orang (40 %), sedangkan pada kelompok intervensi didapatkan mayoritas responden berpendidikan menengah sejumlah 10 orang (50%).

Tabel 5.2 Distribusi karakteristik reponden menurut umur responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di rumah sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=40)

No	Kelompok	Mean	SD	Minimal- Maksimal	95% CI
1	Kontrol	25,75	6,97	17-41	22,49- 29,01
2	Perlakuan	31,95	5,02	24-40	29,60- 34,30

Tabel 5.2 memperlihatkan distribusi karakteristik umur responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata responden berumur 25,75 tahun (SD 6,97; 95% CI=22,49-29,01), umur termuda adalah 17 tahun dan umur tertua 41 tahun. Sementara pada kelompok intervensi didapatkan rata-rata responden berumur 31,95 tahun (SD 5,02; 95% CI=29,60-34,30), dengan umur termuda adalah 24 tahun dan umur tertua 40 tahun.

Tabel 5.3 Distribusi *gravid*a pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di rumah sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=40)

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok intervensi	
		Frekuensi	%	Frekuensi	%
	Gravida				
	Primigrvida	15	75,0	4	20,0
	Multigravida	5	25,0	16	80,0
	Total	20	100,0	20	100,0

Tabel 5.3 memperlihatkan distribusi distribusi responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol, mayoritas (75%) adalah *primigravida* dan kelompok intervensi mayoritas (80%) adalah *multigravida*.

5.2 Uji Homogenitas

Uji homogenitas bertujuan untuk melihat karakteristik responden pada kelompok kontrol dan intervensi setara atau tidak.

Tabel 5.4 Karakteristik reponden menurut pendidikan responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di rumah sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=40)

No	Variabel	Kelompok Kontrol		Kelompok intervensi		p
		n	%	n	%	
		Pendidikan Dasar	8	40,0	2	
Pendidikan Menengah	8	40,0	10	50,0		
Pendidikan Tinggi	4	20,0	8	40,0		
Total	20	100,0	20	100,0		

Hasil uji homogenitas karakteristik responden untuk tingkat pendidikan dengan menggunakan *Chi Square (Pearson Chi Square)* pada kelompok kontrol diperoleh proporsi responden yang berpendidikan dasar dan menengah sama-sama sebesar 8 orang (40 %), sedangkan pada kelompok intervensi mayoritas berpendidikan menengah sejumlah 10 orang (50%). Dari hasil uji statistik data disimpulkan bahwa variabel pendidikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi homogen ($p=0,076$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.5 Karakteristik reponden menurut umur responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di rumah sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=40)

Variabel Umur	SD	Mean	SE	p	n
Kelompok Kontrol	6,97	25,75	1,56	0,195	40
Kelompok intervensi	5,02	31,95	1,23		

Bermakna pada $\alpha \leq 0,05$

Hasil analisis uji *Levene's* didapatkan ($P = 0,195$; $\alpha = 0,05$), artinya varian kelompok intervensi dan kontrol untuk umur adalah homogen ($P > 0,05$). Dengan demikian, pada uji homogenitas didapatkan kesetaraan antara kelompok

kontrol dan intervensi pada karakteristik responden, yaitu: tingkat pendidikan dan umur.

5.3 Uji Dependensi

5.3.1 Perbedaan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi sebelum perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.6 Perbedaan kecemasan reponden sebelum perlakuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di Rumah Sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=40)

Kelompok	Kecemasan Sebelum Perlakuan				Total n	%	p
	Cemas		Tidak Cemas				
	n	%	n	%	n	%	
Kontrol	6	30,0	14	70,0	20	100,0	1,00
Perlakuan	5	25,0	15	75,0	20	100,0	

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa pada periode sebelum diberikan perlakuan paket “Harmoni” pada kelompok intervensi. Responden yang mengalami kecemasan adalah 30% responden pada kelompok kontrol dan 25% responden pada kelompok intervensi, dengan demikian responden yang mengalami kecemasan lebih banyak terjadi pada kelompok kontrol. Akan tetapi, hasil uji statistik menggunakan *Chi Square (Fisher Exact test)* disimpulkan bahwa pada saat pre test tidak terdapat perbedaan yang signifikan kejadian kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 1,00$; $\alpha = 0,05$).

5.3.2 Perbedaan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi.

Tabel 5.7 Perbedaan kecemasan reponden sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi di Rumah Sakit Kota Malang, Juni 2012 (n= 20)

Kelompok	Sebelum Perlakuan			Setelah Perlakuan		
	Kecemasan	n	%	n	%	p
Intervensi	Tidak Cemas	15	75,0	20	100,0	0,047
	Cemas	5	25,0	0	0,0	
	Total	20	100,0	20	100,0	

Bermakna pada $\alpha \leq 0,05$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan kejadian kecemasan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan paket “Harmoni” pada kelompok intervensi. Dari olah data diperoleh saat sebelum perlakuan (pre test) ada 75% responden yang tidak mengalami kecemasan dan setelah perlakuan (post test) didapatkan 100% responden tidak mengalami kecemasan. Hasil uji statistik *Chi Square (Fisher Exact test)* menyimpulkan bahwa ada pengaruh yang bermakna atas pemberian “Paket Harmoni” pada kelompok intervensi terhadap kecemasan para ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, ($p = 0,047$; $\alpha = 0,05$).

5.3.3 Perbedaan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi setelah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 5.8 Perbedaan kecemasan reponden setelah perlakuan pada kelompok intervensi di rumah sakit Kota Malang, Juni 2012 (n=20)

Kelompok	Kecemasan (Setelah perlakuan)						p
	Cemas		Tidak cemas		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kontrol	8	40,00	12	60,00	20	100,0	0,003
Perlakuan	0	0,0	20	100,0	20	100,0	

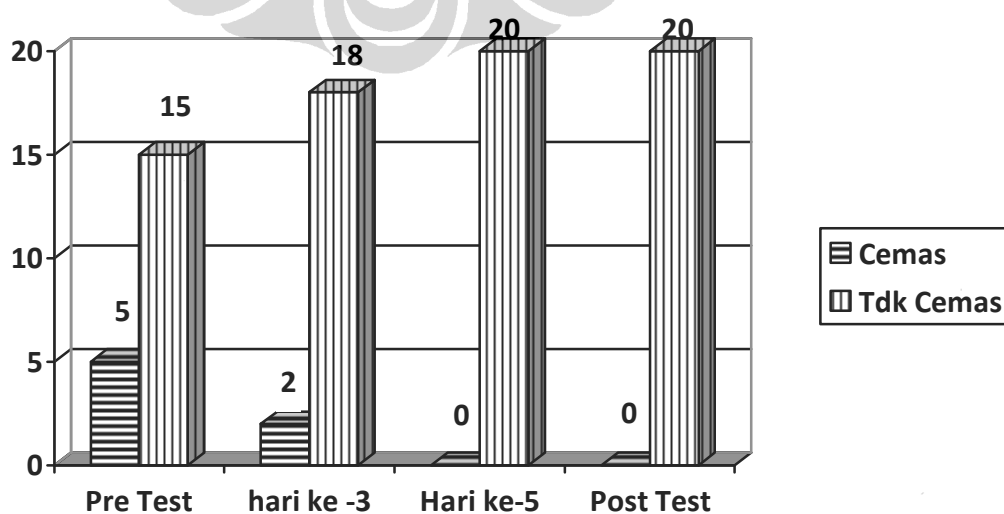
Bermakna pada $\alpha \leq 0,05$

Penelitian ini menunjukkan bahwa pada periode setelah diberikan perlakuan paket “Harmoni” pada kelompok intervensi, diperoleh bahwa 100% responden pada kelompok intervensi tidak mengalami kecemasan. Hasil uji statistik *Chi Square (Fisher Exact test)* menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna atas pemberian perlakuan “Paket Harmoni” pada kelompok intervensi terhadap kecemasan para ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, ($p= 0,003$; $\alpha = 0,05$).

Hasil penelitian ini ditunjang data hasil analisis subyektif dari para responden yang menyatakan bahwa, para responden pada kelompok perlakuan merasa beruntung mendapatkan pendidikan kesehatan melalui pemberian paket”Harmoni”ini. Menurut para responden, mereka sangat membutuhkan informasi seperti yang terdapat dalam paket “Harmoni” dan selama ini mereka segan apabila harus banyak bertanya mengenai banyak hal tentang kecemasan mereka terhadap kandungannya kepada para tenaga kesehatan mengingat banyaknya jumlah antrian pasien di luar kamar periksa dan para responden takut apabila dikenakan tambahan biaya lagi atas biaya konsultasi.

5.3.4 Perubahan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi pada kelompok intervensi *pretest*, hari ketiga, hari kelima, *post test*.

Gambar 5.1. Diagram perubahan kecemasan ibu hamil kelompok risiko tinggi pada kelompok intervensi *pretest*, hari ketiga, hari kelima, *post test* di rumah sakit Kota Malang



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini dibahas tentang interpretasi hasil penelitian dan keterbatasan penelitian, implikasi keperawatan. Interpretasi hasil meliputi: karakteristik responden, kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian paket “Harmoni”, perbedaan kecemasan sebelum dan sesudah pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi, perbedaan kecemasan pada kelompok intervensi sesudah dilakukan pemberian paket “Harmoni” berdasarkan *gravida* ibu, keterbatasan penelitian dan implikasi keperawatan.

6.1 INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

6.1.1 Karakteristik Responden

Apabila dilihat dari tingkat pendidikan maka mayoritas responden pada penelitian ini memiliki pendidikan menengah (SMA). Tingkat pendidikan formal yang dimiliki responden memungkinkan seseorang untuk meningkatkan konsep dirinya dalam penyelesaian masalah yang dihadapi. Hal ini sesuai dengan penelitian Sjolstrom et al. (2004); penelitian Dieter et al. (2008) bahwa kecemasan dan depresi yang dialami oleh ibu hamil risiko tinggi berdasarkan tingkat risikonya dipengaruhi oleh status pendidikan ibu hamil tersebut.

Apabila dilihat dari usia maka responden pada penelitian ini rata-rata memiliki usia antara 25,75 sampai dengan 31,95 tahun atau dengan kata lain rata-rata berusia 26-32 tahun. Usia para responden memungkinkan para responden berpikir matang serta berusaha untuk melakukan coping adaptif melalui kemauan ibu menerima saran dari orang lain atau berusaha mencari pertolongan atas masalah yang terjadi pada dirinya dengan mendatangi petugas kesehatan. Pendapat ini sesuai dengan penelitian Sjolstrom et al. (2004); penelitian

Dieter et al. (2008), yang menemukan bahwa kecemasan dan depresi yang dialami oleh ibu hamil risiko tinggi berdasarkan tingkat risikonya dipengaruhi oleh umur ibu hamil itu sendiri, hal ini juga sesuai dengan studi yang dilakukan Glynn., et al. (2008) bahwa ibu hamil yang berumur 16-20 tahun memiliki stres yang lebih tinggi dibandingkan ibu yang berumur lebih dari 36 tahun.

6.1.2 Kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian paket “Harmoni”.

Hasil penelitian ini menghasilkan data bahwa semua ibu pada kelompok intervensi yang semula mengalami kecemasan, pada saat dilakukan post test tidak lagi mengalami kecemasan. Kondisi ini disebabkan karena ibu memiliki peningkatan kemampuan dalam beradaptasi terhadap kondisi kehamilan mereka, setelah para responden melakukan intervensi pada kelompok intervensi.

Perubahan kemampuan ibu dalam beradaptasi terjadi karena adanya penambahan informasi pada diri ibu melalui pemberian paket “Harmoni” yang berisi tentang: efek psikososial pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kehamilan, upaya perawatan yang dapat dilakukan oleh ibu dan pasangan dalam mengurangi kecemasan ibu menghadapi persalinan, meliputi: tehnik-tehnik relaksasi, dukungan sosial, peningkatan rasa percaya diri ibu, membuat ibu dan pasangan sangat terbantu dalam mengatasi kekuatiran yang selama ini mereka rasakan. Penggunaan media pembelajaran yang ditunjang dengan metode pembelajaran yang efektif saat pemberian pendidikan kesehatan, membuat ibu semakin memahami tentang isi paket “Harmoni” sebagai intervensi psikososial dalam mengatasi kecemasan ibu menghadapi persalinan, sehingga ibu memiliki kemampuan dalam beradaptasi dan ibu menjadi lebih rileks dan mampu berpikir positif tentang kehamilannya.

Hal ini sesuai dengan teori dari St John & Emmanuel (2010), bahwa kemampuan ibu beradaptasi untuk mengurangi kecemasan, sangat dipengaruhi oleh peran tenaga kesehatan dalam membantu ibu beradaptasi melalui pertimbangan personal, menjalin hubungan, dan pelayanan dalam konteks sosial. Gilbert & Hanom (1998) juga menyatakan bahwa informasi tentang kesehatan dan kondisi kehamilan, faktor risiko yang terjadi serta alternatif tindakan untuk meminimalkan risiko yang terjadi perlu diberitahukan kepada ibu dan pasangan.

Teori ini sesuai pula dengan hasil penelitian Juyong & Euysoon (2010), bahwa peran petugas sangat diperlukan dalam membantu ibu beradaptasi, karena kemampuan adaptasi dari ibu hamil risiko tinggi sangat dipengaruhi oleh tingkat stres, mekanisme koping dan karakteristik dari pasangan ibu hamil risiko tinggi. Sitter (2007) dan Stankaitis (2005) melalui hasil penelitiannya juga menemukan bahwa pemberian perawatan yang komprehensif merupakan salah satu bentuk dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu hamil risiko tinggi melalui pemberian pendidikan kesehatan sehingga ibu kembali memiliki semangat dalam berpikir bahwa kehamilannya berlangsung dengan baik.

Ada peningkatan proporsi kecemasan pada kelompok kontrol saat *post test*, hal ini disebabkan oleh karena adanya masa interval waktu selama 7 hari antara waktu pengambilan data sebelum dan sesudah perlakuan. Dalam rentang waktu 7 hari tersebut, kemungkinan ibu mendapatkan stresor dalam kehidupannya yang menimbulkan kecemasan pada diri ibu, tanpa ada intervensi dari peneliti pada kelompok kontrol ini.

