

**KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*
UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PADA
IBU HAMIL DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH
SURAKARTA**

TESIS

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Gelar
Dokter Spesialis Program Studi Psikiatri**



**OLEH :
ANIS SUKANDAR
S5705001**

**Pembimbing
Prof. DR. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ (K)
Prof. DR. H. Muhammad Fanani, dr. SpKJ (K)**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS MARET**

**RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**

2009

PENELITIAN

KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PADA IBU HAMIL DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH SURAKARTA

Disusun oleh :

Anis Sukandar
S5705001

Telah disetujui oleh Tim penguji :

	Tanda Tangan	Tanggal
A.A.A. Agung Kusumawardhani, dr. SpKJ(K)
Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ(K)
Prof. Dr. H. M. Fanani, dr. SpKJ(K)

Telah diperiksa dan disetujui

Surakarta, Juni 2009

Kepala Bagian Psikiatri FK-UNS

Ketua PPDS I Psikiatri FK-UNS

Hj. Mardiatmi Susilohati, dr. SpKJ(K)

Prof. Dr. H. M. Fanani, dr. SpKJ(K)

PENELITIAN

KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*
UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PADA
IBU HAMIL DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH
SURAKARTA

Disusun oleh :

Anis Sukandar
S5705001

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing :

	Tanda Tangan	Tanggal
Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ(K)
Prof. Dr. H. M. Fanani, dr. SpKJ(K)

Telah diperiksa dan disetujui

Surakarta, Juni 2009

Kepala Bagian Psikiatri FK-UNS

Ketua PPDS I Psikiatri FK-UNS

Hj. Mardiatmi Susilohati, dr. SpKJ(K)

Prof. Dr. H. M. Fanani, dr. SpKJ(K)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan tesis ini dapat terlaksana.

Penelitian ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam kurikulum Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Pada kesempatan ini penyusun mengucapkan penghargaan yang tulus dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang kami hormati :

1. Prof. Dr. H. M. Syamsulhadi, dr. SpKJ (K) selaku Rektor Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta, yang telah membimbing dan memberikan pengarahan dalam penyusunan proposal penelitian ini, serta memberikan kemudahan penulis dalam melaksanakan pendidikan PPDS I Psikiatri.
2. Prof. H. Ibrahim Nuhriawangsa, dr. SpS., SpKJ (K), yang telah memberi dorongan, dan khususnya dukungan moril sehingga usulan penulisan proposal dapat selesai.
3. Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr. SpKJ (K) selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan penulis dalam menyusun hasil penelitian ini, dan terutama sekali sebagai inspirator sehingga penulis mengajukan penelitian bertema psikoterapi.
4. Prof. Dr. H. M. Fanani, dr. SpKJ (K) selaku II yang telah memberi kemudahan, bimbingan dan pengarahan dalam penulisan proposal ini.
5. Hj. Mardiatmi Susilohati, dr. SpKJ (K), selaku Kepala Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah memfasilitasi dan memberikan izin, bimbingan dan dukungan dalam penyusunan proposal penelitian ini.
6. Seluruh Staf Pengajar Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta, yang telah memberi dorongan, membimbing, dan memberikan bantuan dalam segala bentuk pada penyusunan proposal penelitian ini, serta membimbing penulis selama menjalani pendidikan PPDS I Psikiatri :
 - a. H. Yusvick M. Hadin, dr. SpKJ
 - b. Hj. Machmuroh, Dra. Msi
 - c. H. Joko Suwito, dr. SpKJ

- d. Gst. Ayu Maharatih, dr. SpKJ
 - e. IGB. Indro Nugroho, dr. SpKJ
7. Almarhum Ibnu Madjah, dr, SpKJ(K), yang semasa hidup beliau sebagai dosen telah sangat banyak memberikan dorongan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan tugas-tugas selama menjalani pendidikan.
 8. Seluruh rekan residen PPDS I Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil kepada penulis baik dalam penyusunan proposal penelitian ini maupun selama menjalani pendidikan.
 9. Istri dan puteriku tercinta yang memberikan semangat, dorongan, pengertian serta doa pada penulis baik dalam menjalani pendidikan maupun dalam penyusunan proposal penelitian ini.
 10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu – persatu, yang telah membantu penulis baik dalam menjalani pendidikan maupun dalam penyusunan proposal penelitian ini.

Penyusun menyadari dalam tesis ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu penyusun mohon kritik dan saran dalam rangka perbaikan serta kesempurnaan proposal penelitian ini. Semoga apa yang penulis sampaikan dalam proposal penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak, khususnya yang berkecimpung dalam bidang psikiatri

Surakarta, Juni 2009

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR SINGKATAN KATA	vii
DAFTAR LAMPIRAN	vii
ABSTRACT	ix
ABSTRAK	x
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah Penelitian	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
 BAB II LANDASAN TEORI	
A. Tinjauan Pustaka	6
1. Kemasan	6
a. Epidemiologi.....	6
b. Definisi	7
c. Gejala dan diagnosis	8
d. Patologikecemasan.....	9
e. Penatalaksanaan	12
2. kecemasan Pada ibu hamil	
a. Epidemiologi	13
b. Etiologi	13
c. Perkembangan psikologis pada ibu hamil	14
d. Fisiologi stres dan kecemasan pada ibu hamil. .	17
e. Pengaruh kecemasan terhadap kehamilan	18
f. Diagnosis kuantitatif kecemasan	19

g. Gejala klinis dan penata laksanaan	20
3. Terapi perilaku kognitif	
a. Pengertian Dasar	22
Prosedur penelitian c. Indikasi CBT	24
d. CBT Pada Kecemasan	25
e. Prosedur CBT	25
B. kerangka berpikir	27
C. Hipotesis	27
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	28
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	28
C. Subjek Penelitian	28
D. Teknik Penetapan Sampel	28
E. Besar Sampel Penelitian	29
F. Identifikasi Variabel	30
G. Definisi Operasional Variabel	30
H. Instrumen Penelitian	31
I. Teknik Pengumpulan Data	31
J. Prosedur penelitian.	32
K. Jadwal penelitian.	32
L. Analisis Statistik.	36
BAB IV HASIL PENELITIAN	37
BAB V PEMBAHASAN	51
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	56
DAFTAR PUSTAKA	58
LAMPIRAN	61

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Karakteristik Demografi Kelompok Penelitian Menurut Status Kehamilan, Riwayat Kehamilan, Urutan Kehamilan Dan Tingkat Pendidikan	37
Tabel 4.2	Karakteristik Demografi Kelompok Penelitian Menurut Status Kehamilan, Riwayat Kehamilan, Urutan Kehamilan Dan Tingkat Pendidikan	38
Tabel 4.3	Karakteristik skor T-MAS dari kelompok CBT dan kelompok Kontrol	39
Tabel 4.4	Karakteristik Gambaran skor T-MAS awal dari kelompok CBT dan kelompok Kontrol	39
Tabel 4.5	Karakteristik Gambaran skor T-MAS akhir dari kelompok CBT dan kelompok Kontrol	40
Tabel 4.6	perbedaan rerata selisih Skor T-MAS kelompok CBT dan Kontrol	40

DAFTAR SINGKATAN KATA

ACTH	: Adrenocorticotropin Hormone
BBCE	: <i>beta-carboline-3-carboxylic-acid</i>
CBT	: <i>Cognitive behaviour therapy</i>
CLP	: <i>Consultation Liason Psychiatry</i>
mCPP	: <i>m-chlorophenyl-perazine</i>
DSM	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
GABA	: Gamma-Amino Butyric Acid
GAD	: <i>General Anxiety Disorder</i>
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HPA	: <i>Hypothalamic-Pituitary-Adrenal</i>
LSD	: <i>Lysergic Acid Diethylamine</i>
MDMA	: <i>3,4-methylenedioxymethamphetamine</i>
MMPI	: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NPV	: <i>Nausea and Vomiting of Pregnancy</i>
OCD	: <i>Obsessive Compulsive disorders</i>
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa
PTSD	: <i>post-traumatic stress disorders</i>
RTA	: <i>Reality Testing Ability</i>
SOP	: <i>Standard Operational Procedure</i>
SNS	: Sympathetic Nervous System.
TMAS	: <i>The Taylor Manifest Anxiety Scale</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Hasil Analisis Statistik	61
Lampiran 2	: Pernyataan.....	78
Lampiran 3	: Persetujuan Peneliti.....	79
Lampiran 4	: Data Responden	80
Lampiran 6	: Kuesionir T-MAS	81
Lampiran 7	: Penyakit Medis Yang Terkait Kecemasan	83

ABSTRAK

KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* UNTUK MENURUNKAN TINGKAT KECEMASAN PADA IBU HAMIL DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH SURAKARTA*

Anis Sukandar **

Latar belakang: Stres dan cemas antenatal berhubungan dengan hasil akhir di bidang kebidanan. Wanita yang menderita stres dan cemas saat kehamilan memasuki usia trimester ketiga, akan mengalami peningkatan resiko kelainan bawaan berupa kegagalan penutupan celah palatum, resiko operasi *sectio cesaria*, persalinan dengan alat, kelahiran prematur, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan dalam jangka panjang berkaitan dengan gangguan perilaku dan emosi anak

Tujuan : Untuk mengetahui keefektifan *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil

Metodologi: Penelitian ini merupakan penggabungan penelitian kualitatif dan Quasi eksperimental dengan rancangan *randomized controlled trial group, pre and post test design*. Subyek penelitian adalah ibu hamil yang berkunjung di poliklinik kebidanan dan Kandungan RS PKU Muhammadiyah, dan memenuhi kriteria inklusi penelitian. Pengambilan sampel dengan purposive sampling. Instrumen penelitian yang digunakan adalah TMAS. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis dengan uji t menggunakan program SPSS versi 15.0.

Hasil : Terdapat penurunan yang sangat bermakna tingkat kecemasan subjek penelitian yang mendapat perlakuan (skor TMAS awal kelompok perlakuan $20,900 \pm 3,796$; skor TMAS akhir $15,450 \pm 1,849$; $t = 9,581$; $p = 0,000$). Yang mana kelompok perlakuan menunjukkan penurunan skor TMAS lebih besar secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol. **Kesimpulan :** CBT secara bermakna menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil

Kata kunci : kecemasan, CBT, keefektifan

* Tugas akhir PPDS Psikiatri, Fakultas Kedokteran UNS/ RS Dr Moewardi Surakarta

** Peserta PPDS Psikiatri, Fakultas Kedokteran UNS/ RS Dr Moewardi Surakarta

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY for ANTENATAL ANXIETY IN MUHAMMADIYAH HOSPITAL IN SURAKARTA *

Anis Sukandar **

Background: stress and anxiety correlate with Perinatal Outcomes. Women who experienced severe live event in the first trimester of pregnancy had increase of congenital abnormalities (eg cleft pallatum), operative delivery (cesarian section and instrumental delivery), preterm delivery, low birt weight, and behavioural/emotional problems in children.

Objective: The aims of this study were to exemine effectiveness of cognitive behavior therapy for antenatal anxiety.

Method: This study was collaboration qualitative and experimental quasi research, with *randomized controlled trial group, pre and post test design*. Subject research are outpatient in Obstretic Departement of PKU Muhammadiyah hospital, and meet iclution criteria of research. Taking sample with purposive sampling technique. The instrument of research used are TMAS. Statistical analysis was condunted with SPSS for window 15.0 version. Statistical analysis were use t test.

Result: The analysis data showed that there are significantly difference of the anxiety intensity between group theraPHY and control group (TMAS scor early $20,900 \pm 3,796$; finaly TMAS scorr $15,450 \pm 1,849$; $t = 9,581$; $p = 0,000$), show of TMAS scor decrease of control group are higher than control group.

Conclution: CBT is effective as adjuvant therapy for antenatal anxiety

Key ward : CBT, antenatal anxiety, effectiveness

* Final assignment of Psychiatry Specialistic Doctor education Program, Faculty of Medicine

Sebelas Maret University/Moewardi Hospital Surakarta.

** Participant of Psychiatry Specialistic Doctor education Program, Faculty of Medicine
Sebelas Maret University/Moewardi Hospital Surakarta.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Gangguan mental merupakan salah satu penyakit umum yang dijumpai pada masa hamil, pengobatan masih kontroversi dan belum jelas. Banyak wanita dengan gangguan mental pada masa hamil, tidak terdiagnosis dan tidak mendapat pengobatan yang memadai, hal ini kemungkinan karena takut akan resiko teratogenik, efek samping terhadap kehamilan, efek negatif jangka pendek dan jangka panjang terhadap perkembangan janin (Misri & Kendrick, 2007).

Stres dan kecemasan antenatal berhubungan dengan hasil akhir di bidang Kebidanan. Wanita yang menderita stres dan cemas saat kehamilan memasuki usia trimester ketiga, akan mengalami peningkatan resiko kelainan bawaan berupa kegagalan penutupan celah palatum, resiko operasi *sectio caesaria*, persalinan dengan alat, kelahiran prematur, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan dalam jangka panjang berkaitan dengan gangguan perilaku dan emosi anak (O'Connor & Glover, 2002).

Walaupun telah ada kemajuan yang bermakna dalam teknologi dan pengobatan, angka kelahiran preterm dan bayi dengan berat badan lahir rendah masih cukup tinggi. Di Amerika Serikat yang merupakan negara maju, angkanya berkisar 11% dari seluruh kelahiran. Kenyataannya, kelahiran preterm dan bayi berat badan lahir rendah termasuk penyebab utama kematian perinatal dan berhubungan dengan akibat negatif yang luas dalam perkembangan fisik dan kognitif anak. Sebagai contoh, bayi prematur yang bertahan dalam periode

perinatal lebih sering menderita *serebral palsy*, penyakit pernapasan, hambatan belajar, dan gangguan lainnya dibandingkan bayi yang lahir aterm (Mancuso *et al.*, 2004).

Penulisan pada manusia dan binatang menunjukkan bahwa stres prenatal, kecemasan, dan peningkatan tingkat *corticotropin-releasing hormone (CRH)* plasma ibu, akan berhubungan dengan kelahiran preterm. Wanita dengan tingkat CRH dan kecemasan prenatal yang tinggi saat kehamilan 28 sampai 30 minggu, berhubungan dengan melahirkan lebih dini dibandingkan wanita dengan CRH dan kecemasan prenatal yang rendah (Mancuso *et al.*, 2004).

Beberapa penulisan yang dipublikasikan dalam dekade terakhir menunjukkan bahwa faktor psikososial, termasuk stres dan kecemasan prenatal, berhubungan dengan kelainan kelahiran. Sebuah penulisan prospektif yang dilakukan oleh Lobel dan kawan-kawan menunjukkan bahwa skor index stres yang tinggi (terdiri dari peristiwa dalam kehidupan, tingkat cemas, dan paparan stres) secara bermakna dapat memperkirakan usia kehamilan yang lebih pendek. Penulisan yang hampir sama tentang pengaruh stres psikososial ibu terhadap janin menunjukkan bahwa, peristiwa stres kehidupan selama kehamilan berkaitan dengan bayi berat badan lahir rendah. Penulisan lain menegaskan bahwa, wanita dengan cemas prenatal yang tinggi melahirkan lebih dini dibandingkan wanita dengan cemas yang rendah, dengan mengendalikan faktor pendapatan, pendidikan, status pernikahan, suku, usia, dan paritas. Pada penulisan yang sama, wanita dengan pendidikan tinggi, harga diri, optimisme, dan tingkat stres lebih

rendah berkaitan dengan bayi berat badan lahir lebih tinggi (Mancuso *et al.*, 2004).

Terdapat suatu penulisan meta-analisis terhadap penulisan empiris yang diterbitkan antara 1998 dan 2003 tentang cemas ibu hamil saat periode prenatal dan postnatal, yang memfokuskan pada kelahiran pre-term dan aterm, hasilnya menunjukkan bahwa tingginya tingkat kecemasan pada ibu hamil saat fase prenatal berhubungan dengan masalah obstetrik, emosional bersifat merusak terhadap perkembangan janin, dan dalam jangka panjang berkaitan dengan masalah perilaku pada masa kanak dan remaja (Correia & Linhares, 2007).

Penulisan di Australia menunjukkan, bahwa ibu hamil dengan tingkat kecemasan tinggi merupakan prediktor kuat untuk timbulnya depresi pasca persalinan, selain rendahnya percaya diri dan rendahnya dukungan sosial (Leigh & Milgrom, 2008).

Pengobatan dengan obat psikofarmaka untuk cemas pada masa kehamilan harus dipertimbangkan dengan sangat hati-hati, karena diperkirakan bersifat teratogenik terutama pada trimester pertama, di mana sedang terjadi proses pembentukan organ tubuh, juga trimester pada kedua dan ketiga yang diperkirakan akan menyebabkan komplikasi persalinan dan efek samping setelah kelahiran (Misri & Kendrick, 2007)

Consultation Liason Psychiatry (CLP) merupakan subspesialis dari psikiatri berperan sebagai penghubung yang memungkinkan kerja sama antara psikiater dengan spesialis lain, dengan cara psikiater *Consultation – Liason* berperan sebagai penyalur keahlian psikiatri dalam lingkungan medis yaitu,

mempertahankan psikiatri sebagai disiplin ilmu untuk membantu komorbiditas diagnostik, psikopatologik dan prognostik dalam lingkungan medis (Syamsulhadi , 2004).