Ini sesuai dengan hasil penelitian Glynn et al. (2008) bahwa dua skor yang berbeda dapat diperoleh selama periode kehamilan oleh peneliti

pada pengkajian awal dan di antara kunjungan peneliti berikutnya akibat sejumlah kejadian dalam kehidupan mereka. Brisch et al. (2003) dalam studinya menemukan pula bahwa pola strategi koping ibu hamil dibedakan dalam 3 kategori yaitu: koping berorientasi kognitif, emosi dan perilaku, dan koping dalam kehamilan sangat dipengaruhi oleh pemberian informasi dan konseling oleh tenaga kesehatan. Tidak semua orang mampu menggunakan mekanisme koping adaptasi, faktor psikososial yang mengakibatkan ibu tidak mampu menggunakan mekanisme koping adaptasi adalah: faktor sosial, psikologi, dan perilaku kesehatan yang tidak diinginkan (Welch & Miller, 2008).

6.1.3 Perbedaan kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Pada penelitian ini responden kelompok intervensi yang semula mengalami kecemasan, setelah pemberian paket “Harmoni” tidak lagi mengalami kecemasan. Ini disebabkan karena ibu memiliki kemampuan dalam beradaptasi dengan kondisi kehamilannya, sehingga ibu mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif setelah ibu dan pasangan memperoleh pendidikan kesehatan melalui pemberian paket “Harmoni”.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Gilbert & Hanom (1998) bahwa kemampuan ibu dalam mencapai keseimbangan dalam beradaptasi, tergantung pada tiga faktor yaitu: ibu harus memiliki persepsi yang realistis terhadap kejadian yang mengakibatkan terjadinya krisis psikologis, ibu memiliki dukungan adekuat dari orang lain yang paling memiliki pengaruh pada ibu, ibu mampu mengembangkan mekanisme koping yang adekuat sebelumnya dalam memecahkan masalah (Gilbert & Hanom, 1998). Ini juga

sesuai dengan pendapat Welch & Miller (2008) yang menyatakan, bahwa kemampuan individu untuk menghadapi situasi baru dan tugas kehamilan berhubungan dengan keseimbangan stres masa lalu dan masa kini, serta kemampuan ibu dalam beradaptasi terhadap kehamilan. Oleh karena itu St John & Emmanuel (2010) berpendapat bahwa peran tenaga kesehatan sangat diperlukan dalam membantu ibu beradaptasi untuk mengurangi kecemasan dan stres melalui pertimbangan personal, menjalin hubungan, dan pelayanan dalam konteks psikososial.

Ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Glynn et al. (2008) bahwa setiap manusia memiliki tujuan yang berbeda secara individual dalam berespon terhadap stres yang dihadapi selama periode perinatal. Perubahan respon terhadap stres selama kehamilan dipengaruhi oleh: kecemasan kehamilan, pengalaman kehamilan risiko tinggi secara medis yang dimiliki, adanya tekanan/kejadian stres dalam kehidupan yang dimiliki (Glynn et al., 2008).

Penelitian lain yang dilakukan Dole et al. (2002); Stankaitis (2005); Sitter et al. (2007); Nakamura (2011) menemukan bahwa pendidikan kesehatan diperlukan ibu untuk memperoleh kembali semangat dalam berpikir bahwa kehamilan ibu berlangsung dengan baik, dengan demikian kecemasan ibu beserta pasangan dapat diminimalkan dan komplikasi kehamilan, persalinan dapat dicegah. Kemampuan coping seseorang dipengaruhi oleh pemberian informasi oleh tenaga kesehatan tentang tujuan dari tindakan medis yang dilakukan, termasuk dampak positif maupun negatif yang akan diperoleh ibu (Brisch et al., 2005). Penelitian yang dilakukan Pusporini (2009) juga menemukan bahwa salah satu bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan adalah pemberian paket pendidikan kesehatan, untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosi ibu.

Pada kelompok kontrol terjadi peningkatan proporsi responden yang mengalami kecemasan, setelah dilakukan pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi. Hal ini disebabkan oleh karena kurangnya kemampuan responden dalam menghadapi stresor yang muncul pada rentang waktu antara sebelum dan sesudah pengambilan data *pre* dan *post test*. Ini sesuai dengan pendapat Welch & Miller (2008) bahwa kemampuan individu menghadapi situasi baru dan tugas kehamilan berhubungan dengan keseimbangan stres masa lalu dan masa kini serta kemampuan ibu beradaptasi terhadap kehamilan. Disamping tugas kehamilan, kemungkinan ada faktor sosial yang mempengaruhi ibu sehingga dapat menimbulkan mekanisme koping maladaptif seperti adanya kondisi sosial ekonomi yang rendah, perumahan yang tidak adekuat, kurangnya tingkat pendidikan, dan status maternal ibu (Welch & Miller, 2008). Faktor psikologi ibu yang dapat menimbulkan mekanisme koping maladaptif adalah tidak adekuatnya sistem pendukung dan mekanisme yang dimiliki ibu, sikap ambivalen terhadap kehamilan yang berlebihan, perasaan stres dan kecemasan yang kronis (Welch & Miller, 2008).

Oleh karena itu, Nakamura (2011) dalam penelitiannya mendapatkan bahwa ibu hamil risiko tinggi harus dilakukan pengkajian tentang kemampuan adaptasi psikososial ibu, meliputi penerimaan ibu terhadap kehamilannya, persiapan yang dilakukan ibu terhadap proses kelahiran, hubungan ibu dengan suami, pengidentifikasian peran ibu (Nakamura, 2011). Intervensi psikososial merupakan bagian dari pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi psikologis dan sosial ibu. Intervensi ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pasien, sebagai upaya meningkatkan ketrampilan sosial, hubungan interpersonal, dan komunikasi ibu (Videbeck, 2001). Kemampuan koping seseorang

dipengaruhi oleh pemberian informasi oleh tenaga kesehatan (Brisch et al., 2005).

6.1.4 Perbedaan kecemasan pada kelompok intervensi sesudah dilakukan pemberian paket “Harmoni” berdasarkan *gravida* ibu.

Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa ibu hamil risiko tinggi multigravida yang tidak cemas mempunyai perbedaan yang bermakna pada kelompok intervensi dan kontrol setelah mendapat paket “Harmoni”, sedangkan ibu hamil risiko tinggi multigravida yang cemas tidak mempunyai perbedaan yang bermakna.

Informasi yang diberikan kepada ibu hamil risiko tinggi dengan menggunakan media dan metode yang tepat dan efektif, membuat ibu dan pasangan mudah dalam memahami pesan yang disampaikan. Adanya pemahaman mempermudah ibu dan pasangan dalam mengungkapkan informasi yang mereka butuhkan. Hal ini membuat ibu memiliki peningkatan informasi sehingga kemampuan ibu dalam beradaptasi pun meningkat.

Kecuali informasi, kehidupan keluarga di Indonesia juga berbeda dengan kehidupan di negara lain, dukungan seluruh keluarga selalu diberikan kepada keluarga mereka yang sedang hamil. Keadaan ini membuat para ibu hamil terutama *primigravida* merasa tenang, tetapi sebaliknya dengan adanya peningkatan kebutuhan hidup dalam keluarga dan mahalanya biaya persalinan membuat ibu hamil *multigravida* merasa cemas.

Hal ini sesuai dengan teori Gilbert & Hanom (1998) yang menjelaskan bahwa kemampuan adaptasi ibu dipengaruhi oleh faktor: persepsi yang dimiliki ibu terhadap kejadian yang

menimpanya, faktor pendukung yang ada, kemampuan ibu menggunakan mekanisme koping efektif. Pemberian intervensi psikososial merupakan bagian dari pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi psikologis dan sosial ibu. Intervensi ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan ibu sebagai upaya dalam meningkatkan ketrampilan sosial, hubungan interpersonal, dan komunikasi ibu untuk meningkatkan mekanisme koping yang efektif (Videbeck, 2001).

Teori ini sesuai dengan hasil penelitian lain yang dilakukan Dole et al. (2002); Stankaitis (2005); Sitter et al. (2007); Nakamura (2011) menemukan bahwa pendidikan kesehatan diperlukan ibu untuk memperoleh kembali semangat dalam berpikir bahwa kehamilan ibu berlangsung dengan baik, dengan demikian kecemasan ibu beserta pasangan dapat diminimalkan dan komplikasi kehamilan, persalinan dapat dicegah. Glynn et al. (2008) bahwa perubahan respon stres selama kehamilan dipengaruhi: kecemasan kehamilan, pengalaman kehamilan risiko tinggi secara medis yang dimiliki, adanya tekanan/kejadian stres dalam kehidupan yang dimiliki ibu. Penelitian Brisch et al. (2005) menemukan bahwa kemampuan koping seseorang dipengaruhi oleh pemberian informasi oleh tenaga kesehatan tentang tujuan dari tindakan medis yang dilakukan, termasuk dampak positif maupun negatif yang akan diperoleh.

6.2 KETERBATASAN PENELITIAN

- Peneliti hanya mendapatkan jumlah sampel minimal, padahal dalam perencanaan jumlah sampel yang diharapkan mencapai 20-40 responden, sehingga terlalu sedikit untuk dilakukan generalisasi sebuah uji coba paket intervensi.
- Teknik sampling yang kurang tepat pada penelitian ini karena sample tidak diperoleh melalui teknik random sampling.

6.3 IMPLIKASI KEPERAWATAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan melalui pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi dapat menurunkan kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan. Paket “Harmoni” didasari oleh pemikiran mengenai peran perawat dalam meningkatkan peran serta keluarga dan rasa percaya diri ibu hamil risiko tinggi dalam pemenuhan kebutuhan dasar psikologis terutama bebas dari rasa cemas dalam menghadapi persalinan. Implikasi terhadap keperawatan maternitas adalah perawat maternitas diharapkan mampu untuk meningkatkan kemampuan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi stresor kehidupan melalui penerapan teknik relaksasi sehingga ibu dapat selalu bersikap rileks dan berpikir positif serta memiliki rasa percaya diri yang tinggi melalui peran serta seluruh keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu. Dengan demikian ibu hamil risiko tinggi dan janinnya diharapkan dapat memiliki kesehatan yang optimal. Oleh karena itu, paket “Harmoni” dapat dijadikan acuan dalam memberikan pendidikan kesehatan psikososial bagi para ibu hamil risiko tinggi, sehingga kita berharap pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat kita tingkatkan secara optimal baik di dalam maupun di luar rumah sakit/ klinik.

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

7.1 SIMPULAN

Usia responden dalam penelitian ini pada kelompok kontrol rata-rata berumur 25,75 tahun, sedangkan pada kelompok perlakuan rata-rata berumur 31,95 tahun. Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini pada kelompok kontrol adalah pendidikan dasar dan menengah sedangkan pada kelompok intervensi mayoritas responden berpendidikan menengah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan perlakuan pada kelompok intervensi, tetapi terdapat perbedaan kecemasan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi, dan terdapat perbedaan kecemasan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, sebelum dan sesudah pemberian paket “Harmoni” pada kelompok intervensi ($p = 0,047$; $\alpha = 0,05$), dan tidak ada pengaruh *gravidita* terhadap kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan ($p = 0,347$; $\alpha = 0,05$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan ($p = 0,003$; $\alpha = 0,05$).

7.2 SARAN

7.2.1 Untuk Institusi Kesehatan

1. Paket “Harmoni” ini dapat digunakan sebagai media dalam program pendidikan kesehatan tentang pemenuhan kebutuhan psikososial pada ibu hamil risiko tinggi.
2. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode yang tepat dan efektif melalui penerapan evaluasi berulang dan bertahap

pada ibu hamil risiko tinggi mampu menurunkan kecemasan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan.

7.2.2 Untuk Institusi Pendidikan Kesehatan

Institusi pendidikan dalam membuat program pengajaran maternitas diharapkan menekankan kembali aspek psikososial dalam pemberian asuhan keperawatan kepada para ibu hamil risiko tinggi. Pemberian asuhan keperawatan dapat dikemas dalam bentuk pemberian pendidikan kesehatan untuk pelayanan baik di rumah sakit, maupun di luar rumah sakit. Program ini dapat dilakukan melalui bentuk kerjasama antara institusi pendidikan dengan rumah sakit tempat mahasiswa praktek dalam program *home visite* atau program kelas *antenatal*.

7.2.3 Untuk Peneliti Selanjutnya

1. Peneliti selanjutnya dapat melanjutkan ke penelitian sejenis dengan memperbanyak jumlah sampel dan memperluas lahan penelitian dengan menggunakan metode yang tepat (teknik random sampling).
2. Paket “Harmoni” ini berpengaruh dalam menurunkan kecemasan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang efektivitas paket “Harmoni” dalam mencegah kelahiran prematur atau berat badan bayi lahir rendah pada ibu hamil risiko tinggi dengan jumlah responden yang memadai.

Daftar Referensi

- Alder., et al. (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: Comparison of women with high versus low levels of anxiety. *Journal clin psycho med settings*, 18, 13-21.
- Allison., et al. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on fetomaternal attachment. *BMC Women's Health*, 11(33), 1-8.
- Alte., et al. (2002). Multidisciplinary management of fetal surgical anomalies: The impact on maternal anxiety. *European journal of pediatric surgery*, 12, 90-94.
- Auslander, G.K., Netzer, D., & Arad I. (2003). Parental Anxiety Following Discharge from Hospital of Their Very Low Birth Weight Infants. *Family Relations*, 52(1), 12.
- Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. (2007). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) nasional*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. (2010). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) nasional*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Bappenas. (2010). Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia 2010. Kementerian perencanaan pembangunan nasional/Badan perencanaan pembangunan nasional.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., & Kashanian, M. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), 36-40.
- Bennington, L. K. (2012). High risk pregnancy. *Life & Health Library*. Encyclopedia of nursing and allied health. Diunduh 11 April 2012. <http://www.findarticles.com/>
- Beddoe, A. E., & Lee, K. A. (2008). Mind-body intervention during pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*, 37 (2), 165-175.
- Bobak, I. M., et al. (2003). *Maternity and women health care*. 7th Ed. St Louis: Mosby.