Intervensi *CBT* digunakan dalam mencegah kekambuhan pada gangguan depresi dan cemas, dengan menurunkan gejala penyakit melalui modifikasi pikiran dan perilaku negatif (Cho *et al.*, 2008).

Suatu penulisan *Randomized Controlled Trial* pada pasien gangguan cemas menunjukkan, 32% dari pasien pada kelompok yang menerima terapi kognitif perilaku mengalami perbaikan klinis secara bermakna dalam 3 bulan, dan 42% mengalami perbaikan dalam 6 bulan (Fricchione , 2004).

CBT yang dilakukan dalam 9 minggu, dilaksanakan dalam waktu satu kali seminggu dengan durasi selama satu jam setiap pertemuan, secara bermakna mampu menurunkan kemungkinan kejadian depresi paska melahirkan (Cho *et al.*, 2008).

Di Indonesia masih sedikit penulisan yang membahas penerapan psikoterapi, khususnya *CBT* di bidang Ilmu Kebidanan dan Kandungan sehingga dipandang perlu penulisan mengenai keefektifan psikoterapi dalam membantu menangani kasus kecemasan di bidang Ilmu Kebidanan dan Kandungan.

B. Rumusan Masalah

Berdasar latar belakang permasalahan tersebut di atas, maka masalah dari penulisan ini dapat dirumuskan sebagai berikut : Apakah *CBT* efektif untuk

menurunkan skor kecemasan pada ibu hamil di poliklinik Kebidanan dan Kandungan RS PKU Muhammadiyah Surakarta ?

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui keefektifan *CBT* terhadap penurunan skor kecemasan pada ibu hamil.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis :

- a. Memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang *CBT* dan kecemasan pada ibu hamil.
- b. Dapat menjadi landasan penulisan lanjutan tentang *CBT* dan kecemasan pada ibu hamil.

2. Manfaat praktis :

- a. Implikasi hasil penulisan dapat digunakan sebagai prosedur baku (*Standart Operational Procedure/SOP*) dalam menangani kecemasan pada ibu hamil secara holistik.
- b. Sebagai terapi tambahan di bidang *liaison psychiatry* dalam penanganan kecemasan pada ibu hamil.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. TINJAUAN PUSTAKA

1. Cemas

a. Epidemiologi

Pada populasi umum, gangguan cemas merupakan suatu kelompok gangguan psikiatri yang prevalensinya paling tinggi, dengan perkiraan prevalensi dalam kehidupan 28,8% dan perkiraan prevalensi dalam 12 bulan adalah 18,1%. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* membagi gangguan cemas dalam gangguan cemas menyeluruh / *generalized anxiety disorders* (GAD), gangguan panik, agorafobia, gangguan cemas sosial/*social anxiety disorders* (SAD), gangguan obsesif-kompulsif, fobia spesifik, dan gangguan stres pasca trauma / *post-traumatic stress disorders* (PTSD). Survei komunitas di Amerika Serikat menunjukkan, selama perjalanan hidupnya wanita secara bermakna lebih tinggi mengalami gangguan cemas dibandingkan pria. Dengan perbandingan sebagai berikut : gangguan panik (7,7% : 2,9%), GAD (6,6% : 3,6%), dan PTSD (12,5% : 6,2%). Penyebab meningkatnya risiko pada wanita untuk mengalami gangguan cemas dalam hidupnya belum dimengerti (Kinrys & Wygant, 2005)

Menurut studi pelayanan primer WHO yang dilakukan oleh aWeller dkk menunjukkan bahwa prevalensi cemas di kawasan benua Eropa adalah sebesar 11,5%, dengan rincian: gangguan cemas

menyeluruh (GAD) sekitar 8,5%, kemudian gangguan panik 2,2%, dan gangguan agorafobia 1,5% (Nuhriawangsa, 2001).

Berdasarkan survei th 1996 di USA dilaporkan bahwa 15-35% pasien yang datang berobat ke dokter non-psikiater merupakan pasien dengan gangguan mental. Dari jumlah tersebut, minimal sepertiganya menderita gangguan cemas. Angka gangguan cemas menyeluruh berkisar 2-4%, wanita lebih banyak dibandingkan pria (dua kali pria) (Sudiyanto, 2003).

Kejadian cemas untuk semua umur sekitar 24,9%, fobia sosial 13,3%, fobia simpleks 9,8%, gangguan cemas menyeluruh 5,1% (Howland & Thase, 2002), sedangkan pada remaja umur 9-13 tahun berkisar 5-10% (Castellanos & Hanter, 1999).

b. Definisi

Cemas adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan takut yang mendalam berkelanjutan, tetapi dalam menilai realitas *Reality Testing Ability/ RTA*) tidak terganggu, kepribadiannya masih utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), sedangkan perilaku dapat terganggu walaupun masih dalam batas normal (Hawari, 2001).

Ditinjau dari psikodinamik, cemas merupakan salah satu reaksi terhadap stresor psikososial selain stres dan depresi. Stresor psikososial didefinisikan sebagai keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam diri seseorang, sehingga orang itu terpaksa beradaptasi

atau menyesuaikan diri untuk menanggulangnya. Apabila orang tidak mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stresor tersebut maka timbulah keluhan-keluhan antara lain berupa stres, cemas dan depresi. Perbedaan dari ketiga reaksi tersebut adalah: pada depresi yang dikeluhkan terutama keluhan psikis berupa perasaan murung dan kesedihan; pada gejala stres yang dikeluhkan terutama keluhan somatik; sedangkan pada cemas yang dikeluhkan terutama keluhan psikis berupa ketakutan atau kekhawatiran (Sudiyanto, 2003).

Kecemasan atau cemas adalah salah satu dari empat kelompok besar perasaan emosional, disamping sedih, gembira dan marah. Cemas bisa normal dan bisa patologis. Cemas normal apabila mendapatkan ketegangan hidup kemudian dapat segera menyesuaikan diri dalam waktu yang singkat, apabila terus menerus terjadi cemas dimana fungsi homeostatis gagal mengadaptasi maka menjadi cemas yang patologis (Maramis, 2001).

c. Gejala dan diagnosis

Gejala klinis yang mencolok pada gangguan cemas adalah kecemasan berlebihan yang mengganggu aspek kehidupan pasien, ketegangan motorik berupa gemetar, gelisah dan nyeri kepala. Hiperaktifitas otonomik berupa sesak nafas, keringat berlebih, dan berbagai keluhan gastrointestinal. Kewaspadaan kognitif berlebih ditandai berupa sifat mudah tersinggung, dan mudah terkejut (Kaplan & Sadock, 1997).

Diganosis cemas ditegakkan berdasarkan anamnesis yang luas, pemeriksaan fisik yang teliti dan bila perlu didukung dengan pemeriksaan penunjang yang mendukung untuk menegakkan diagnosis tertentu atau menyingkirkan diagnosis tertentu. Sindrom cemas sebagaimana yang sering disinggung baik pada PPDGJ III, DSM IV dan ICD 10 meliputi; gangguan panik (PD), gangguan fobik, gangguan obsesif kompulsif (OCD), gangguan cemas menyeluruh (GAD), dan gangguan stres paska trauma (PTSD) (Kaplan & Sadock, 1997).

d. Patologi Cemas

1). Psikopatologi

Konsep psikodinamik dijelaskan adanya id, ego, dan super ego. Konsep psikososial adanya stresor (konflik, frustrasi, tekanan, dan krisis). Konsep perilaku merupakan respon belajar rangsangan spesifik. Konsep eksistensial menjelaskan adanya stimulus yang dapat dikaitkan dengan cemas menahun, spesifik untuk kondisi cemas menyeluruh. Sumber stres pada kehidupan sehari-hari bisa datang dari luar (lingkungan) dan dari diri sendiri, bentuknya bisa berupa frustrasi akibat rintangan terhadap tujuan individu, atau konflik seperti ekstra dan intra psikis, konflik penghindaran atau pendekatan, dan yang lain berupa krisis yaitu suatu respon terhadap tuntutan yang tidak disangka-sangka yang membuat ancaman terhadap fisik atau kehidupan seseorang atau perubahan status atau susunan keluarga (Nuhriawangsa, 2001)

Secara singkat prinsip terjadinya stres ada tiga teori yang penting yaitu: teori Selye, teori psikoanalitik, dan teori kognitif. Ketiganya hampir mirip dalam menjawab berbagai stimulus stres, semuanya menggunakan tiga langkah untuk terjadinya *distress*. Berdasarkan teori Selye, dari *alarm reaction and mobilization* diolah pada tahap kedua yaitu *stage resisten (adaptation)*, apabila berhasil akan kembali normal (*eustress*), apabila gagal maka masuk ke tahap ketiga yaitu *stage of exhaustion*, yang akan berakhir dengan *distress*. Sedangkan teori psikoanalitik tahapan tersebut berupa panik-sublimasi-regresi, bila sublimasi berhasil maka akan menjadi normal, dan jika tidak berhasil menjadi regresi yang akhirnya menimbulkan *distress*. Terakhir, teori kognitif, keputusan (*desparation*) akan diolah pada kontrol koping atau penguasaan (*mastery*), bila berhasil akan kembali normal dan bila gagal, maka masuk tahap ketiga yaitu kebodohan (*stupidity*) yang akhirnya terjadi *distress* (Nuhriawangsa, 1998).

2). Neurobiologi

a). GABA

Neurotransmitter ini berperan dalam gangguan cemas didukung paling kuat oleh manfaat benzodiazepin, yang meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABA_A. Benzodiazepin potensi rendah paling efektif untuk gejala gangguan cemas umum (GAD), benzodiazepin potensi tinggi seperti alprazolam efektif untuk gangguan panik. Penelitian pada primata menunjukkan bahwa gejala sistem saraf

otonomik dari gangguan cemas timbul bila diberikan agonis kebalikan benzidiazepin, *beta-carboline-3-carboxylic-acid* (BBCE). Antagonis benzodiazepine (flumazenil) menimbulkan serangan panik yang parah dan kronis, hal ini menimbulkan suatu hipotesis bahwa pasien gangguan cemas terdapat fungsi reseptor GABA yang abnormal (Kaplan & Sadock, 1998).

b). Serotonin

Beberapa obat antidepresan serotonergik memiliki efek terapeutik pada beberapa gangguan panik dan OCD. Sebagai contoh, clomipramin (anafranil) efektif untuk terapi pada gangguan obsesif kompulsif, begitu juga dengan Buspiron (Buspar) suatu agonis reseptor serotonergik tipe 1A (5-HT_{1A}), hal ini menyatakan kemungkinan adanya hubungan antara cemas dengan serotonin. Obat yang menyebabkan pelepasan serotonin seperti *m-chlorophenyl-perazine* (mCPP) dan fenfluramin (pondimin), serta halusinogenik dan stimulan serotonergik seperti *lysergic acid diethylamine* (LSD) dan *3,4-methylenedioxymethamphetamine* (MDMA) berhubungan dengan cemas akut maupun kronis pada orang yang menggunakan obat tersebut (Kaplan & Sadock, 1998).

c). Norepinefrin

Pada pasien dengan gangguan cemas mungkin terdapat regulasi sistem noradrenergik yang buruk. Penelitian pada binatang menunjukkan rangsangan pada pusat sistem noradrenergik di lokus sereleus akan memicu respon ketakutan pada binatang, dan ablasi pada daerah ini akan

menghambat respon takut. Obat agonis adrenergik beta seperti isoproterenol (Isuprel) dan antagonis adrenergik alfa 2 (yohimbin) dapat mencetuskan serangan panik yang parah . Sebaliknya obat agonis adrenergik alfa 2 (Klonidin) dapat menurunkan cemas. Pada pasien dengan gangguan panik, memiliki kadar metabolit noradrenergik yaitu *3-methoxy-4-hdroxyphenylglycol* yang tinggi dalam urin dan cairan cerebrospinal (Kaplan & Sadock, 1998).

3). Genetika

Penelitian genetika menunjukkan bukti yang kuat bahwa sekurangnya suatu komponen genetika berperan terhadap perkembangan gangguan cemas. Hampir setengah dari semua pasien gangguan panik memiliki sekurangnya satu sanak saudara yang menderita ganggua panik (Kaplan & Sadock, 1998).

4). Biopsikososial

Faktor –faktor terjadinya cemas dipengaruhi oleh biopsikososial; faktor biologik seperti konstitusi perkembangan somatik dan neurologik; faktor psikologik melibatkan afektif, kognitif, dan perilaku; faktor sosial akibat stimulus-stimulus lingkungan yang tidak nyaman termasuk adanya penyakit (Fanani, 1999).

e. Penatalaksanaan

Psikoterapi dan farmakoterapi menunjukkan keefektifan dalam mengatasi gangguan cemas. Obat antidepresant sering digunakan sebagai obat lini pertama, karena depresi sering dihubungkan dengan gangguan cemas.

Menurut *The Canadian Journal of Psychiatry* (2006), obat untuk gangguan cemas dikelompokkan menjadi tiga pilihan yaitu, obat lini pertama meliputi SSRI (paroxetine, escitalopram, sertralin, dan venlafaxine XR), obat lini kedua meliputi: alprazolam, bromazepam, lorazepam, buspirone, imipramine, pregabaline, dan bupropion xl., dan obat lini ketiga meliputi: mirtazapine, citalopram, trazodone, dan hydroxyzine, sedangkan obat yang tidak direkomendasikan penggunaannya adalah beta blocker (propanolol) (Fricchione, 2004).

Suatu penelitian acak terkontrol pada pasien gangguan cemas menunjukkan, 32% dari pasien pada kelompok yang menerima terapi kognitif perilaku mengalami perbaikan klinis secara bermakna dalam 3 bulan, dan 42% mengalami perbaikan dalam 6 bulan (Fricchione, 2004).

2. Cemas pada ibu hamil

a. Epidemiologi

Masalah kesehatan jiwa pada ibu hamil masih merupakan permasalahan yang belum teratasi dengan baik di negara dengan tingkat pendapatan rendah. Prevalensi gangguan kesehatan jiwa prenatal berkisar 10-15% tergantung tempat, metode penelitian dan alat ukur yang digunakan. Tiga besar gangguan jiwa yang sering dijumpai yaitu, gangguan mood, skizofrenia dan gangguan cemas (WHO, 2008).

b. Etiologi

Berbagai hipotesis menerangkan timbulnya cemas pada ibu hamil mulai dari teori biologi (perubahan hormonal dan neurokimia), psikologis (tipe kepribadian dan cara berfikir), dan sosial (tingkat pendidikan, penghasilan, hubungan dengan pasangan, kekerasan dalam rumah tangga) (WHO, 2008).

Hasil penelitian sampai saat ini menunjukkan etiologi yang multifaktorial. Beberapa faktor yang dilaporkan seperti faktor hormonal, neuroendokrin, biokimia, psikologik, sosial, budaya, genetik dan kepribadian, atau hubungan timbal balik di antara faktor-faktor tersebut. Salah satu dari banyak teori yang berhubungan dengan psikopatologi menyangkut hal melahirkan anak adalah, bahwa beberapa penelitian epidemiologi melaporkan gangguan mental menjadi bertambah berat selama kehamilan. Sejauh ini belum ada mekanisme biokimia atau neuroendokrin yang jelas. Dalton menyatakan progesteron yang tiba-tiba rendah menyebabkan penyakit mental pada masa nifas. Salah satu hal yang memegang peranan penting adalah ketidakseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron (Jayalangkara, 2005).

Suatu penelitian terhadap 230 subyek primigravid menunjukkan kecemasan bersumber pada tiga masalah yaitu; kekhawatiran berhubungan proses kelahiran, kekhawatiran berhubungan dengan kecacatan fisik dan mental janin, dan kekhawatiran berhubungan dengan fungsi sebagai orang tua (Huizink, at al., 1998).

c. Perkembangan psikologis pada kehamilan.

Dalam trimester pertama wanita harus beradaptasi terhadap perubahan habitus tubuhnya. Pembesaran uterus menekan kandung kemih dan rektum sehingga dapat menyebabkan seringnya buang air kecil dan konstipasi. Peningkatan kadar estrogen dapat menyebabkan penurunan libido pada beberapa Ibu hamil. Yang lain mungkin menghindari hubungan seksual karena mereka merasa tubuhnya berubah menjadi tidak menarik. Banyak Ibu hamil mengalami rasa letih. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ketegangan pada *mammae* dan perubahan suasana perasaan yang labil. Konstipasi juga dapat terjadi akibat meningkatnya jumlah estrogen. Mual dan muntah terjadi sebagai respon terhadap meningkatnya kadar HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) . Saat hamil, banyak Ibu hamil takut mengalami kegagalan dalam kehamilannya dan memilih untuk tidak menceritakan kepada anggota keluarga dan temannya tentang kehamilan yang terjadi pada dirinya (Kaplan & Sadock, 1998 ; Hasan, 2006).