- Brisch, K.H., et al. ((2005). Effect of previous pregnancy loss on level of maternal anxiety after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of loss and trauma*, 10, 131-153.
- Chang., et al. (2008). Effects of music therapy on psychological of women during pregnancy. *Journal of clinical nursing*, 17, 2580-2587.
- Chuang, L. L., Lin, Chan. L & Cheng, J. P. (2010). A randomized controlled trail of effects of relaxation training on psychological stress responses for hospitalized women with preterm labor. *Study from The National Science Council*.
- Chuang., et al. (2011). The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labor on pregnancy outcome: A controlled clinical trial. *International journal of nursing studies*, 49 (3), 257-264.
- Chuang., et al. (2011). Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress response in women with preterm labour. *Journal of advanced nursing*, 68 (1), 170-180.
- Cutler, N. (2010, May 18). *High risk pregnancy: Massage caution or contraindicatin*. Institute for integrative health care studies. http://www.integrative-healthcare.org/mt/archives/2010/05/high-risk_pregn.html. Diunduh 8 April 2012
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Edisi pertama. Jakarta: Trans Info Media.
- Dahlan, M. S. (2009). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan : Deskriptif, bivariat, dan multivariate dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dieter, J. N. I., Emory, E. K., Johnson, K. C., & Raynor, B. D. (2008). Maternal depression and anxiety effects on the human fetus: Preliminary findings and clinical implications. *Infant mental health journal*, 29 (5), 420-441.
- Dole., et al. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*, 157, 14-24.
- Field, et al. (2011). *Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity*. Received 13 April 2011. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2011.08.002>.
- Foux, R. (2008). Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sexual and relationship therapy*, 23, (3), 271-277.

- Gennaro, S., & Hennessy, M. D. (2003). Psychological and physiological stress: Impact on preterm birth. *JOGNN clinical issues*, 32 (5), 668-675.
- Gilbert, E. S & Harmon, J.S. (1998). *Manual of high risk pregnancy & delivery*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Giurgescu., et al. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well being of high risk pregnant women. *Nurs Res*, 55 (5), 356-365.
- Glynn, L.M., et al. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27 (1), 43-51.
- Hastono, S. P., & Sabri, L. (2010). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical psychology review*, 22 (3), 381-440.
- Honarparvan, N., Tabrizy, M., Navabinejad, Sh., Shafiabady, A., & Moradi, M. (2010). The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) training with regard to reducing sexual dissatisfaction among couples. *European journal of social sciences*, 15, (1), 166-172.
- Indiana perinatal network. (2007). *Perinatal family support*. Consensus statement. April, 2007. Diunduh 8 April 2012. www.Indianaperinatal.org.
- Juyoung, L., & Euysoon, C. (2010). Stress and coping style of high risk pregnant women's spouses. *Koren journal women health nursing*, 16 (3), 234-244.
- Kalb, R. C. (2008). *Intimacy and sexuality in MS. Staying well*. Diunduh tanggal 24 Maret 2012. <http://www.mssociety.org.uk/library>.
- Kennedy, J. (2011). *HIV in pregnancy and childbirth*. Second edition reprinted. Philadelphia : Elsevier.
- Lexshimi., et al. (2007). A study on anxiety and depression level among high risk in patient pregnant women in an obstetric ward. *Med & health*, 2 (1), 34-41.
- Lobel., et al. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high risk pregnancy. *Psychology & health*, 17 (1), 77-95.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Canadian essential of nursing research*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Louis & Melissa, M. (2009). *Real questions, real answers about sex*. Zondervan.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S.E. (2007). *Maternity and women's health care*. 8th ed. St Louis, MO: Mosby.
- Milton, C.L. (1999). *Ethical issue from nursing theoretical perspectives*. *Nursing science quarterly*, 12 (1), 20-25.
- Miller, A. (2011). *Breathing exercises for relaxation & stress reduction*. Diunduh 8 april 2012. <http://www.livestrong.com/article/361789-breathing-exercises-for-relaxation-stress-reduction>.
- Mortensen, A. M. (2010). *Muscle relaxation and anxiety*. Diunduh 8 April 2012. <http://www.livestrong.com/article/102311-muscle-relaxation-anxiety>.
- Mulder., et al. (2002). Prenatal maternal stress: Effect on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70 (1), 3-14.
- Nakamura, Y., Yoshizawa, T., & Atogami, F. (2011). Assesments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan. *Nusrep*, abstract 1 (1).
- Narendran., et al. (2005). Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *The journal of alternative and complementary medicine*. 11 (2), 237-244.
- Nefer, B. (2010). *Relaxation technique for anxiety*. Diunduh 8 April 2012. [http://www.livestrong.com/article/Relaxation technique for anxiety](http://www.livestrong.com/article/Relaxation%20technique%20for%20anxiety).
- Nicholas, H. (2006, May 04). *Stress and relaxation during pregnancy*. Health and wellbeing.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Metodologi penelitian kesehatan. Edisi revisi cetakan pertama*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padgett, E. A. (2010). "Links of spiritual intimacy with observed emotional intimacy and perceived marital quality among couples during their first pregnancy". *Thesis*. Bowling Green State University.
- Parkinson's Disease Society (PDS). (2008). *Intimate relationship and parkinson's*. Diunduh tanggal 24 Maret 2012. <http://www.parkinsons.org.uk>.
- Perkhurst, C. H. (2012). *Healing pregnancy meditation*. Diunduh tanggal 19 April 2012. <http://www.parentingweekly.com/pregnancy/breathing>.

- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2009). *Fundamental keperawatan*. (Adrina Ferderika Nggie et al, Alih bahasa). Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Pryor, et al. (2007). Stress and lack of social support as risk factors for small for gestational age birth. Article published online: Jan 02 2007, 92 (1), 62-64.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polomeno, V. (2000). Sex and pregnancy: A perinatal educator's guide. *Journal Perinatal Education*, 9 (4), 15- 27.
- Pop., et al. (2011). Development of the Tilburg pregnancy stress scale: The TPDS. *BMC Pregnancy and childbirth*, 11 (80), 1-8.
- Price, M. Z. (2010). *Yoga poses while pregnant*. Diunduh 8 April 2012. <http://www.livestrong.com/article/142913-yoga-poses-while-pregnant> .
- Pusporini, L. S. (2009). Efektivitas paket kasih ibu terhadap tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan ibu tentang efek polusi udara bagi kehamilan pada ibu hamil yang terpapar polusi udara di wilayah kotamadya Cilegon. *Thesis*. Depok: Universitas Indonesia.
- Rayner, K. (2012). *Pregnancy massage*. The pregnancy massage page.html. diunduh 8 April 2012.
- Reeder., Martin., & Griffin. K. (1997). *Keperawatan maternitas kesehatan wanita, bayi, dan keluarga* (Yati Afyanti et al, Alih bahasa). Edisi 18. Jakarta: EGC.
- Rini., et al. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal relationship*, 13, 207-229.
- Riri., & Yoez. (2007). *Tips dan trik menggapai kenikmatan seks*. Edisi I. Jakarta: Prestasi pustakaraya.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ketiga cetakan kedua. Jakarta: Sagung Seto.
- Sapkota, S., Kabayshi, J., & Takaso, M. (2011). Women's experience of giving birth with their husband's support in Nepal. *British journal of midwifery*, 19 (7), 426-432.

- Senturk, V., Abas, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2011). Sosial support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 11 (48), 2- 9.
- Shin,H.S., & Kim, J. H. (2011). Music therapy on anxiety, stress and maternal fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian nursing research*, 5 (1), 19-27.
- Siomos. E. (2011). *When an expecting mom needs extra special care*. Beaver Dam Community Hospital, INC. <http://www.bdch.com/Programs-Services/Womens-Health/Obstetrics/High-Risk-Pregnancy.aspx>
- Silberman, S. M. (2007, August 14). The intimate relationship of sex and IBD. *The national magazine of Crohn's and Colitis Foundation of America*. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.
- Sjolstrom, H., Langius, E. A., & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1112-1118.
- St John, W., & Emmanuel, E. (2010). Maternal distress: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 2104-2115.
- Strange, K. (2010). *Guided imagery relaxation technique*. Diunduh 8 April 2012. <http://www.livestrong.com/article/126180-guided-imagery-relaxation-techniques>.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th edition. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Stuart., & Laraia. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th edition. St. Louis: Mosby.
- Society for maternal fetal medicine (SMFM). (2010, March 01). *High risk pregnancy care, research, and education for over 35 years*. Diunduh 8 April 2012. <http://www.SMFM.org>
- Sugiyono. (2011). *Metodologi penelitian kombinasi (mixed methods)*. Jakarta: Alfabeta.
- Sumantri, A. (2011). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi pertama. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Trask, L. (2011). *Pregnancy massage: Much-deserved relaxation for you and your baby*. Daily Strength. July 28, 2011. Diunduh 8 April 2012.
- Videbeck, S. L. (2001). *Buku ajar keperawatan jiwa* (Komalasari et al, Alih bahasa). Edisi 1. Jakarta: EGC.

- Warren, P. L. (2007). Social support for. *MCN*, 32 (6), 368-374.
- White., et al. (2008). Maternal appraisals of risk, coping, and prenatal attachment among women hospitalized with pregnancy complications. *Journal of reproductive and infant psychology*, 26 (2), 74-85.
- Welch, L. G., & Miller, L. A. (2008). Emotional and educational components of pregnancy. *Library Women's med.* (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843GLOWM.10415.
- Wilbert, C. (2008). *Music reduces pregnancy stress*. WebMD medical reference from healthwise for every health decision.
- Wolfenden, E. M. (2010). *About relaxation during pregnancy*. <http://www.livestrong.com/article/140739-about-relaxation-during-pregnancy> diunduh 8 April 2012.
- Youngkin, E. Q., & Davis, M. S. (1998). *Women's health: a primary care clinical guide*. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange.
- Zachariah, R. (2009). Social support, life stress, and anxiety as predictors of pregnancy complications in low income women. *Research in nursing & health*, 32 (4), 391-404.

Lampiran 1a Permohonan Menjadi Responden 1

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan permohonan kesediaan bapak/ ibu untuk menjadi responden pada penelitian dengan judul **Pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan”**.

Tujuan dari penelitian ini adalah memperoleh kejelasan tentang ada tidaknya pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan”.

Adapun prosedur penelitian adalah:

1. Ibu diminta untuk melakukan pengisian kuesioner (alat ukur) **tahap awal** tentang kecemasan ibu dengan kehamilan risiko tinggi menghadapi persalinan.
2. Peneliti bersama asisten penelitian akan memberikan pendidikan kesehatan mengenai isi paket “Harmoni” kepada ibu hamil risiko tinggi dan pasangan melalui demonstrasi dan latihan, diskusi dan pemberian *booklet*.
3. Setelah melakukan pendidikan kesehatan tentang paket “Harmoni” oleh peneliti, **setiap hari ibu diharapkan melakukan latihan secara mandiri di rumah minimal 3 kali seminggu** dan peneliti bersama asisten penelitian akan melakukan evaluasi kegiatan ibu tentang pelaksanaan paket “Harmoni” dengan melakukan evaluasi perkembangan kecemasan ibu setiap 2 hari sekali.
4. **Tujuh hari kemudian**, ibu diminta kembali untuk melakukan pengisian kuesioner (alat ukur) **tahap akhir** tentang kecemasan ibu dengan kehamilan risiko tinggi menghadapi persalinan.
5. Peneliti akan membandingkan hasil pengukuran dari kuesioner yang diisi oleh ibu pada tahap awal dan tahap akhir untuk mengetahui pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan”.
6. Penelitian ini relatif aman dan tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada ibu maupun janin.
7. Penelitian ini juga bersifat sukarela dan tanpa paksaan.

Apabila bapak/ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, maka kami menjamin data-data yang diperoleh akan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan disebarluaskan kepada pihak-pihak yang tidak berkepentingan. Apabila bapak/ibu menolak atau merasa tidak nyaman setelah menjadi responden, maka bapak/ibu dapat menolak atau mundur dari penelitian ini. Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami

No Kontak Peneliti:

Maria (0341) 4495218/08123223585

Peneliti

Lampiran 1b Permohonan Menjadi Responden 2

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan permohonan kesediaan bapak/ibu untuk menjadi responden pada penelitian dengan judul **Pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan”**.

Tujuan dari penelitian ini adalah memperoleh kejelasan tentang ada tidaknya pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan”.

Adapun prosedur penelitian adalah:

1. Ibu diminta untuk melakukan pengisian kuesioner (alat ukur) **tahap awal** tentang kecemasan ibu dengan kehamilan risiko tinggi menghadapi persalinan.
2. **Tujuh hari kemudian**, ibu diminta kembali melakukan pengisian kuesioner (alat ukur) **tahap akhir** tentang kecemasan ibu dengan kehamilan risiko tinggi menghadapi persalinan.
3. Peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan tentang paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi dan pasangan” melalui **pemberian booklet setelah ibu mengisi alat ukur post test**.
4. Peneliti akan membandingkan hasil pengukuran dari kuesioner yang diisi oleh ibu pada tahap awal dan tahap akhir untuk mengetahui pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan”.
5. Penelitian ini relatif aman dan tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada ibu maupun janin.
6. Penelitian ini juga bersifat sukarela dan tanpa paksaan.

Apabila bapak/ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, maka kami menjamin data-data yang diperoleh akan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan disebarluaskan kepada pihak-pihak yang tidak berkepentingan. Apabila bapak/ibu menolak atau merasa tidak nyaman setelah menjadi responden, maka bapak/ibu dapat menolak atau mundur dari penelitian ini. Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

No Kontak Peneliti:
Maria (0341) 4495218/08123223585

Peneliti

Lampiran 2 Surat Pernyataan Kesiapan Menjadi Responden

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Istri dari :

Alamat :

No telp yang bisa dihubungi :

Setelah saya mendengarkan penjelasan yang diuraikan oleh Maria sebagai peneliti tentang penelitian ini, maka dengan ini saya menyatakan bersedia untuk mejadi responden dalam penelitian yang berjudul “ **Pengaruh pemberian paket “Harmoni” pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi terhadap kecemasan ibu menghadapi persalinan**”.

Surat pernyataan saya buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Malang, tanggal - Juni - 2012.

Yang membuat pernyataan,

(.....)

Lampiran 3 : Karakteristik Responden

Isilah pernyataan di bawah ini dengan mencoret pilihan yang ada atau mengisinya.

No responden/ Kode inisial ibu diisi oleh petugas	
Nama Ibu	
Alamat ibu Telp yang bisa dihubungi	
Apakah ibu tinggal serumah dengan suami ibu?	YA / TIDAK
Apakah suami ibu mendukung kehamilan ini?	YA / TIDAK
Umur ibu Tahun
Pendidikan terakhir ibu (menurut ijazah terakhir yang dimiliki)	SD / SMP / SMA/ D1/ D3/ S1/ S2/ Lain- lain
Ibu sudah melahirkan berapa kali?	Belum pernah/ satu kali/ dua kali/ lebih dari dua kali/lebih dari lima kali.
Apakah ibu saat ini sedang dalam kondisi sehat baik fisik maupun psikologis ibu?	YA / TIDAK
Apakah janin dalam kandungan ibu saat ini memiliki kelainan/kecacatan?	YA / TIDAK

Lampiran 4: Instrumen Penelitian

Pernyataan-pernyataan di bawah ini adalah kondisi atau suasana yang mungkin ibu alami atau ibu rasakan selama kehamilan ini. Silakan ibu pilih sesuai keadaan ibu selama kehamilan ini. Tidak ada pilihan yang benar atau salah, sehingga mohon ibu memilih dengan keadaan yang sebenarnya dengan memberi tanda **X** pada salah satu pilihan jawaban (seperti yang dijelaskan pada keterangan).