Pada trimester ke-dua keadaan Ibu hamil menjadi lebih baik. Ibu hamil kembali bertenaga, mual dan muntah hilang, merasa keadaan fisiknya lebih baik dan mulai bergembira memperhatikan kehamilannya. Sebagian ada yang memandang tubuhnya tidak menarik. Peristiwa yang besar pada trimester kedua adalah pergerakan janin yang terjadi antara minggu ke 16 dan 20. Pergerakan janin ini mempengaruhi gambaran mental Ibu hamil tentang calon anak. Banyak kepercayaan menurut budaya menghubungkan tipe pergerakan janin dengan jenis kelamin bayi dan kepribadiannya di masa yang akan datang. Kepercayaan

tersebut dapat menimbulkan cemas dan depresi pada sebagian Ibu hamil jika kepercayaan tersebut berbeda dengan harapan mereka. Kebanyakan Ibu hamil menyamakan pergerakan bayi dengan memiliki janin yang hidup dan memberikan pengalaman yang menggembirakan baginya dan suaminya. Jika ada anak lain dalam rumah tangga, Ibu hamil mengizinkan si anak untuk merasakan pergerakan janin, agar si anak mempersiapkan diri akan kedatangan saudara kandungnya dan dapat mengatasi persaingan saudara kandung. Saat kehamilan mendekati akhir trimester kedua Ibu hamil mulai mempersiapkan kedatangan bayi, mempersiapkan pakaian, perawatan untuk bayi, mempersiapkan keuangan untuk persiapan persalinan, penggunaan ASI atau susu botol. Ibu hamil seringkali merasa khawatir tentang kesehatan janin yang dikandungnya akan cacat, tetapi kebanyakan kasus kekhawatiran tersebut tidak dicetuskan. Ibu hamil dan suaminya memperlihatkan kecemasan yang meningkat saat tanggal persalinan mendekat, masalah tersebut atau masalah lainnya dapat meningkatkan kecemasan seperti apakah persalinan akan berlangsung biasa / pervaginam atau dengan tindakan / *sectio caesaria* (Hasan, 2006).

Pada trimester ketiga kebanyakan Ibu hamil mengalami ketidak nyamanan fisik. Semua sistem-kardiovaskular, ginjal, pulmonal, gastrointestinal, endokrin mengalami perubahan yang jelas, yang dapat menyebabkan murmur pada jantung, penambahan berat badan, sesak nafas saat aktivitas, rasa panas pada perut. Sebagian Ibu hamil memerlukan penentraman hati bahwa perubahan tersebut bukan merupakan tanda adanya penyakit dan akan kembali normal 4-6 minggu setelah persalinan (Kaplan & Sadock, 1998 ; Hasan, 2006).

d. Fisiologi Stres dan Cemas pada Kehamilan

Bentuk respon terhadap stres adalah rangsangan baik terhadap aksis hipotalami-pituitari-adrenal (HPA) maupun sistem saraf simpatis (SNS), dengan akibat perubahan neuroendokrin khususnya, HPA aksis yang berupa pelepasan hormon kortikotropin (CRH) dan hormon adrenocortikotropin (ACTH), yang merangsang korteks adrenal untuk melepaskan kortisol. Saat SNS aktif, akan menyebabkan pelepasan norepinefrin dari terminal saraf SNS dan epinefrin dari medulla adrenal. Dalam 15 tahun ini, telah diketahui bahwa interaksi antara HPA aksis ibu dan placenta janin dapat menjelaskan munculnya efek stres ibu pada bayi. Selama kehamilan, ada peningkatan progresif pada ACTH, kortisol, dan CRH ibu. Walaupun beberapa pandangan menyatakan bahwa CRH plasenta tidak berhubungan langsung dengan sistem hormon ibu, namun dipercaya bahwa peningkatan hormon ibu berpengaruh terhadap plasenta yang merupakan unit endokrin sementara pada HPA aksis ibu. Bagaimanapun, hubungan antara plasenta dan HPA aksis adalah bersifat timbal balik. Stres ibu menghasilkan pengeluaran kortisol adrenal, epinefrin, dan norepinefrin sehingga akan merangsang produksi CRH plasenta. Selanjutnya plasenta mengeluarkan CRH, yang dapat mempengaruhi atau bahkan memperkuat peran responsibilitas HPA ibu dan janin terhadap stres. Penelitian dari respon psikologis terhadap cemas menunjukkan bahwa individu yang cemas mempunyai nilai rangsang SNS yang lebih tinggi dibandingkan individu yang tidak cemas. Jadi individu yang cemas dipercaya akan dalam keadaan persiapan antisipatorik, berpotensi menghasilkan kekuatiran dan ketakutan pada tubuh (Mancuso *et al.*, 2004).

e. Pengaruh Kemasan Terhadap Kehamilan

Penelitian menunjukkan bahwa stres prenatal, cemas, dan peningkatan tingkat *corticotropin-releasing hormone* (CRH) plasma pada ibu berhubungan dengan kelahiran preterm pada manusia dan binatang. Wanita dengan tingkat CRH dan cemas prenatal yang tinggi saat kehamilan 28 sampai 30 minggu, akan melahirkan lebih dini dibandingkan wanita dengan CRH dan kecemasan prenatal yang rendah. Wanita yang melahirkan preterm mempunyai kenaikan tingkat CRH yang bermakna pada minggu ke 18 sampai 20 dan 28 sampai 30 masa kehamilan dibandingkan wanita yang melahirkan aterm (Mancuso *et al.*, 2004).

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Teixeira, Fisk, dan Glover pada tahun 1999, menunjukkan hubungan antara kecemasan ibu saat kehamilan meningkatkan index resistensi arteri uterin. Ini membuktikan mekanisme status psikologis dari ibu dapat mempengaruhi perkembangan janin, dan dapat menjelaskan secara epidemiologi hubungan antara cemas ibu dan berat badan lahir rendah. Pengaruh cemas ibu dapat menjadi salah satu mekanisme keadaan intrauterin yang memberikan akibat pada penyakit di kemudian hari.

Beberapa penelitian yang dipublikasikan dalam dekade terakhir menunjukkan bahwa faktor psikososial, termasuk stres dan ansietas prenatal, berhubungan dengan *outcome* kehamilan. Sebuah penelitian prospektif yang dilakukan oleh Lobel dan kawan-kawan menunjukkan bahwa skor yang tinggi pada index stres (terdiri dari peristiwa dalam kehidupan, tingkat cemas, dan paparan stres) secara bermakna memperkirakan usia kehamilan yang lebih pendek. Penelitian yang hampir sama tentang pengaruh stres psikososial ibu

pada kelahiran menunjukkan bahwa peristiwa stres kehidupan selama kehamilan berkaitan dengan Berat Badan Lahir Rendah, dan peningkatan resiko penurunan masa kehamilan dalam tiga hari. Hasil terbaru dari penelitian lain menegaskan bahwa wanita dengan cemas prenatal yang tinggi akan melahirkan lebih dini dibandingkan wanita dengan cemas yang rendah, dengan mengendalikan faktor pendapatan, pendidikan, status pernikahan, suku, usia, dan paritas. Pada penelitian yang sama, wanita dengan pendidikan tinggi, harga diri, dan optimisme dilaporkan stresnya lebih rendah dan mempunyai anak dengan berat badan lahir lebih tinggi (Mancuso *et al.*, 2004).

Suatu penelitian meta-analisis yang menganalisa penelitian empiris yang terbit antara 1998 dan 2003 tentang kecemasan ibu hamil prenatal dan postnatal, yang difokuskan pada kelahiran pre-term dan aterm. Dari sembilan belas penelitian didapatkan; enam mengevaluasi kecemasan ibu hamil pada periode prenatal, 12 penelitian mengevaluasi kecemasan pada ibu setelah periode postnatal dan satu penelitian mengevaluasi kecemasan ibu pada kedua periode. Hasilnya menunjukkan bahwa cemas yang tinggi pada ibu hamil saat fase prenatal berhubungan dengan masalah obstetrik, emosional bersifat merusak terhadap perkembangan janin, masalah perilaku pada masa kanak dan remaja (Correia & Linhares, 2007).

f. Diagnosis Kuantitatif Cemas

Salah satu instrumen sebagai alat bantu diagnosis cemas adalah *The Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS). Skala ini disusun oleh Taylor untuk menyeleksi subyek penelitian dengan tingkat cemas tinggi dan rendah, guna mempelajari

berbagai situasi ekperimental, berbentuk *inventory (self –report dan self measure)* (Wicaksono, 1992).

TMAS merupakan kuesioner terdiri dari 50 butir pertanyaan kesemuanya menunjukkan gejala cemas yang muncul. Banyak dari butir-butir ini menunjukkan gejala cemas yang mencolok seperti berkeringat, muka kemerahan, keguncangan, gemetaran, dan lain-lain. Sebagian mengandung keluhan somatik seperti mual, pusing, diare, gangguan lambung, dan lain-lain. Butir-butir lainnya menunjukkan konsentrasi, perasaan eksitasi atau tidak bisa istirahat, menurunnya kepercayaan diri, sensitivitas berlebihan terhadap orang lain, perasaan akan bahaya atau tidak berguna (Wicaksono, 1992).

Daftar isian Manifestasi cemas dari Taylor (T-MAS) telah divalidasi penggunaannya di Indonesia dengan hasil baik. Dengan nilai batas pemisahan skor 22/23, sensitivitas T-MAS cukup tinggi yaitu 90%, spesivitasnya 95%, nilai ramal positif 94,7%, nilai ramal negatif 90,4% dan efektifitas diagnosis 92,5%. Reliabilitas instrumen dengan KR 20 reliabilitasnya $r: 0,86$. Sangat praktis, pasien dapat mengerjakan sendiri dan waktu relatif singkat (Sudiyanto , 2003).

Penelitian cemas pada ibu hamil dengan alat ukur TMAS di Jamaica menunjukkan, skor 14 terdapat cemas sedang dan skor 20 terdapat cemas berat (Davidson, 1972).

g. Gejala klinis dan penatalaksanaan

Gambaran utama gangguan ini kekhawatiran dan cemas yang berlebihan tentang kehidupan kehamilan, misalnya komplikasi kehamilan, sekalipun kehamilan itu normal, ditandai dengan ketegangan motorik, hiperaktifitas

motorik dan otonom misalnya: gemetar, gugup, gelisah, cepat lelah; gejala hiperaktifitas otonom misalnya: nafas pendek, palpitasi, keringat, kaki dan tangan dingin, pusing, mual, gangguan menelan, kewaspadaan yang berlebihan, perasaan terancam, iritabel, insomnia (Jayalangkara, 2005).

Penyebab mual dan muntah pada ibu hamil masih belum jelas, tetapi diduga akibat metabolik dan fisik yang meliputi: kadar estrogen yang tinggi, tekanan darah yang flukutatif terutama saat tekanan darah rendah, pengaruh metabolisme karbohidrat, dan akibat perubahan fisik dan kimia (Fact Sheet, 2008).

Menurut teori teori psikoanalitik Mual dan muntah saat hamil (*Nausea and Vomiting of Pregnancy/NPV*) merupakan gangguan konversi atau gangguan somatisasi. Menurut teori ini saat hamil adalah waktu yang paling tinggi untuk mengalami gangguan konversi, juga gangguan psikiatri yang lain (Buckwalter & Simpson , 2002).

Pemeriksaan dengan MMPI oleh Fairweather pada 22 subyek ibu hamil dengan mual dan muntah menunjukkan adanya kepribadian yang *immature* dan *infantil* berkaitan dengan mual dan muntah (Buckwalter & Simpson, 2002).

Pemeriksaan dengan *MMPI-2* dan *Symtom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)* oleh Simpson dkk, menunjukkan peningkatan skala hipokondriasis dan somatisasi pada ibu hamil dengan mual dan muntah (Buckwalter & Simpson, 2002).

Harus dipertimbangkan secara hati-hati pemberian obat psikotropik pada ibu hamil. Dihindari pemberian semua obat pada trimester pertama,

penggunaan dalam dosis rendah dan monitor efek samping secara berkala, serta menghindari penggunaan obat secara polipharmasi yang bersifat sinergis teratogenik (Evan , 2002).

Obat psikotropik dapat melewati plasenta sehingga harus dipertimbangkan dengan seksama hal-hal berikut: sifat teratogenik, toksisitas terhadap janin, *sequele* terhadap *neurobehaviour*, resiko bila tidak diberikan pengobatan, dan resiko putus obat. Obat yang diberikan dalam 12 minggu setelah hamil, maka akan beresiko terhadap kelainan kongenital (Evan , 2002).

3. TERAPI PERILAKU KOGNITIF (CBT)

a. Pengertian Dasar CBT

Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku, *CBT* menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak. Proses kognitif merupakan faktor penentu bagi pikiran, perasaan dan perbuatan (perilaku). Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai stimulus yang dapat dipersepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irrasional) (Sudiyanto, 2007).

CBT adalah bentuk psikoterapi yang menekankan pentingnya peran pikiran dalam bagaimana kita merasa dan apa yang akan kita lakukan. Istilah ”*Cognitive-behaviour therapy (CBT)*” merupakan istilah yang sangat luas untuk kelompok terapi yang sejenis. Ada beberapa pendekatan terhadap *CBT*, meliputi *Rational Emotive Behaviour Therapy*, *Rational Living Therapy*, *Cognitive Therapy*, dan *Dialectic Behavior Therapy* (NACBT, 2008).

CBT adalah psikoterapi berdasarkan atas kognisi, asumsi, kepercayaan, dan perilaku, dengan tujuan mempengaruhi emosi yang terganggu (Wikipedia, 2008). *CBT* bertujuan membantu pasien untuk dapat merubah sistem keyakinan yang negatif, irasional dan mengalami penyimpangan (distorsi) menjadi positif dan rasional sehingga secara bertahap mempunyai reaksi somatik dan perilaku yang lebih sehat dan normal (Hepple, 2004).

Dalam *CBT*, terapis berperan sebagai guru dan pasien sebagai murid. Dalam hubungan ini diharapkan terapis dapat secara efektif mengajarkan kepada pasien mekanisme SKR baru yang lebih positif dan rasional, menggantikan struktur kognitif lama yang negatif, irasional dan mengalami distorsi (Sudiyanto, 2007).

b. Psikopatologi *CBT*

CBT tidak hanya suatu set teknik – *CBT* juga mengandung teori komprehensif perilaku manusia. *CBT* mengajukan penjelasan "biopsikososial" untuk menjelaskan bagaimana manusia menjadi merasa dan bertindak sebagaimana yang mereka lakukan – merupakan kombinasi dari biologis, psikologis, dan faktor sosial yang terlibat (Froggatt, 2006).

Cara yang berguna untuk menggambarkan peran dari kognisi adalah dengan model "A-B-C-D" atau model rasional emosi (aslinya dikembangkan oleh Albert Ellis, model ABC ini telah diadaptasi secara umum untuk penggunaan *CBT*). Pada model ini, "A" adalah *activating event* (kejadian yang mencetuskan terbentuknya keyakinan atau kepercayaan yang salah), "B" adalah belief (keyakinan atau kepercayaan seseorang berdasarkan kejadian yang

mencetuskan). Ellis menjelaskan bahwa bukan kejadian itu sendiri yang menghasilkan gangguan perasaan, tetapi interpretasi dan keyakinan atau kepercayaan orang tersebut tentang kejadian itu. "C" adalah *consequence* (konsekuensi emosional dari kejadian tersebut). Dengan kata lain, ini adalah pengalaman perasaan orang tersebut sebagai hasil dari interpretasi dan kepercayaan berkenaan dengan kejadian. "D" adalah "*dispute*" (penggoyahan terhadap keyakinan yang tidak rasional, tidak realistik, tidak tepat, dan tidak benar kemudian menggantinya dengan keyakinan yang rasional, realistik tepat dan benar (Froggat, 2006).

c. Indikasi CBT

CBT telah berhasil digunakan untuk menolong orang dengan masalah non-klinis sampai klinis, menggunakan berbagai macam modalitas. Indikasi CBT meliputi :

- Depresi
- Gangguan cemas, meliputi gangguan obsesif kompulsif
- Agorafobia, fobia spesifik, gangguan cemas menyeluruh, gangguan
- Stres pasca trauma
- Gangguan makan
- Kecanduan
- Hipokondriasis
- Disfungsi seksual
- Pengendalian kemarahan
- Gangguan pengendalian impuls