Keterangan

Tidak Pernah (**TP**); Jarang (**J**); Sering (**SR**); Selalu (**SL**).

	Pernyataan	TP	J	SR	SL
1.	Saya berfirasat buruk terhadap persalinan saya.				
2.	Saya merasa lebih sensitif dan mudah tersinggung.				
3.	Saya khawatir suami saya melakukan tindakan melanggar pantangan kehamilan.				
4.	Saya merasa tegang selama hamil ini.				
5.	Saya menjadi melankolis dan mudah menangis selama hamil ini.				
6.	Saya gemetaran selama hamil ini.				
7.	Saya merasa mudah gelisah selama hamil ini.				
8.	Saya takut terjadi sesuatu yang tidak diinginkan dengan kehamilan saya saat ini.				
9.	Saya takut bila ditinggal sendiri di rumah selama hamil ini.				
10.	Saya takut berada dekat dengan kerumunan orang selama hamil ini.				
11.	Saya takut pada keramaian selama hamil ini.				
12.	Selama hamil ini saya takut pada kegelapan.				
13.	Saya mimpi buruk tentang diri dan janin saya.				
14.	Saya sulit memulai tidur.				
15.	Saya terbangun malam hari selama hamil ini.				
16.	Tidur saya tidak pulas selama hamil ini.				
17.	Saya sulit berkonsentrasi dalam melakukan tugas, meskipun itu tugas ringan.				
18.	Saya enggan untuk melakukan perawatan diri.				
19.	Saya merasa bersalah.				
20.	Saya terbangun dini hari selama hamil ini.				
21.	Saya tidak lagi berminat pada hobby saya.				
22.	Perasaan saya berubah-ubah setiap hari selama hamil ini.				
	Pernyataan	TP	J	SR	SL

23.	Seluruh badan saya terasa nyeri selama hamil ini.				
24.	Seluruh badan saya terasa kaku selama hamil ini.				
25.	Saya merasa muka saya menjadi lebih pucat dan merah selama hamil ini.				
26.	Saya merasa lemah selama hamil ini.				
27.	Perasaan saya seperti ditusuk-tusuk selama hamil ini.				
28.	Dada saya terasa berdebar-debar setiap akan melakukan pemeriksaan kehamilan.				
29.	Dada saya terasa nyeri bila saya memikirkan kandungan saya.				
30.	Saya merasa denyut nadi saya cepat selama hamil ini.				
31.	Dada saya terasa seperti ditekan selama hamil ini.				
32.	Saya merasa seperti tercekik susah bernapas selama hamil ini.				
33.	Saya terbiasa menarik nafas panjang selama hamil ini.				
34.	Perut saya terasa kembung/ penuh tanpa sebab selama kehamilan ini.				
35.	Perut saya terasa panas tanpa sebab selama kehamilan ini.				
36.	Lambung saya terasa nyeri sebelum/sesudah makan selama kehamilan ini.				
37.	Frekuensi kencing saya meningkat selama kehamilan ini.				
38.	Saya tidak dapat menahan kencing selama kehamilan ini.				
39.	Mulut saya terasa kering selama kehamilan ini.				
40.	Muka saya terasa kering selama kehamilan ini.				
41.	Saya mudah berkeringat selama kehamilan ini.				
42.	Saya merasa pusing/sakit kepala selama kehamilan ini.				



UNIVERSITAS INDONESIA

PEDOMAN INTERVENSI PAKET HARMONI PADA IBU
HAMIL RISIKO TINGGI TERHADAP KECEMASAN
IBU MENGHADAPI PERSALINAN

Oleh:

Maria Magdalena Setyaningsih
1006748684

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEKHUSUSAN MATERNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012

**PEDOMAN INTERVENSI PAKET HARMONI PADA IBU
HAMIL RISIKO TINGGI TERHADAP KECEMASAN
IBU MENGHADAPI PERSALINAN**

A. Bentuk Kegiatan

Intervensi paket Harmoni adalah salah satu bentuk pendidikan kesehatan tentang intervensi keperawatan psikososial. Isi paket ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan studi literatur. Paket ini diperuntukkan bagi para ibu hamil risiko tinggi. Paket Harmoni ini berisi tentang pendidikan kesehatan mengenai teknik-teknik relaksasi, dukungan sosial, peningkatan rasa percaya diri ibu.

B. Tujuan

Tujuan pemberian paket Harmoni ini untuk meminimalkan angka kejadian kecemasan pada ibu selama menghadapi persalinan, sehingga ibu dapat memelihara kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan.

C. Sasaran

Intervensi keperawatan ini diberikan kepada ibu hamil risiko tinggi dengan melibatkan pasangan ibu/suami sebagai seseorang yang berperan dalam dukungan sosial.

D. Tempat Pelaksanaan

Poliklinik bersalin Rumah Sakit Panti Waluya Malang.

E. Pelaksana

Pelaksana utama adalah peneliti dibantu oleh asisten yang bertugas sebagai pengumpul data.

F. Materi

Paket Harmoni ini berisi materi:

1. Kehamilan risiko tinggi
2. Masalah yang mungkin muncul pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi
3. Efek psikososial pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kehamilan

4. Upaya perawatan yang dapat dilakukan oleh ibu dan pasangan dalam mengurangi kecemasan ibu menghadapi persalinan, meliputi:
 - 1) Teknik-teknik relaksasi
 - 2) Dukungan sosial
 - 3) Peningkatan rasa percaya diri ibu.

G. Persiapan

Persiapan yang dilakukan oleh peneliti adalah:

1. Membuat *booklet* paket Harmoni tentang intervensi psikososial dalam menurunkan kecemasan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan.
2. Membuat lembar balik paket Harmoni tentang gabungan relaksasi otot dan pernapasan dalam, gabungan distraksi dan pernapasan dalam,
3. Melakukan kontrak kegiatan dengan responden (ibu dan pasangan).
4. Persiapan demonstrasi

Kontrak kegiatan dilakukan dengan cara:

- a. Ibu hamil risiko tinggi yang terdaftar atau sedang datang periksa kehamilan di RS. Panti Waluya Malang yang memenuhi kriteria *inklusi*, menjadi kelompok perlakuan.
- b. Peneliti mengenalkan diri dan menjelaskan dengan kalimat sederhana tentang maksud, tujuan, manfaat, serta dampak dan prosedur penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti.
- c. Calon responden diberikan waktu untuk berdiskusi dengan pasangan, dan diberi kesempatan untuk bertanya apabila kurang jelas. Jika calon responden setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka calon responden diminta untuk mengisi lembar persetujuan menjadi responden. Jika calon responden menolak, maka keputusan mereka tetap dihargai dan tetap diberikan pelayanan sesuai protap yang berlaku di rumah sakit.
- d. Setelah calon responden mengisi lembar persetujuan maka responden diminta untuk mengisi kuesioner tentang karakteristik responden dan satu alat ukur (*pre test*) tentang kecemasan, setelah

selesai mengisi alat ukur maka responden diberikan booklet dan dilakukan pemberian paket “Harmoni”, di tempat yang sudah disediakan (ruang senam hamil RS. Panti Waluya Malang) atau di tempat yang dianggap nyaman oleh responden.

e. Penjelasan kepada pasangan ibu hamil risiko tinggi

Apabila pasangan tidak datang bersama dengan ibu ke rumah sakit pada hari itu, maka pasangan diberikan penjelasan tentang bentuk dukungan sosial, meningkatkan rasa percaya diri pada ibu pada saat pasangan bisa ditemui di rumah pada hari itu juga.

H. Prosedur pelaksanaan intervensi

a. Metode

Metode yang digunakan dalam pemberian intervensi keperawatan ini adalah ceramah, tanya-jawab, diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi latihan relaksasi di tempat yang nyaman dan tenang.

b. Prosedur intervensi paket harmoni

Ibu-ibu hamil dikumpulkan di ruang senam RS. Panti Waluya Malang, kemudian diberikan booklet, dilanjutkan dengan penjelasan tentang isi *booklet*. Pemberi informasi adalah peneliti sendiri sehingga konsistensi intervensi dapat dipertahankan.

Adapun rinciannya adalah sebagai berikut:

a) Pemberian penjelasan dengan menggunakan lembar balik selama 50 menit yang terdiri dari:

1) Pendahuluan selama 5 menit

Pemberi materi mengucapkan salam dan memperkenalkan diri serta menjelaskan cakupan materi.

2) Penjelasan materi selama 40 menit

Pemberi materi memberikan penjelasan mengenai materi yang ada dalam *booklet*, dan memberikan kesempatan kepada para ibu untuk mengajukan pertanyaan apabila ada materi yang kurang jelas.

3) Penutup selama 5 menit untuk menyimpulkan materi.

b) Demonstrasi dan re-demonstrasi tentang teknik relaksasi dilakukan selama 30 menit.

c) Diskusi tentang kegiatan selama 10 menit.

Para ibu dipersilahkan untuk bertanya dan meneritakan perasaan serta dampak pengalaman yang dirasakan setelah melakukan latihan sebentar.

d) Pemberi materi mengucapkan salam penutup. Responden diperkenankan pulang setelah dipersilahkan istirahat sejenak dan responden dibekali *booklet* paket “Harmoni”.

I. Penjelasan tentang paket Harmoni

a. Apakah paket Harmoni?

Paket Harmoni adalah suatu intervensi psikososial bagi ibu hamil risiko tinggi, yang berisi: pengertian kehamilan risiko tinggi, efek kecemasan pada kehamilan risiko tinggi, upaya meningkatkan rasa percaya diri ibu, dukung pasangan dan keluarga serta meningkatkan kemampuan ibu dalam berelaksasi sebagai bentuk perpaduan kerjasama antara ibu, pasangan, dan keluarga, untuk menurunkan kecemasan yang ibu rasakan sehubungan kondisi kehamilannya.

b. Apakah tujuan diberikannya paket Harmoni?

Tujuan diberikannya paket Harmoni adalah terbentuknya perpaduan kerjasama antara ibu, pasangan, dan keluarga, untuk menurunkan kecemasan yang dirasakan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan.

c. Apakah manfaat diberikannya paket Harmoni?

Manfaat paket Harmoni:

a) Meningkatkan rasa percaya diri ibu

b) Meningkatkan dukungan suami dan keluarga kepada ibu hamil.

c) Meningkatkan kemampuan ibu hamil dalam berelaksasi.

- d) Adanya kerjasama yang baik antara ibu, pasangan, dan keluarga, untuk menurunkan kecemasan yang ibu rasakan sehubungan kondisi kehamilannya.
- e) Mengurangi masalah yang mungkin muncul pada kehamilan risiko tinggi.
- f) Ibu dan pasangan memiliki informasi tentang perawatan yang dapat dilakukan ibu, pasangan dan keluarga secara bersama-sama dalam menurunkan kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan.

d. Apakah yang dimaksud dengan kehamilan risiko tinggi ?

Sebuah kehamilan dikategorikan dalam kehamilan risiko tinggi, apabila kehamilan tersebut memiliki risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan janin, sehingga membutuhkan sebuah perhatian dan perawatan khusus secara menyeluruh. Perawatan ini perlu dilakukan karena kehamilan ini berisiko mengalami komplikasi yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Seorang ibu hamil dikategorikan sebagai kelompok risiko tinggi apabila usia ibu hamil kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun, ibu hamil memiliki berat badan lebih atau kurang dari normal, memiliki tinggi badan kurang dari 150 cm, memiliki penyakit kronis, riwayat persalinan dan kehamilan sebelumnya yang memerlukan perhatian khusus (Buckley & Kulb, 1993). Di samping hal tersebut diatas seorang ibu hamil dikategorikan sebagai kelompok risiko tinggi apabila kehamilannya merupakan kehamilan yang tidak dikehendaki/diinginkan; ibu mengalami komplikasi selama kehamilan, seperti: perdarahan, lahir prematur, dan janin didiagnosa *anomaly congenital*; depresi, kekerasan dalam rumah tangga; dan ibu mempunyai riwayat kehamilan risiko tinggi sebelumnya atau kehilangan janin, seperti: IUFD, keguguran, dan terminasi (Trask, 2011).

- e. Masalah yang mungkin muncul pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi

Kehamilan berisiko tinggi ini sangat mempengaruhi kondisi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan. Ibu hamil sering mudah marah, takut, cemas dan merasa gagal sebagai seorang wanita yang normal. Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan keseimbangan dalam keluarga, akibatnya proses kehamilan ini dirasakan semakin sulit (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Kehamilan risiko tinggi, juga mengakibatkan adanya perubahan dalam pola makan, tidur, peran sebagai ibu di rumah, pengasuhan anak yang lain, seksualitas, aktivitas dan peran sosial, sehingga hal ini dapat merusak aktivitas kerja atau perencanaan dari karir ibu (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Ibu dengan kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami proses persalinan dini, sehingga menyebabkan bayi lahir prematur. Hal ini sangat bergantung kepada komplikasi yang menyertai janin maupun ibu hamil. Oleh sebab itu tenaga kesehatan, ibu dan pasangan perlu selalu mengevaluasi gejala yang timbul selama kehamilan.

Evaluasi perlu selalu dilakukan karena sebuah kehamilan yang awalnya masuk dalam kategori risiko rendah, dapat menjadi kehamilan dengan risiko tinggi. Hal itu sangat tergantung pada komplikasi yang menyertai kehamilan tersebut.

Oleh sebab itu, perawatan yang benar dan tepat perlu diberikan kepada ibu hamil risiko tinggi dengan dukungan dari pasangannya. Perawatan tidak hanya ditujukan kepada kesehatan fisik ibu dan janin saja, tetapi juga untuk kesehatan psikologis ibu baik dari tenaga kesehatan, pasangan maupun keluarga (Cappa, 2002; Sittner, 2007; Stankaitis, 2005).

- f. Efek masalah psikososial pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kehamilan

Kondisi stres dan kecemasan serta kehilangan dukungan pada ibu hamil mempunyai kontribusi terjadinya kehamilan berkomplikasi, dan perkembangan janin yang tidak baik seperti *small for gestational age* (SGA)/ berat badan bayi kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan (Dole et al. 2002; Pryor et al. 2007). Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya mengurangi stress pada ibu secara spesifik (Mudler, 2002).