- Perilaku antisosial
- Gangguan kepribadian
- Terapi tambahan pada masalah kesehatan kronis, cacat fisik.
- Penatalaksanaan nyeri
- Penatalaksanaan stres umum (Froggatt, 2006)

d. *CBT* Pada Cemas

Salah satu model *CBT* yang dapat diterapkan pada cemas adalah model ABC yang dikembangkan oleh Albert Ellis. Pada model ini, faktor keturunan mempengaruhi pembelajaran dini. Keduanya berkontribusi pada perkembangan keyakinan utama. Faktor keturunan secara genetis memberi kecenderungan pada tingkat cemas yang lebih tinggi. Peristiwa yang memicu ketika dewasa memicu munculnya keyakinan utama yang membangkitkan pemikiran kini. Pada gilirannya, pemikiran kini menciptakan suatu konsekuensi, yaitu emosi dan perilaku berupa cemas (Froggatt, 2006).

e. *Prosedur CBT*

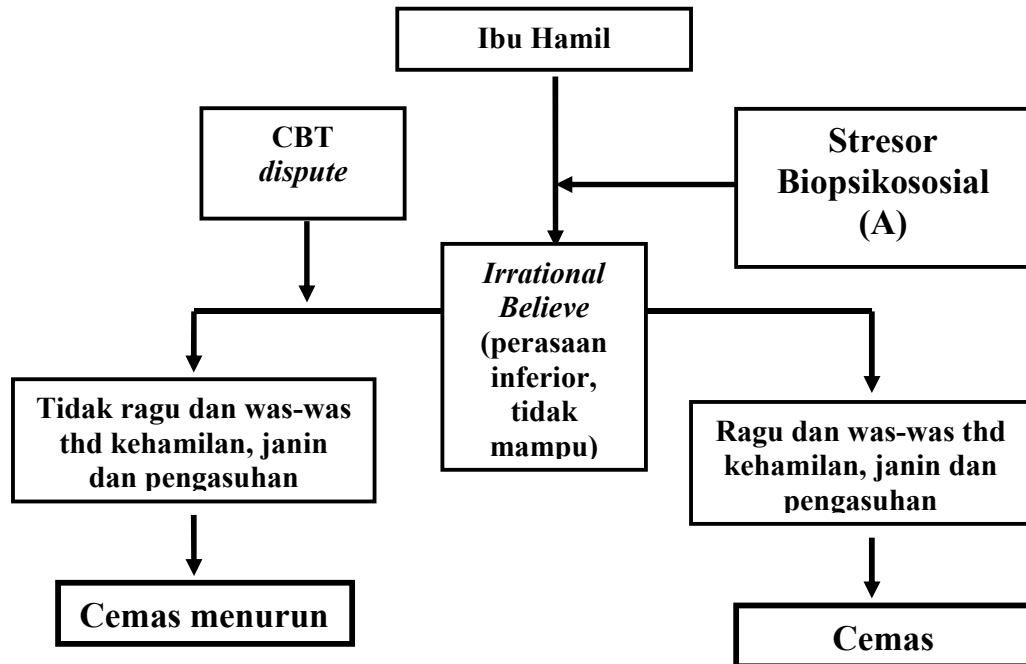
Langkah pertama yang paling penting dalam tehnik *CTB* adalah menanyakan permasalahan pasien (apa, kapan, mengapa dan bagaimana). Langkah kedua, mengeksplorasi masalah untuk dirumuskan (bersama pasien) untuk disepakati sebagai fokus yang menjadi target terapi. Langkah ketiga untuk memeriksa dan merumuskan konsekuensi perilaku atau reaksi somatik (mungkin yang menjadi masalah utama pasien) sehingga pasien memerlukan bantuan atau pengobatan (C). Langkah

keempat adalah memeriksa atau mengeksplorasi kejadian-kejadian yang mungkin sebagai pencetus atau penyebab permasalahan pasien (A). Langkah kelima adalah mengenali status kognitif pasien yang negatif (B) berupa sistem keyakinan irasional. Keyakinan irasional tersebut dapat diperoleh dari pasien melalui anamnesis atau observasi, mungkin berupa keluhan yang jelas dan nyata, tetapi ada kalanya merupakan informasi sambil lalu yang samar-samar dan tidak jelas. Tugas terapis di sini adalah untuk memperjelas sistem keyakinan irasional tersebut (Sudiyanto, 2007).

Langkah-langkah dalam wawancara *CBT* :

- 1) Pertanyaan tentang problem utama
- 2) Formulasi target masalah
- 3) Pemeriksaan c
- 4) Pemeriksaan a
- 5) Pemeriksaan dan identifikasi problem emosional sekunder
- 6) Mengajari hubungan b – c
- 7) Pemeriksaan keyakinan (irasional)
- 8) Mempersiapkan keyakinan rasional
- 9) Mendorong belajar mempraktekkan keyakinan baru
- 10) Evaluasi/cek pr
- 11) Memfasilitasi berlangsungnya proses terapi

B. Kerangka Berpikir



C. Hipotesis

Berdasarkan landasan teori di atas maka diajukan hipotesis penelitian yaitu: terapi CBT individual efektif untuk menurunkan skor cemas pada ibu hamil.

BAB III

Metode Penelitian

A. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penggabungan penelitian kualitatif dan Quasi eksperimental dengan rancangan *randomized controlled trial group, pre and post test design*.

B. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RS PKU Muhammadiyah Surakarta pada bulan Januari sampai Maret tahun 2009

C. Subjek Penelitian

Subjek penelitian kuantitatif adalah semua ibu hamil yang periksa di Poliklinik Kebidanan dan Kandungan RS PKU Muhammadiyah Surakarta., sedangkan untuk penelitian kualitatif adalah ibu hamil dengan gejala klinis yang nyata.

D. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive random sampling*, artinya subjek dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditentukan dan dibagi secara acak ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol (Sudigdo, 1995).

Kriteria inklusi subyek penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Ibu hamil
- b. Umur 20-30 tahun
- c. Pendidikan minimal lulus SMP.
- d. Bersedia mengikuti penelitian.

Kriteria eksklusi:

- a. Menderita sakit jantung, diabetes, hipertensi, kanker, tyroid.
- b. Stresor psikososial yang bermakna dalam kurun waktu 2-4 minggu sebelum pengisian inventori.
- c. Riwayat penggunaan zat
- d. Riwayat gangguan mental sebelumnya

E. Besar Sampel

Untuk penelitian eksperimental pendahuluan, maka besar sampel ditetapkan sebesar 20 orang (Sugiyono, 2009)

F. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel bebas : terapi CBT individual.

Variabel tergantung : tingkat kecemasan.

Variabel luar : status sosial ekonomi, dukungan keluarga, pekerjaan, usia Kehamilan, dan pendidikan..

G. Definisi Operasional Variabel

1. Terapi CBT individual

Adalah psikoterapi yang bersifat edukatif dengan tehnik *cognitive-behaviour* dilaksanakan secara individu yang dipandu oleh terapis yang dilakukan selama sepuluh kali dengan durasi selama setengah jam setiap pertemuan (selama sepuluh minggu). Dalam penelitian ini, setelah subjek bertemu dengan penulis di rumah sakit dan menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka CBT dilakukan dengan mengunjungi setiap subjek ke rumah (*home visite*) 2 kali setiap minggu selama 30 menit untuk tiap pertemuan.

2. Ibu hamil: adalah wanita yang sedang mengandung ditegakkan oleh dokter spesialis Kebidanan dan Kandungan

3. Tingkat Kecemasan : adalah skor cemas diukur dengan menggunakan kuesioner TMAS, terdiri dari 50 butir pertanyaan dan mempunyai validitas dan reliabilitas yang tinggi, mudah dilakukan dan tidak memerlukan waktu yang lama dalam mengerjakan, data berupa skala numerik.

4. Keefektifan: di dalam penelitian ini didefinisikan sebagai perbaikan atau penurunan skor cemas yang diukur dengan kuesioner TMAS.