J. Langkah-Langkah dalam Demonstrasi:

1. Teknik relaksasi

Teknik relaksasi merupakan cara efektif yang aman digunakan oleh ibu hamil dalam menurunkan kecemasan yang dialami. Keadaan ini pun dapat mempengaruhi keadaan fisik, seperti: kegelisahan, gangguan tidur, sakit kepala, ketegangan otot dan gemetar.

Macam-macam metode relaksasi yang dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut di atas adalah:

- a. **Pernapasan dalam**
- b. **Progressive muscle relaxation/ Relaksasi otot**
- c. **Guided Imagery/visualisasi/ Pengalihan**
- d. **Terapi Musik**

a. Pernapasan Dalam

- i. Pertama yang harus dilakukan adalah menghirup udara sebanyak-banyaknya dengan pernapasan perut yang dilakukan secara pelan dan dalam.
- ii. Hitung dalam hati sampai hitungan kelima saat ibu menghirup udara ke dalam perut ibu.
- iii. Tahan udara dalam perut ibu selama empat hitungan, kemudian saat hitungan kelima lepaskan secara perlahan-lahan lewat mulut ibu.

Relaksasi dengan pernapasan dalam ini dapat dilakukan dengan melakukan kombinasi dengan teknik yang lain.

Lakukan hal ini dengan melakukan kombinasi dengan teknik relaksasi otot dengan cara:

- i. Ibu mengambil posisi duduk atau berbaring dengan nyaman.
- ii. Sambil menutup mata ibu, lakukan penegangan otot dan kemudian melepaskannya dari seluruh tubuh ibu.
- iii. Bayangkan mulai dari kepala hingga ke jari kaki. Bayangkan kecemasan mengalir jauh dari setiap rilis otot ibu.
- iv. Lanjutkan dengan membayangkan diri ibu berjalan menyusuri tangga, semakin rileks saat ibu menuruni tangan selangkah demi selangkah.

Lakukan bergantian dengan mengkombinasikan dengan teknik distraksi/pengalihan dengan membayangkan ibu sedang berbaring di padang rumput di dekat danau yang indah dan tenang. Praktekkan teknik ini selama 15-45 menit.

Ibu dapat melakukan teknik pernapasan dalam saja atau melakukan penggabungan teknik seperti di atas, semuanya tergantung waktu yang ibu miliki.

b. Relaksasi Otot

- i. Ibu berbaring di lantai dan longgarkan pakaian ibu.
- ii. Tutup mata ibu.
- iii. Lakukan pernapasan dalam selama lima menit.
- iv. Setelah ibu siap, fokuskan pikiran ibu pada kaki kanan ibu. Jari kaki kanan ibu akan tegang selama beberapa detik, kemudian lepaskan. Fokus bagaimana ketegangan yang mengalir keluar.

- v. Bila ibu sudah siap, lakukan langkah seperti sebelumnya pada kaki kiri ibu.
- vi. Bergerak secara perlahan lakukan kembali pada tubuh ibu yang lain di daerah pinggul, pantat dan sebagainya, dengan teknik tegangkan otot pada bagian tertentu tubuh ibu dan rilekskan kembali.
- vii. Setelah seluruh bagian otot diperlakukan teknik tersebut, cek kembali apakah masih ada daerah otot tubuh ibu yang tegang.
- viii. Ulangi latihan di daerah-daerah tertentu. Lakukan hal ini secara perlahan-lahan dengan melakukan pernapasan dalam.

c. Pengalihan/ Distraksi

Teknik yang menggunakan gambaran situasi untuk mengantarkan kita ke keadaan relaksasi. Bayangkan adegan dimana kita merasa damai untuk melepaskan ketegangan dan kecemasan.

Gambaran yang cenderung digunakan adalah adegan pantai, danau, atau lokasi serupa yang menenangkan. Saat terlibat dalam visualisasi, kita harus menggunakan semua alat indra kita untuk sepenuhnya terlibat dalam lokasi yang kita bayangkan tersebut. Rekaman audio akan memandu kita mengikuti proses tersebut.

Teknik yang sering digunakan adalah teknik damai dan teknik gambaran diri, teknik menangani kemarahan.

Contoh teknik damai:

- i. Ibu mencari tempat yang aman, tenang tenang dan tenang dimana ibu dapat bersantai tanpa gangguan selama 15 menit.
- ii. Tutup mata ibu dan ambil napas dalam-dalam, sebagai napas pembersihan diri.
- iii. Bayangkan adanya hewan, gemericik air, situasi alam yang nyaman, dan libatkan diri ibu dalam adegan tersebut.

- iv. Gunakan indra penciuman, rasa dan mendengar untuk benar-benar terlibat dalam hal ini.
- v. Ibu akan merasakan gelombang relaksasi dan ketenangan sepenuhnya mengisi diri ibu, tinggal di sana selama 10 menit atau lebih.

d. Terapi Musik

Kehamilan adalah masa yang unik dan menimbulkan stress bagi ibu. situasi ini berlangsung lama dan berkepanjangan jika segera diatasi. Musik dapat digunakan untuk mengurangi stress psikologis, kecemasan dan depresi pada ibu hamil (Chen, 2008). Ibu hamil dapat membiasakan diri mendengarkan musik selama 30 menit setiap harinya. Warna musik yang dapat digunakan adalah musik klasik, musik alam, musik miburin anak- anak, musik penghantar tidur atau warna musik yang lain. Tetapi dari beberapa penelitian warna musik alam dan musik penghantar tidur yang lebih banyak dipilih. Waktu yang tepat untuk mendengarkan musik adalah kapan saja, meskipun waktu istirahat dan saat melakukan pekerjaan rumah lebih banyak dipilih.

2. Sosial support atau dukungan sosial

- a) *Pengertian dari Sosial support* atau dukungan sosial adalah: dukungan yang dapat digunakan untuk membantu ibu hamil risiko tinggi dalam memperdayakan mekanisme coping yang dimiliki, dengan menggunakan sumber pendukung.
- b) *Siapa yang dapat menjadi* sumber pendukung: sumber pendukung bisa berasal dari suami, anak (keluarga inti), keluarga yang lain (terutama ibu kandung dan ibu mertua), teman maupun masyarakat.
- c) Kegunaan *Sosial support* atau dukungan sosial adalah:
 - a. *Sosial support* mampu menurunkan risiko persalinan *premature* (persalinan dini).

- b. *Sosial support* mampu menurunkan risiko *small for gestational age* (bayi dengan berat badan lahir kurang disbanding dengan usia kehamilannya) pada ibu hamil.
 - c. Mampu memberikan pengaruh positif terhadap kecemasan yang mereka rasakan.
 - d. Mampu membuat ibu hamil mempunyai kesehatan yang lebih baik.
 - e. Ibu hamil memiliki peningkatan daya tahan, penurunan tekanan darah dan angka kematian.
- d) Efek dari *sosial support* sangat dipengaruhi oleh:
- a. Mekanisme koping ibu sendiri.
 - b. Strategi koping yang sering dipakai oleh ibu seperti berdoa/beribadah/lebih mendekatkan diri pada Tuhan.
 - e) Selain berdoa dan mendekatkan diri kepada Tuhan, dukungan yang paling efektif adalah dari suami. Kedekatan ini meliputi: kedekatan psikis, adanya tujuan masa depan yang ditetapkan bersama dan kemampuan sosial pasangan.

3. Peningkatan Rasa Percaya Diri Ibu

Membina hubungan yang baik dengan pasangan merupakan langkah efektif dalam meningkatkan *support system* bagi pasangan. Kunci dari sebuah hubungan adalah komunikasi yang baik.

Kepuasan sebuah hubungan harus dilandasi adanya kepercayaan, komunikasi yang jujur dan terbuka, dan adanya sikap saling berbagi tujuan dan pengharapan, serta sikap saling menghormati dan memperhatikan.

Banyak cara dapat dilakukan dalam mengekspresikan seksual selain dengan berhubungan seksual. Pasangan dapat melakukan keintiman dengan aman melalui saling memanjakan/bermesraan, mencium, membelai, bergandengan tangan, merangkul, saling memijat atau mandi air hangat bersama dengan alunan musik lembut dan cahaya lilin,

sehingga keintiman dan kemesraan selama masa kehamilan dapat ditingkatkan.

Komunikasi yang baik, kejujuran, keterbukaan, akan menghindari terjadinya kesalahpahaman dalam mengungkapkan cinta sehingga kesehatan seksual dapat dipelihara. Sebagai pasangan kita akan menjadi relaks bila disayang, dipeluk dan diperhatikan.

Keintiman dalam spiritualitas, merupakan cara alternatif lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan hubungan. Keintiman dalam spiritual bersama pasangan mengakibatkan terjadinya peningkatan yang besar atas dukungan positif, kehangatan, penurunan emosi saat berinteraksi, peningkatan rasa cinta dalam ikatan perkawinan, kenyamanan iman, dan kenyamanan sebagai seorang isteri.

Pasangan pria juga perlu melakukan instropeksi diri dengan selalu bertanya kepada dirinya (Polomeno, 2000):

1) Apakah keahlian yang saya miliki untuk pasangan saya ?

Apabila ibu hamil bertanya tentang perubahan tubuhnya, itu menandakan bahwa ibu ingin mengetahui respon tentang perasaan cinta pasangannya. Ini merupakan cara yang dipakai untuk meyakinkan ibu akan cinta pasangannya, sehingga dirinya memiliki rasa percaya diri lagi.

2) Apa keahlian yang saya miliki untuk diri saya sendiri?

Para pria sering merasa takut, frustrasi, bimbang, gelisah, lemah dan sendiri memikirkan kehidupan yang akan datang. Kegelisahan ini menyangkut tanggung jawab dan *financial*, serta kecemburuan adanya kemungkinan kurangnya perhatian dari pasangan. Jika itu terjadi katakan selalu bahwa kehamilan ini merupakan proyek bersama sebagai pasangan atau team, bukan proyek individu.

3) Apa yang dapat saya lakukan?

Lakukan seperti yang sudah dijabarkan sebelumnya.

Ibu juga perlu menyenangkan pasangannya. Bentuk menyenangkan pasangan adalah menerima pasangan apa adanya, menjadikan pasangan sebagai sumber keindahan dalam hidup dengan tetap selalu menjaga penampilan, menerima kesenangan dari diri pasangan ibu, menjaga pasangan ibu untuk tetap menarik, mengagumi pasangan ibu, mencari tahu keinginan dan fantasi pasangan yang paling dalam, dan mencintai bagian tubuh pasangan.

Menjadi pasangan yang baik adalah dengan selalu berkomunikasi dan bersikap romantis, tidak merendahkan diri sendiri, selalu bersikap jujur, tidak melakukan sesuatu hanya untuk menjaga agar pasangan bahagia, tidak meremehkan pasangan, tidak menunda sesuatu yang telah dijanjikan, dan selalu ada untuk pasangan kita, memperlakukan pasangan dengan sopan.

Cara-cara lain yang dapat digunakan mengungkapkan perasaan cemas atau depresi yang kita rasakan akibat keterbatasan yang kita miliki adalah:

- a. Melakukan relaksasi dengan mencari waktu untuk melakukan hal-hal yang berbeda dari kegiatan rutinitas.
- b. Memanjakan diri dengan mendengarkan musik ditemani minuman kesenangan ibu
- c. Menulis diari (buku harian), tentang perasaan kita sehingga kita dapat melakukan introspeksi, dan melihat perkembangan yang kita alami.
- d. Menjaga kesehatan diri dengan melakukan latihan ringan dan mengkonsumsi diet yang sehat sehingga membuat tubuh kita menjadi lebih baik.
- e. Bercakap-cakap dengan orang terdekat, untuk menambah keakraban.
- f. Mengungkapkan perasaan lewat tangisan dan kemarahan, untuk menghindari perasaan tertekan.

- g. Saling tertawa dengan menebar humor, sehingga tubuh kita mengeluarkan hormone yang akan membuat tubuh menjadi lebih baik.

Sepuluh cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan hubungan ibu dengan pasangan:

- a. Cintailah diri ibu, karena hubungan yang kuat dimulai dari kepemilikan harga diri yang positif.
- b. Menerima adanya perbedaan, dan berbagai argumentasi sebagai bagian hidup seorang pasangan.
- c. Memberikan argumentasi yang baik, mendengarkan serta tanggap dan berusaha mencari solusi.
- d. Segera meminta maaf, apabila salah satu pasangan membuat sebuah kesalahan.
- e. Belajar mendengarkan, karena proses berubah ada pada setiap orang. Oleh karena itu jangan bersikap seakan-akan sangat mengetahui keadaan dan pikiran pasangan.
- f. Saling menyentuh, melalui sentuhan akan dirasakan adanya kekuatan untuk mendukung.
- g. Buatlah waktu yang dimiliki menjadi berkualitas, dengan berbicara, tertawa, bermimpi, ngobrol atau berdiam bersama.
- h. Berbagi dengan pasangan akan tujuan hidup bersama. Membicarakan tentang cara mencapai tujuan yang ditetapkan serta berupaya bersama dalam mencapai tujuan.
- i. Menghabiskan waktu dengan pasangan-pasangan lain, sehingga tidak merasa sendiri.
- j. Selalu melihat sebuah hikmah yang terkandung dari sebuah masalah.

K. Evaluasi

- i. Evaluasi pelaksanaan paket Harmoni dilakukan 2 hari sekali dimana ibu diminta mengisi kuesioner kecemasan untuk

mengetahui grafik kecemasan ibu. Setiap ibu diharapkan minimal melaksanakan isi paket untuk latihan relaksasi adalah 3 kali selama satu minggu setelah pemberian paket intervensi, serta didukung dengan pelaksanaan isi paket yang lain.

- ii. Tujuh hari kemudian peneliti akan datang ke rumah atau responden yang datang ke rumah sakit, tergantung kesepakatan sebelumnya untuk melakukan *post test* untuk menjawab pertanyaan pada 2 alat ukur (*post test*) oleh responden.

L. Daftar Pustaka

- Alder, et al., (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: Comparison of women with high versus low levels of anxiety. *Journal clin psycho med settings*, 18, 13-21.
- Auslander, G.K., Netzer, D., & Arad I. (2003). Parental Anxiety Following Discharge from Hospital of Their Very Low Birth Weight Infants. *Family Relations*, Vol. 52, No. 1, pp. 12.
- Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., & Kashanian, M. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), e36-40.
- Bennington, L. K. (2012). High risk pregnancy. *Life & Health Library*. Encyclopedia of nursing and allied health. Diunduh 11 April 2012. <http://findarticles.com/>
- Beddoe, A. E., & Lee, K. A. (2008). Mind-body intervention during pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*, 37 (2), 165-175.
- Chang, et al., (2008). Effects of music therapy on psychological of women during pregnancy. *Journal of clinical nursing*, 17, 2580-2587.
- Chuang, L. L., Lin, Chan. L & Cheng, J. P. (2010). A randomized controlled trail of effects of relaxation training on psychological stress responses for hospitalized women with preterm labor. *Study from The National Science Council* (Grant Number: NSC97-2314-B255-002) , Taipei, Taiwan.

Chuang, et al., (2011). The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labor on pregnancy outcome: A controlled clinical trial. *International journal of nursing studies*, 49 (3), 257-264.

Chuang, et al., (2011). Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress response in women with preterm labour. *Journal of advanced nursing*, 68 (1), 170-180.

Cutler, N. (2010, May 18). High risk pregnancy: *Massage caution or contraindication*. Institute for integrative health care studies. http://www.integrative-healthcare.org/mt/archives/2010/05/high-risk_pregn.html

Dieter, J. N. I., Emory, E. K., Johnson, K. C., & Raynor, B. D. (2008). Maternal depression and anxiety effects on the human fetus: Preliminary findings and clinical implications. *Infant mental health journal*, 29 (5), 420-441.

Dole, et al., (2003). Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*, 157, 14-24.

Gennaro, S., & Hennessy, M. D. (2003). Psychological and physiological stress: Impact on preterm birth. *JOGNN clinical issues*, 32 (5), 668-675.

Giurgescu, et al., (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well being of high risk pregnant women. *Nurs Res*, 55 (5), 356-365.

Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work?. *Clinical psychology review*, 22 (3), 381-440.

Indiana perinatal network. (2007). *Perinatal family support*. Consensus statement. April, 2007. Diunduh 8 April 2012. www.Indianaperinatal.org.

Juyoung, L., & Euysoon, C. (2010). Stress and coping style of high risk pregnant women's spouses. *Koren journal women health nursing*, 16 (3), 234-244.

Kalb, R. C. (2008). *Intimacy and sexuality in MS. Staying well*. <http://www.mssociety.org.uk/library>. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.

Lexshimi et al., (2007). A study on anxiety and depression level among high risk inpatient pregnant women in an obstetric ward. *Med & health*, 2 (1), 34-41.

Lobel et al., (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high risk pregnancy. *Psychology & health*, 17 (1), 77-95.

Miller, A. (2011). *Breathing exercises for relaxation & stress reduction*. <http://www.livestrong.com/article/361789-breathing-exercises-for-relaxation-stress-reduction> diunduh 8 April 2012.

Mortensen, A. M. (2010). *Muscle relaxation and anxiety*. <http://www.livestrong.com/article/102311-muscle-relaxation-anxiety> diunduh 8 April 2012.

Mulder, et al., (2002). Prenatal maternal stress: Effect on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70 (1), 3-14.

Nefer, B. (2010). *Relaxation technique for anxiety*. <http://www.livestrong.com/article/Relaxation-technique-for-anxiety>. diunduh 8 April 2012.

Nicholas, H. (2006, May 04). *Stress and relaxation during pregnancy*. Health and wellbeing.

Padgett, E. A. (2010). "Links of spiritual intimacy with observed emotional intimacy and perceived marital quality among couples during their first pregnancy". *Thesis*. Bowling Green State University.

Parkinson's Disease Society (PDS). (2008). *Intimate relationship and parkinson's*. <http://www.parkinsons.org.uk>. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.

Polomeno, V. (2000). Sex and Pregnancy: A Perinatal Educator's Guide. *Journal Perinatal Education*, 9 (4), 15- 27.

Rayner, K. (2012). *Pregnancy massage*. The pregnancy massage page.html. diunduh 8 April 2012.

Rini, et al., (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal relationship*, 13, 207-229.

Riri., & Yoez. (2007). *Tips dan trik menggapai kenikmatan seks*. Edisi I. Jakarta: Prestasi pustakaraya.

Sapkota, S., Kabayshi, J., & Takaso, M. (2011). Women's experience of giving birth with their husband's support in Nepal. *British journal of midwifery*, 19 (7), 426-432.

Senturk, V., Abas, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2011). Sosial support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 11 (48), 2- 9.

Shin,H.S., & Kim, J. H. (2011). Music therapy on anxiety, stress and maternal fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian nursing research*, 5 (1), 19-27.

Siomos. E. (2011). *When an expecting mom needs extra special care.* Beaver Dam Community Hospital, INC.
<http://www.bdch.com/Programs-Services/Womens-Health/Obstetrics/High-Risk-Pregnancy.aspx>

Silberman, S. M. (2007, August 14). The intimate relationship of sex and IBD. *The national magazine of Crohn's and Colitis Foundation of America*. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.

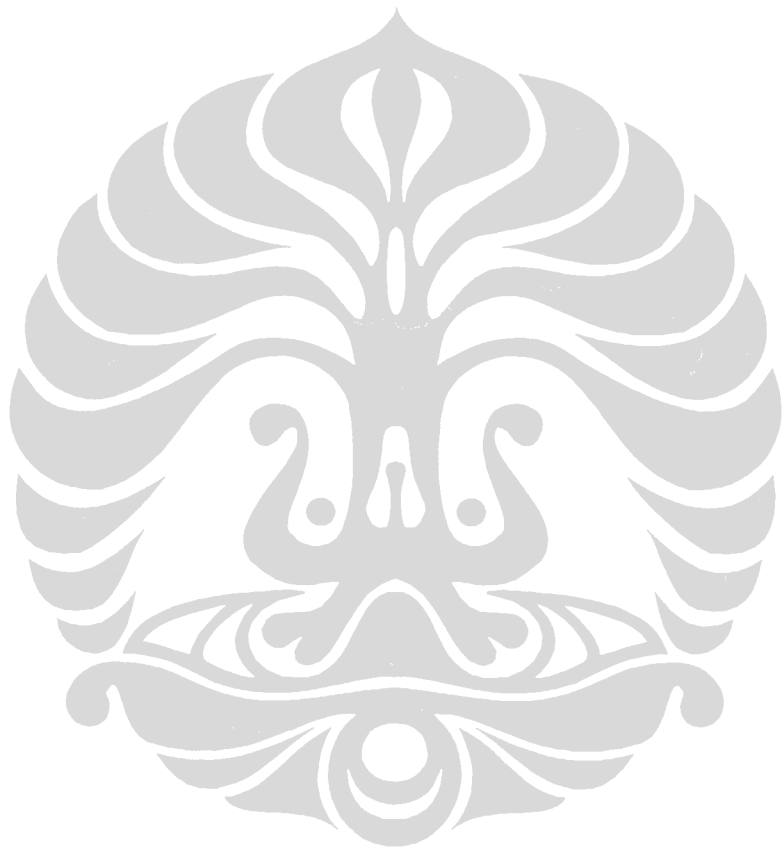
Strange, K. (2010). *Guided imagery relaxation technique.*
<http://www.livestrong.com/article/126180-guided-imagery-relaxation-techniques> diunduh 8 April 2012.

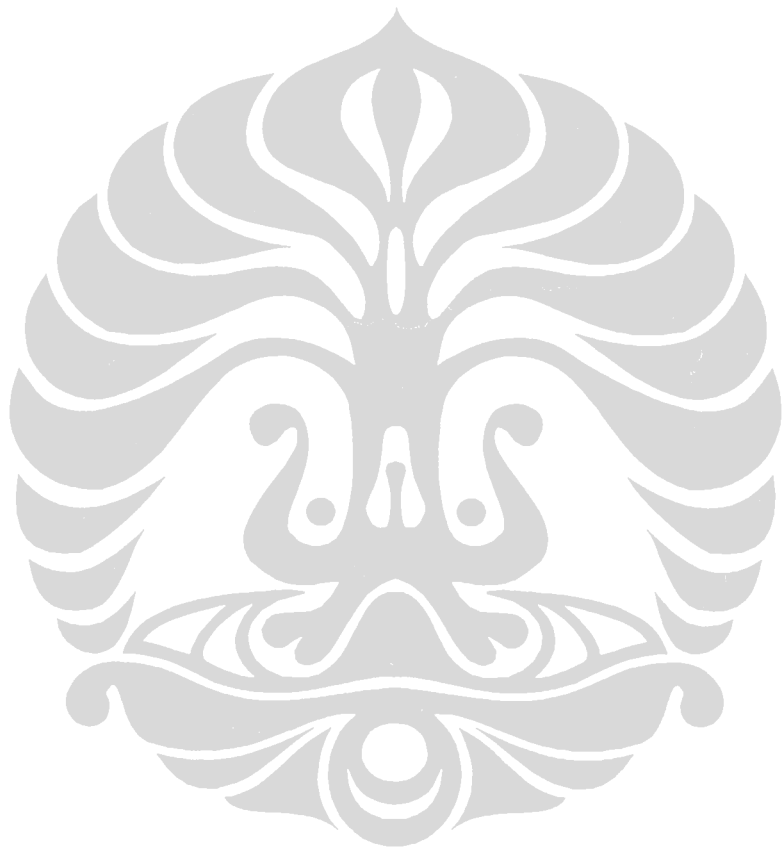
Warren, P. L. (2007). Social support for. *MCN*, 32 (6), 368-374.

Wilbert, C. (2008). *Music reduces pregnancy stress.* WebMD medical reference from healthwise for every health decision.

Wolfenden, E. M. (2010). *About relaxation during pregnancy.*
<http://www.livestrong.com/article/140739-about-relaxation-during-pregnancy> diunduh 8 April 2012.

Zachariah, R. (2009). Social support, life stress, and anxiety as predictors of pregnancy complications in low income women. *Research in nursing & health*, 32 (4), 391-404.





**Paket “Harmoni” Untuk Pasangan
Ibu Dengan Kehamilan Risiko Tinggi**



Disusun oleh:

Maria M. Setyaningsih

**PROGRAM MAGISTER
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2012**

Daftar Isi

	Pendahuluan
	Daftar isi
1	Paket Harmoni
	a. Apakah paket Harmoni?
	b. Apakah tujuan paket Harmoni?
	c. Apakah manfaat paket Harmoni?
2	Apa kehamilan risiko tinggi
3	Masalah yang mungkin muncul pada kehamilan risiko tinggi
4	Efek kecemasan pada kehamilan
5	Perawatan yang dapat dilakukan oleh ibu, pasangan dan keluarga dalam upaya menurunkan kecemasan ibu menghadapi persalinan.
	A. Peningkatan Rasa Percaya Diri
	B. Macam-Macam Relaksasi
	C. Dukungan Sosial
6	Penutup
	Daftar Pustaka

Pendahuluan



Kehamilan adalah sebuah peristiwa besar bagi seorang wanita dan keluarga yang mengakibatkan perubahan-perubahan fisiologis maupun psikologis dan sosial. Perubahan akibat kehamilan ini mengakibatkan adanya perubahan dalam pemenuhan masalah kebutuhan dasar manusia, baik secara individu maupun pasangan dalam keluarga. Salah satu masalah yang sering terjadi pada kehamilan adalah kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan. Keadaan ini memerlukan adanya dukungan dan bantuan orang lain, terutama pasangan untuk meminimalkan atau meniadakan masalah atau gangguan yang terjadi.

Kehamilan dibedakan menjadi kehamilan normal dan risiko tinggi. Ibu dengan kehamilan normal

adalah ibu dengan kehamilan yang tidak memiliki risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan janin. Kehamilan dikategorikan risiko tinggi, apabila kehamilan ibu tersebut memiliki risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan janin, sehingga kehamilan tersebut memerlukan perhatian dan perawatan khusus.

Ibu dengan kehamilan risiko tinggi mungkin terkejut dengan keadaan yang harus dialami, ibu merasa khawatir dan takut dengan kondisi janinnya. Ibu cemas dengan keadaan janinnya serta pencapaian perannya sebagai ibu. Situasi ini menimbulkan ibu memiliki emosi yang tinggi. Tenaga kesehatan berperan untuk memberikan informasi dan intervensi keperawatan yang diperlukan sehingga ibu mendapatkan dukungan dari pasangan dan orang terdekatnya.

Salah satu bentuk intervensi keperawatan yang dapat diberikan adalah pemberian intervensi keperawatan psikososial pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi.

Intervensi ini dikemas dalam bentuk paket yang bernama paket "Harmoni". Paket ini diharapkan dapat berkontribusi dalam membantu mengurangi kecemasan yang ibu alami sehubungan dengan kondisi kehamilan ibu saat ini.

Booklet paket" Harmoni" ini terdiri dari tiga bagian, bagian pertama terdiri dari pendahuluan, bagian kedua berisi penjelasan tentang paket Harmoni, bagian ketiga tentang intervensi keperawatan psikososial sebagai upaya menurunkan kecemasan ibu hamil risiko tinggi menghadapi persalinan.



1. PAKET HARMONI

A. Apakah paket Harmoni?

Paket Harmoni adalah suatu intervensi keperawatan psikososial bagi ibu hamil risiko tinggi, yang berisi: pengertian kehamilan risiko tinggi, efek kecemasan pada kehamilan risiko tinggi, upaya meningkatkan rasa percaya diri ibu, dukungan pasangan dan keluarga serta meningkatkan kemampuan ibu dalam berelaksasi sebagai bentuk perpaduan kerjasama antara ibu, pasangan, dan keluarga, untuk menurunkan kecemasan yang ibu rasakan sehubungan kondisi kehamilannya.

B. Apakah tujuan diberikannya paket Harmoni?

Tujuan diberikannya paket Harmoni adalah terbentuknya kerjasam terpadu antara ibu, pasangan, dan keluarga, untuk menurunkan kecemasan yang dirasakan ibu hamil risiko tinggi dalam menghadapi persalinan.

C. Apakah manfaat diberikannya paket Harmoni?

- a) Meningkatkan rasa percaya diri ibu
- b) Meningkatkan dukungan suami dan keluarga kepada ibu hamil.
- c) Meningkatkan kemampuan ibu hamil dalam berelaksasi.
- d) Membentuk kerjasama yang baik antara ibu, pasangan, dan keluarga, untuk menurunkan kecemasan yang dirasakan ibu sehubungan kondisi kehamilannya.
- e) Mengurangi masalah yang mungkin muncul pada kehamilan risiko tinggi.
- f) Ibu dan pasangan memiliki informasi tentang perawatan yang dapat dilakukan ibu, pasangan dan keluarga secara bersama-sama dalam menurunkan kecemasan ibu daam menghadapi persalinan.

2. Apakah yang dimaksud dengan kehamilan risiko tinggi ?

Kehamilan dikategorikan dalam kehamilan risiko tinggi, apabila kehamilan tersebut memiliki risiko terjadinya komplikasi pada ibu dan janin, sehingga kehamilan tersebut membutuhkan sebuah perhatian dan perawatan khusus secara menyeluruh. Perawatan ini perlu dilakukan karena kehamilan ini berisiko mengalami komplikasi yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Seorang ibu hamil dikategorikan sebagai kelompok risiko tinggi apabila usia ibu hamil kurang dari 18 tahun atau lebih dari 35 tahun, ibu hamil memiliki berat badan lebih atau kurang dari normal, memiliki tinggi badan kurang dari 150 cm, memiliki penyakit kronis, memiliki riwayat persalinan dan kehamilan sebelumnya yang memerlukan perhatian khusus (Buckley &

Kulb, 1993). Di samping hal tersebut diatas seorang ibu hamil dikategorikan sebagai kelompok risiko tinggi apabila kehamilannya merupakan kehamilan yang tidak dikehendaki/diinginkan; ibu mengalami komplikasi selama kehamilan, seperti: perdarahan, lahir prematur, dan janin didiagnosa *anomaly congenital*; depresi, kekerasan dalam rumah tangga; dan ibu mempunyai riwayat kehamilan risiko tinggi sebelumnya atau kehilangan janin, seperti: janin meninggal dalam kandungan (IUFD), keguguran, dan pengakhiran kehamilan sebelum waktunya (terminasi) (Trask, 2011).

3. Masalah yang mungkin muncul pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi

Kehamilan berisiko tinggi ini sangat mempengaruhi kondisi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan. Ibu hamil sering

mudah marah, takut, cemas dan merasa gagal sebagai seorang wanita yang normal. Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan keseimbangan dalam keluarga, akibatnya proses kehamilan ini dirasakan semakin sulit (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Kehamilan risiko tinggi, juga mengakibatkan adanya perubahan dalam pola makan, tidur, peran sebagai ibu di rumah, pengasuhan anak yang lain, seksualitas, aktivitas dan peran sosial, sehingga hal ini dapat merusak aktivitas kerja atau perencanaan dari karir ibu (Maureen, 1998; Bennington, 2012).

Ibu dengan kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami proses persalinan dini, sehingga menyebabkan bayi lahir premature/belum cukup bulan. Kondisi ini sangat bergantung kepada komplikasi yang menyertai janin maupun ibu hamil. Oleh sebab itu tenaga kesehatan, ibu dan pasangan perlu selalu mengevaluasi gejala yang

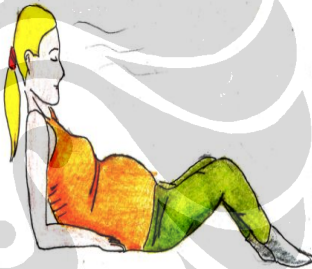
timbul selama kehamilan. Evaluasi perlu selalu dilakukan karena sebuah kehamilan yang awalnya masuk dalam kategori risiko rendah, dapat menjadi kehamilan dengan risiko tinggi. Hal itu sangat tergantung pada komplikasi yang menyertai kehamilan tersebut.

Oleh karena itu, perawatan yang benar dan tepat perlu diberikan kepada ibu hamil risiko tinggi, dengan dukungan dari suami/pasangan. Perawatan tidak hanya ditujukan kepada kesehatan fisik ibu dan janin saja, tetapi juga untuk kesehatan psikologis ibu baik dari tenaga kesehatan, pasangan maupun keluarga (Cappa, 2002; Sittner, 2007; Stankaitis, 2005).

4. Efek masalah psikososial pada ibu hamil risiko tinggi terhadap kehamilan.

Kondisi stres dan kecemasan serta kehilangan dukungan pada ibu hamil mempunyai kontribusi

terjadinya kehamilan berkomplikasi, dan perkembangan janin yang tidak baik seperti *small for gestational age* (SGA)/ berat badan bayi kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan (Dole et al. 2002; Pryor et al. 2007). Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya mengurangi stress pada ibu secara spesifik (Mudler, 2002).



5. Upaya perawatan yang dapat dilakukan oleh ibu dan pasangan dalam mengurangi kecemasan ibu menghadapi persalinan.



1) PENINGKATAN RASA PERCAYA DIRI IBU

Membina hubungan yang baik dengan pasangan merupakan langkah efektif dalam meningkatkan *support system* bagi pasangan. Kunci keberhasilan dari sebuah hubungan adalah komunikasi yang baik. Kepuasan suatu hubungan harus dilandasi adanya kepercayaan, komunikasi yang jujur dan terbuka, dan adanya sikap saling berbagi

tujuan dan pengharapan, serta sikap saling menghormati dan memperhatikan.

Banyak cara dapat dilakukan dalam mengekspresikan perhatian dan rasa sayang selain dengan berhubungan seksual. **Pasangan dapat melakukan keintiman dengan aman melalui saling memanjakan/bermesraan, mencium, membelai, bergandengan tangan, merangkul, saling memijat atau mandi air hangat bersama dengan alunan musik lembut dan cahaya lilin. Dengan aktivitas bersama tersebut keintiman dan kemesraan selama masa kehamilan dapat ditingkatkan.**

Komunikasi yang baik, kejujuran, keterbukaan, akan menghindari terjadinya kesalahpahaman dalam mengungkapkan cinta sehingga kesehatan seksual dapat dipelihara.



Keintiman dalam spiritual bersama pasangan dapat diwujudkan dalam bentuk beribadah bersama, saling mengingatkan dan menguatkan dalam ibadah. Keintiman spiritual ini mengakibatkan terjadinya peningkatan dukungan positif, kehangatan, penurunan emosi saat berinteraksi, peningkatan rasa cinta dalam ikatan perkawinan, kenyamanan iman, dan kenyamanan sebagai seorang isteri.



INSTROPEKSI DIRI PADA PRIA ADALAH
DENGAN SELALU BERTANYA KEPADA
DIRINYA SENDIRI:



**1) Apakah keahlian yang saya miliki
untuk pasangan saya?**

Apabila ibu hamil bertanya tentang perubahan tubuhnya, itu menandakan bahwa ibu ingin mengetahui respon pasangan tentang perasaan cinta pasangannya. Ini merupakan cara yang dipakai untuk meyakinkan ibu akan cinta pasangannya, sehingga dirinya memiliki rasa percaya diri lagi.

**2) Apakah keahlian yang saya miliki
untuk diri saya sendiri?**

Para pria sering merasa takut, frustrasi, bimbang, gelisah, lemah dan sendiri

memikirkan kehidupan mendatang. Kegelisahan ini menyangkut tanggung jawab dan *financial*, serta kecemburuan adanya kemungkinan kurangnya perhatian dari pasangan. Jika itu terjadi katakan selalu bahwa kehamilan ini merupakan proyek bersama sebagai pasangan atau team, bukan proyek individu.

3) Apakah yang dapat saya lakukan?

Lakukan saja seperti yang sudah dijabarkan sebelumnya.

Hal- hal yang dapat dilakukan pasangan untuk ibu hamil adalah:

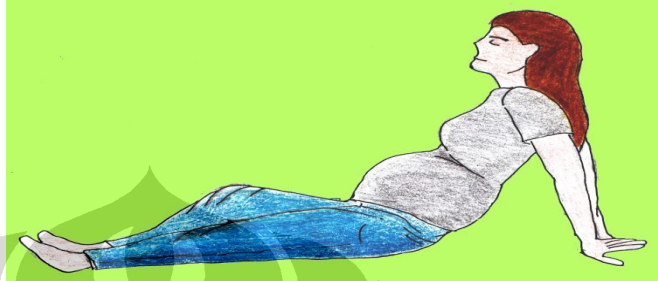


- Menerima pasangan apa adanya.
- Menjadikan pasangan sebagai sumber keindahan dalam hidup dengan tetap selalu menjaga penampilan
- Menerima kesenangan dari diri pasangan
- Menjaga pasangan untuk tetap menarik
- Mengagumi pasangan.
- Mencintai bagian tubuh pasangan.

BAGAIMANAKAH UNTUK MENJADI PASANGAN YANG BAIK?

- Dengan selalu berkomunikasi dan bersikap romantik.
- Tidak merendahkan diri sendiri.
- Selalu bersikap jujur.
- Tidak melakukan sesuatu hanya untuk menjaga, agar pasangan bahagia.
- Tidak meremehkan pasangan.
- Tidak menunda sesuatu yang telah dijanjikan.
- Selalu ada untuk pasangan.
- Memperlakukan pasangan dengan sopan.





Cara-cara lain yang dapat digunakan untuk mengungkapkan perasaan cemas atau depresi yang dirasakan ibu akibat keterbatasan yang dimiliki ibu adalah:

- a. Lakukan relaksasi dengan mencari waktu untuk melakukan hal-hal yang berbeda dari kegiatan rutinitas.
- b. Manjakan diri dengan mendengarkan musik ditemani minuman kesenangan ibu
- c. Tulislah diari (buku harian), tentang perasaan ibu sehingga ibu dapat melakukan introspeksi, dan melihat perkembangan yang ibu alami.
- d. Jagalah kesehatan diri dengan melakukan latihan ringan dan

mengonsumsi diet yang sehat sehingga membuat tubuh ibu menjadi lebih baik.

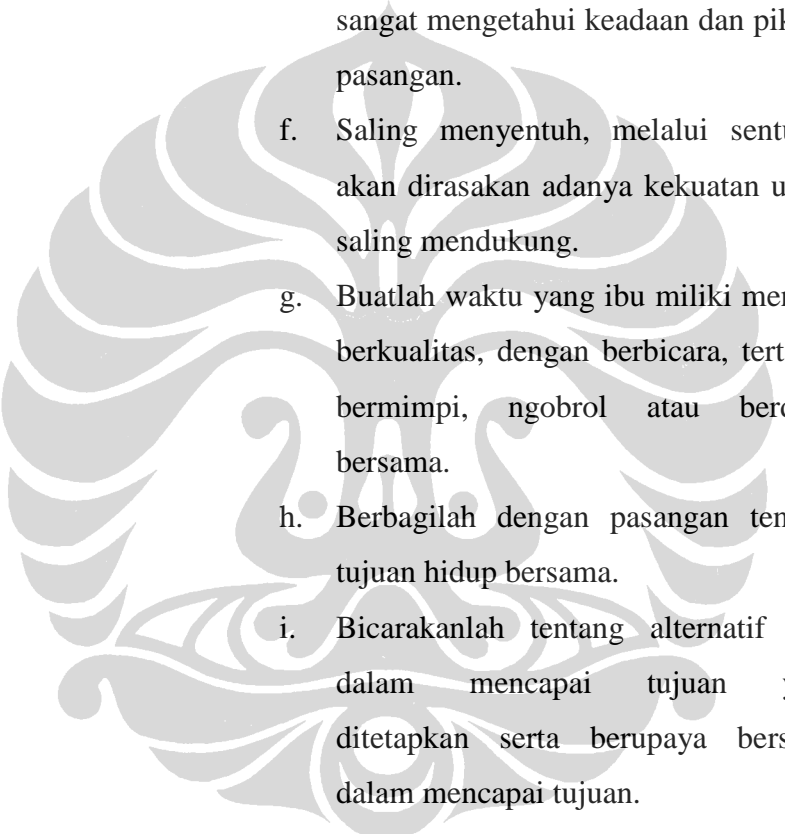
- e. Bercakap-cakaplah dengan orang terdekat, untuk menambah keakraban.
- f. Ungkapkan perasaan lewat tangisan dan kemarahan, untuk menghindari perasaan tertekan.
- g. Saling tertawa dengan menebar humor, sehingga tubuh ibu mengeluarkan hormon yang akan membuat tubuh menjadi lebih baik.





**10 LANGKAH MENINGKATKAN HUBUNGAN
DENGAN SUAMI:**

- a. Cintailah diri ibu, karena hubungan yang kuat dimulai dari kepemilikan harga diri yang positif.
- b. Menerima adanya perbedaan, dan berbagai argumentasi sebagai bagian hidup seorang pasangan.
- c. Berikan argumentasi yang baik, mendengarkan serta tanggap dan berusaha mencari solusi.
- d. Mintalah maaf, apabila salah satu pasangan membuat sebuah kesalahan.

- 
- e. Belajar mendengarkan, karena proses berubah ada pada setiap orang. Oleh karena itu jangan bersikap seakan-akan sangat mengetahui keadaan dan pikiran pasangan.
 - f. Saling menyentuh, melalui sentuhan akan dirasakan adanya kekuatan untuk saling mendukung.
 - g. Buatlah waktu yang ibu miliki menjadi berkualitas, dengan berbicara, tertawa, bermimpi, ngobrol atau berdiam bersama.
 - h. Berbagilah dengan pasangan tentang tujuan hidup bersama.
 - i. Bicarakanlah tentang alternatif cara dalam mencapai tujuan yang ditetapkan serta berupaya bersama dalam mencapai tujuan.
 - j. Habiskan waktu dengan pasangan-pasangan lain, sehingga ibu tidak merasa sendiri.

- k. Selalu melihat sebuah hikmah yang terkandung dari sebuah masalah.



2) RELAKSASI UNTUK MENURUNKAN KECEMASAN PADA IBU HAMIL RISIKO TINGGI

Teknik relaksasi merupakan upaya efektif yang aman digunakan oleh ibu hamil dalam menurunkan kecemasan yang dialami. Keadaan ini pun dapat mempengaruhi keadaan fisik, seperti: kegelisahan, gangguan tidur, sakit kepala, ketegangan otot dan gemetar.



Adapun macam-macam tehnik relaksasi yang dapat digunakan adalah:

- a. *Progressive muscle relaxation*
- b. Pernapasan dalam
- c. *Guided Imagery/visualisasi*
- d. Terapi Musik

a. Relaksasi Otot



1. Ibu berbaringlah di lantai dan longgarkan pakaian ibu.
2. Tutup mata ibu.
3. Lakukan pernapasan dalam selama lima menit.
4. Setelah ibu siap, fokuskan pikiran ibu pada kaki kanan ibu. Jari kaki kanan ibu akan tegang selama beberapa detik,

kemudian lepaskan. Fokus bagaimana ketegangan yang mengalir keluar.

5. Bila ibu sudah siap, lakukan langkah seperti sebelumnya pada kaki kiri ibu.

6. Bergerak secara perlahan lakukan kembali pada tubuh ibu yang lain di daerah pinggul, pantat dan sebagainya, dengan tehnik tegangkan otot pada bagian tertentu tubuh ibu dan rilekskan kembali.

7. Setelah seluruh bagian otot diperlakukan tehnik tersebut, cek kembali apakah masih ada daerah otot tubuh ibu yang tegang.

8. Ulangi latihan di daerah-daerah tertentu. Lakukan hal ini secara perlahan-lahan dengan melakukan pernapasan dalam.

b. Pernapasan Dalam



- i. Pertama yang harus dilakukan adalah menghirup udara sebanyak-banyaknya dengan pernapasan perut yang dilakukan secara pelan dan dalam.
- ii. Hitung dalam hati sampai hitungan kelima saat ibu menghirup udara ke dalam perut ibu.
- iii. Tahan udara dalam perut ibu selama empat hitungan, kemudian saat hitungan kelima lepaskan secara perlahan-lahan lewat mulut ibu.

Relaksasi dengan pernapasan dalam ini dapat dilakukan dengan melakukan kombinasi dengan tehnik yang lain.

Lakukan hal ini dengan melakukan kombinasi dengan tehnik relaksasi otot dengan cara:

- i. Ibu mengambil posisi duduk atau berbaring dengan nyaman.
- ii. sambil menutup mata ibu, lakukan penegangan otot dan kemudian melepaskannya dari seluruh tubuh ibu.
- iii. Bayangkan mulai dari kepala hingga ke jari kaki. Bayangkan kecemasan mengalir jauh dari setiap rilis otot ibu.
- iv. Lanjutkan dengan membayangkan diri ibu berjalan menyusuri tangga, semakin rileks saat ibu menuruni tangan selangkah demi selangkah.

Lakukan bergantian dengan mengombinasikan dengan tehnik guided imagery dengan membayangkan ibu sedang berbaring di padang rumput di dekat danau yang indah dan tenang. Praktekkan tehnik ini selama 15-45 menit.

Ibu dapat melakukan tehnik pernapasan dalam saja atau melakukan penggabungan tehnik seperti di atas, semuanya tergantung waktu yang ibu miliki.

c. Distraksi/ Visualisasi



Tehnik yang menggunakan gambaran situasi untuk mengantarkan ibu ke keadaan relaksasi. Bayangkan adegan dimana ibu merasa damai untuk melepaskan ketegangan dan kecemasan.

Gambaran yang cenderung digunakan adalah gambaran alam seperti: pantai, danau, atau lokasi serupa yang menenangkan. Saat terlibat dalam visualisasi, ibu harus menggunakan semua alat indera ibu untuk

sepenuhnya terlibat dalam lokasi yang ibu bayangkan tersebut. Rekaman audio akan memandu ibu mengikuti proses tersebut.



Tehnik yang sering digunakan adalah tehnik damai, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Cari tempat yang aman, tenang tenang dan tenang dimana ibu dapat bersantai tanpa gangguan selama 15 menit.
2. Tutup mata ibu dan ambil napas dalam-dalam, sebagai napas pembersihan diri.

3. Ibu bayangkan adanya hewan, gemercik air, situasi alam yang nyaman, dan libatkan diri ibudalam adegan tersebut.
4. Gunakan indra penciuman ibu, untuk merasakan dan mendengarkan agar ibu terlibat dalam hal ini.
5. Rasakan bahwa ibu merasakan gelombang relaksasi dan ketenangan sepenuhnya mengisi diri ibu, rasakan seakan-akan ibu berada di sana selama 10 menit atau lebih.

d.Terapi Musik



Kehamilan adalah masa yang unik dan menimbulkan stress bagi ibu. Situasi ini berlangsung lama dan berkepanjangan sehingga perlu segera diatasi. Musik dapat digunakan untuk mengurangi stress psikologis, kecemasan dan depresi pada ibu hamil (Chen, 2008). Ibu hamil dapat membiasakan diri mendengarkan musik selama 30 menit setiap harinya. Warna musik yang dapat digunakan adalah musik klasik, musik alam, musik

mandarin anak- anak, musik penghantar tidur atau warna musik yang lain.



Tetapi dari beberapa penelitian warna musik alam dan musik penghantar tidur yang lebih banyak dipilih. Waktu yang tepat untuk mendengarkan musik adalah kapan saja, meskipun waktu istirahat dan saat melakukan pekerjaan rumah lebih banyak dipilih.

C. Dukungan Sosial



Dukungan sosial, dapat digunakan untuk membantu ibu hamil risiko tinggi dalam memperdayakan kemampuan mekanisme coping/mekanisme pertahanan diri yang dimiliki oleh ibu, dengan menggunakan sumber pendukung.

SIAPA SUMBER PENDUKUNG BAGI IBU?

- Pasangan
- Keluarga inti
- Ibu kandung maupun ibu mertua
- Keluarga yang lain
- Teman maupun masyarakat.



Dukungan dari keluarga inti tersebut mampu memberikan pengaruh positif terhadap kecemasan yang dirasakan oleh ibu.

**MANFAAT DUKUNGAN KELUARGA
BAGI IBU HAMIL ADALAH:**

- Ibu akan mempunyai kesehatan yang lebih baik.
- Ibu akan memiliki peningkatan daya tahan.
- Terjadi penurunan tekanan darah dan angka kematian pada ibu.
- Menurunkan risiko persalinan *premature* dan *small for gestational age*, pada ibu hamil.

Di samping itu efek dari *dukungan sosial* dipengaruhi oleh mekanisme pertahanan dari ibu sendiri. Strategi pertahanan yang sering digunakan ibu adalah berdoa/beribadah/lebih mendekatkan diri pada Tuhan.

Di samping strategi pertahanan yang sering digunakan oleh ibu, dukungan yang paling

efektif bagi ibu hamil risiko tinggi adalah dukungan dari pasangan.

Ibu yang memiliki dukungan dari pasangan memiliki sedikit kecemasan pada pertengahan semester kehamilan dan terjadi penurunan kecemasan pada pertengahan semester sampai akhir kehamilan.



PENUTUP

Setiap masalah selalu memiliki jalan keluar. Kemampuan ibu dalam memiliki jalan keluar tergantung kepada keyakinan ibu bahwa ibu bisa mengatasi masalah yang ada. Keyakinan itu akan semakin kuat apabila ibu selalu berpikir positif, serta memperoleh dukungan seluruh keluarga terutama pasangan, dan ibu dalam keadaan sehat serta rileks. Demikian pendidikan kesehatan psikososial yang dapat diberikan, semoga informasi ini bermanfaat bagi ibu dan keluarga.



Gambar-Gambar untuk Imagery Guided





Lembar Kegiatan

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda x pada kolom hari, setelah ibu melakukan aktivitas/latihan yang dianjurkan pada buku ini.

No	Latihan yang dilakukan	Hari ke -						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Progressive muscle relaxation							
2	Pernapasan dalam							
3	Guided Imagery/visualisasi							
4	Terapi Musik							

Daftar Pustaka

Alder., et al. (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: Comparison of women with high versus low levels of anxiety. *Journal clin psycho med settings*, 18, 13-21.

Auslander, G.K., Netzer, D., & Arad I. (2003). Parental Anxiety Following Discharge from Hospital of Their Very Low Birth Weight Infants. *Family Relations, Vol. 52, No. 1* , pp. 12.

Bastani, F., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., Vafaei, M., & Kashanian, M. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), e36-40.

Bennington, L. K. (2012). High risk pregnancy. *Life & Health Library*. Encyclopedia of nursing and allied health. Diunduh 11 April 2012. <http://findarticles.com/>

Beddoe, A. E., & Lee, K. A. (2008). Mind-body intervention during pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing*, 37 (2), 165-175.

Buckley, K ., & Kulb, N. W. (1993). *High risk maternity nursing manual*. Baltimore, USA: Williams & Wilkins.

Chang., et al. (2008). Effects of music therapy on psychological of women during pregnancy. *Journal of clinical nursing*, 17, 2580-2587.

Chuang, L. L., Lin, Chan. L ., & Cheng, J. P. (2010). A randomized controlled trail of effects of relaxation training on psychological stress responses for hospitalized women with preterm labor. *Study from The National Science Council* (Grant Number: NSC97-2314-B255-002) , Taipei, Taiwan.

Chuang., et al. (2011). The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labor on pregnancy outcome: A controlled clinical trial. *International journal of nursing studies*, 49 (3), 257-264.

Chuang., et al. (2011). Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress response in women with preterm labour. *Journal of advanced nursing*, 68 (1), 170-180.

Dieter, J. N. I., Emory, E. K., Johnson, K. C., & Raynor, B. D. (2008). Maternal depression and anxiety effects on the human fetus: Preliminary findings and clinical implications. *Infant mental health journal*, 29 (5), 420-441.

Dole., et al. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*, 157, 14-24.

Gennaro, S., & Hennessy, M. D. (2003). Psychological and physiological stress: Impact on preterm birth. *JOGNN clinical issues*, 32 (5), 668-675.

Giurgescu., et al. (2006). Impact of uncertainty, dukungan sosial, and prenatal coping on the psychological well being of high risk pregnant women. *Nurs Res*, 55 (5), 356-365.

Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work?. *Clinical psychology review*, 22 (3), 381-440.

Indiana perinatal network. (2007). *Perinatal family support*. Consensus statement. April, 2007. Diunduh 8 April 2012. www.Indianaperinatal.org.

Juyoung, L., & Euysoon, C. (2010). Stress and coping style of high risk pregnant women's spouses. *Koren journal women health nursing*, 16 (3), 234-244.

Kalb,R. C. (2008). *Intimacy and sexuality in MS. Staying well*. www.mssociety.org.uk/library. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.

Lexshimi., et al. (2007). A study on anxiety and depression level among high risk inpatient pregnant women in an obstetric ward. *Med & health*, 2 (1), 34-41.

Lobel., et al. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high risk pregnancy. *Psychology & health*, 17 (1), 77-95.

Miller, A. (2011). *Breathing exercises for relaxation & stress reduction*.
<http://www.livestrong.com/article/361789-breathing-exercises-for-relaxation-stress-reduction>
diunduh 8 April 2012.

Mortensen, A. M. (2010). *Muscle relaxation and anxiety*.
<http://www.livestrong.com/article/102311-muscle-relaxation-anxiety> diunduh 8 April 2012.

Mulder., et al. (2002). Prenatal maternal stress: Effect on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70 (1), 3-14.

Nefer, B. (2010). *Relaxation technique for anxiety*.
<http://www.livestrong.com/article/Relaxation-technique-for-anxiety>. diunduh 8 April 2012.

Nicholas, H. (2006, May 04). *Stress and relaxation during pregnancy*. Health and wellbeing.

Padgeet, E. A. (2010). "Links of spiritual intimacy with observed emotional intimacy and perceived marital quality among couples during their first pregnancy". *Thesis*. Bowling Green State University.

Parkinson's Disease Society (PDS). (2008). *Intimate relationship and parkinson's*. www.parkinsons.org.uk. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.

Polomeno, V. (2000). Sex and Pregnancy: A Perinatal Educator's Guide. *Journal Perinatal Education*, 9 (4), 15- 27.

Rayner, K. (2012). *Pregnancy massage*. The pregnancy massage page.html. diunduh 8 April 2012.

Rini., et al. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal relationship*, 13, 207-229.

Riri., & Yoez. (2007). *Tips dan trik menggapai kenikmatan seks*. Edisi I. Jakarta: Prestasi pustakaraya.

Sapkota, S., Kabayshi, J., & Takaso, M. (2011). Women's experience of giving birth with their husband's support in Nepal. *British journal of midwifery*, 19 (7), 426-432.

Senturk, V., Abas, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 11 (48), 2- 9.

Shin,H.S., & Kim, J. H. (2011). Music therapy on anxiety, stress and maternal fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian nursing research*, 5 (1), 19-27.

Siomos. E. (2011). *When an expecting mom needs extra special care*. Beaver Dam Community Hospital, INC. <http://www.bdch.com/Programs-Services/Womens-Health/Obstetrics/High-Risk-Pregnancy.aspx>

Silberman, S. M. (2007, August 14). The intimate relationship of sex and IBD. *The national magazine of Crohn's and Colitis Foundation of America*. Diunduh tanggal 24 Maret 2012.

Strange, K. (2010). *Guided imagery relaxation technique*. <http://www.livestrong.com/article/126180-guided-imagery-relaxation-techniques> diunduh 8 April 2012.

Trask, L. (2011). *Pregnancy massage: Much-deserved relaxation for you and your baby*. Daily Strength. July 28, 2011. Diunduh 8 April 2012.

Warren, P. L. (2007). Dukungan sosial for. *MCN*, 32 (6), 368-374.

Wilbert, C. (2008). *Music reduces pregnancy stress*. WebMD medical reference from healthwise for every health decision.

Wolfenden, E. M. (2010). *About relaxation during pregnancy*.
<http://www.livestrong.com/article/140739-about-relaxation-during-pregnancy>
<http://www.livestrong.com/article/140739-about-relaxation-during-pregnancy> diunduh 8 April 2012.

Zachariah, R. (2009). Social support, life stress, and anxiety as predictors of pregnancy complications in low income women. *Research in nursing & health*, 32 (4), 391-404.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : M.M.Setyaningsih, S. Kp
Tanggal Lahir : 12 Pebruari 1970
Tempat Lahir : Malang
Jenis Kelamin : Perempuan
Golongan Darah : A
Agama : Katolik
Status Pernikahan : Menikah
Alamat Rumah :
Jalan : Jl. Kendalsari Barat I B / 6
Kelurahan/Desa : Tulusrejo
Kecamatan : Tulusrejo
Kabupaten/Kodya : Malang
Propinsi : Jawa Timur Kode pos: -
Alamat tinggal : Jl. Jl. Kendalsari Barat I B / 6
No. Telepon / HP : HP. 08123223585
Email : maria_setyaningsih@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

- a. Pendidikan SLTA : SMA Negeri III Malang, jurusan Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) tahun masuk (1995), tahun lulus (1998)
- b. Pendidikan Sarjana (S1)
Universitas : Universitas Padjajaran Bandung
Bidang Ilmu/jurusan : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, tahun masuk (1998), tahun lulus (2000)
- c. Pendidikan Magister (S2)
Universitas : Universitas Indonesia
Bidang Ilmu/jurusan : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Maternitas, tahun masuk (2010), sekarang

Riwayat pekerjaan

Akademi Keperawatan Panti Waluya sejak tahun 1992 hingga sekarang