H. Instrumen Penelitian

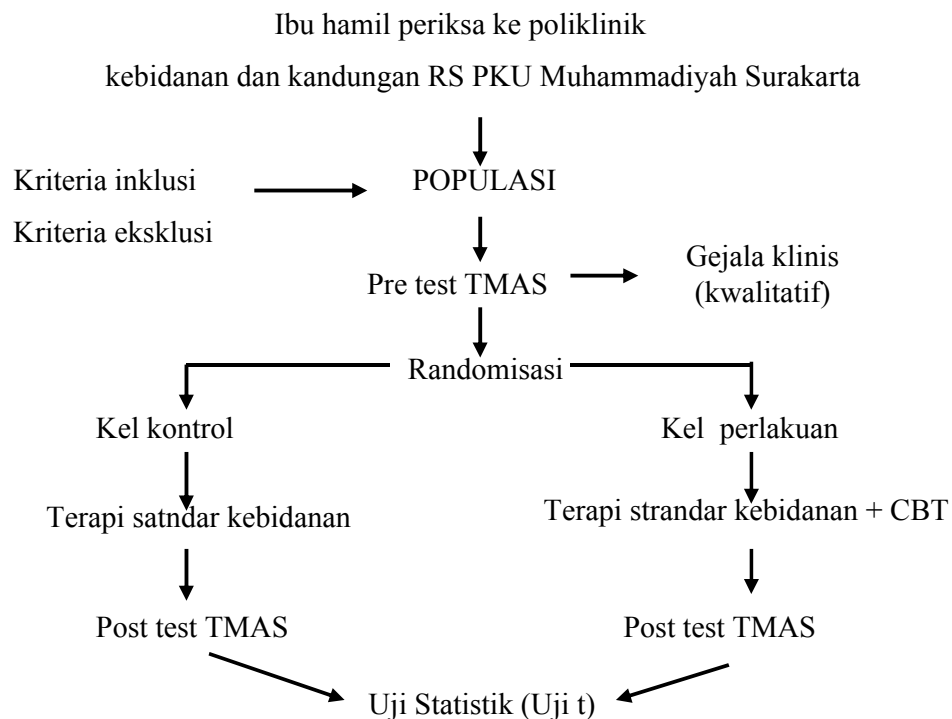
1. TMAS

2. *Informed consent*

I. Teknik Pengumpulan Data

Pelaksanaan penelitian ini dengan cara menemui langsung responden dan dengan mengedarkan formulir data identitas pribadi, persetujuan mengikuti penelitian, dan kuesioner TMAS. Responden dipilih secara acak sederhana, sebanyak kira-kira 40 responden kemudian dibagi dua kelompok (kelompok perlakuan dan kontrol). Pada penelitian kualitatif data didapatkan melalui wawancara langsung dengan responden, dan dilakukan triangulasi sumber data melalui wawancara orang terdekat responden (suami, orang tua, saudara, dan lingkungan), sumber pustaka dan pembimbing. Triangulasi waktu dalam bentuk wawancara yang dilakukan dalam waktu yang berbeda. Triangulasi teknik berupa penilaian gejala kecemasan melalui kuesioner T-MAS.

J. Prosedur Penelitian



K. Jadwal penulisan

Penelitian kurang lebih 10 minggu, dengan tahap-tahap penelitian sebagai berikut :

1. Pengisian formulir data identitas diri
2. Pengisian persetujuan mengikuti penelitian
3. Pengisian kuesioner TMAS
4. Pembagian kelompok kontrol dan perlakuan
5. Kelompok kontrol diberikan perlakuan CBT sebanyak 2 kali seminggu dalam 10 kali pertemuan meliputi:

a) Sesi 1: *Ask for a problem + define and agree on target problem*

Pada tahap ini, terapis membangun binaraport yang baik dengan klien, saling membangun kepercayaan, menggali pengalaman perilaku klien lebih dalam, mendengarkan apa yang menjadi perhatian klien, menggali pengalaman-pengalaman klien dan merespon isi, perasaan dan arti dari apa yang dibicarakan klien. Terapis melakukan pendekatan kognitif dengan berusaha mendapatkan pikiran otomatis klien, menguji pikiran otomatis tersebut, kemudian mengidentifikasi anggapan dasar yang maladaptif dan menguji keabsahan anggapan maladaptif. Setelah itu terapis dan klien merumuskan dan membuat kesepakatan masalah apa yang sedang dihadapi. Masalah dirumuskan dalam terminologi yang jelas..

b) Sesi 2 : *Asses Consequence + Asses Activating Event*

Pada tahap ini, terapis menginterpretasikan mengenai masalah dan akibat yang timbul akibat perilaku klien. Dilakukan konfrontasi apabila klien

menjawab sesuatu yang tidak disetujuinya tentang interpretasi, dan dilakukan penjelasan atau klarifikasi lebih lanjut dalam rangka reformulasi atau menyatukan pandangan yang sedang dibicarakan. Diberikan pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan apabila klien dapat menerima dan memahami interpretasi yang diberikan.

c) Sesi 3: *Identify And Asses Any Secondary Emotional Problems + Teach*

The B- C Connection

Pada tahap ini, terapis bersama klien mengidentifikasi masalah-masalah lain yang mungkin ada. Terapis juga menginterpretasikan dan mengajarkan tentang terjadinya akibat yang tidak diinginkan dikarenakan oleh keyakinan klien yang maladaptif. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

d) Sesi 4 : *Assee Biliefs*

Pada tahap ini, terapis menginterpretasikan mengenai sistem keyakinan klien yang timbul sebagai akibat persepsi yang salah mengenai sesuatu masalah. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan

e) Sesi 5 : *Connect Irrational Beliefs And C*

Terapis menginterpretasikan bahwa keyakinan-keyakinan maladaptif klien merupakan sumber penyebab yang timbul. Dilakukan konfrontasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

f) Sesi 6 : *Dispute Irrational Beliefs*

Terapis menggoyahkan dan menyusun kembali sistim keyakinan pasien dari irasional menjadi rasional. Dilakukan konfrotasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

g) Sesi 7 : *Prepare Your Client To Deepen Conviction In Rational Beliefs*

Mempertegas dan memeperkuat sistim keyakinan yang rasional dari klien. Dilakukan konfrotasi, klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan

h) Sesi 8 : *Encourage Your Client To Put New Learning Into Practice*

Memberi pelajaran-pelajaran baru untuk dilakukan sehari-hari seperti menjadwalkan aktivitas, di sini klien diminta untuk menghitung jumlah penguasaan dan kesenangan yang diberikan oleh aktivitas tersebut. Latihan kognitif, yaitu dengan meminta klien membayangkan berbagai langkah dalam menemui dan menguasai tantangan dan melatih berbagai aspek darinya. Latihan mempercayai diri sendiri yaitu dengan melakukan hal-hal sederhana seperti merapikan tempat tidur dan lain-lainnya. *Role playing* suatu teknik yang bermanfaat untuk mendapatkan pikiran otomatis dan mempelajari perilaku baru. Teknik pengalihan berguna untuk membantu klien dalam melewati waktu-waktu yang cukup sulit, termasuk aktifitas fisik, kontak sosial, pekerjaan, bermain dan pengkhayalan visual. Pada dasarnya, semua tugas ini diberikan dengan tujuan untuk membantu klien mengerti ketidak akuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan cara baru menghadapi masalah tersebut.

i) Sesi 9 : *Check The Working Through Process*

Terapis memeriksa dan memberi motivasi klien yang masih kurang dalam pelaksanaan tugas yang diberikan.

j) Sesi 10 : *Facilite The Working Through Process*

6. Pada akhir penelitian, kuesioner TMAS dibagikan kembali kepada kedua kelompok untuk diisi responden sebagai *post-test*.

7. Membandingkan hasil dan analisis statistik.

Table 3.1. Perencanaan Waktu

No	Kegiatan	Minggu									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1	Persiapan	X									
2	Pelaksanaan		X	X	X	X	X	X	X	X	
3	Panilaian										X

L. ANALISIS STATISTIK

Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah, uji t, kai kuadrat, regresi bertingkat / ganda, dengan bantuan pengolahan data statistik SPSS versi 15.0.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Penelitian Kuantitatif

Telah dilakukan penelitian terhadap ibu hamil di RSUD Muhammadiyah Surakarta pada bulan Januari 2008 sampai dengan Maret 2009. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan besar sampel penelitian yang dibagi secara acak sederhana 20 ibu hamil sebagai kelompok perlakuan dan 20 ibu hamil yang lain sebagai kelompok kontrol. Dari seluruh subjek penelitian, tidak ada yang *drop-out* sampai akhir penelitian dan semua disertakan dalam analisis. Hasil dari penelitian ini ditampilkan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 4.1. Karakteristik Demografi Kelompok Penelitian Menurut Status Kehamilan, Riwayat Kehamilan, Urutan Kehamilan Dan Tingkat Pendidikan

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	n	%	n	%	X ²	p
Status Kehamilan						
Direncanakan	20	100	20	100		
Tak Direncanakan	11	55	16	80	2,869	0,091
	9	45	4	20		
Riwayat Kehamilan						
Normal	17	85	18	90	0,229	1,000
Abnormal/abortus	3	15	2	10		
Urutan Kehamilan						
Primigravida	10	50	13	65	0,921	0,337
Multigravid	10	50	7	35		
Pendidikan :						
SLTP					0,316	1,000
SLTA	3	15	1	5		
D-3	9	45	11	55		
Sarjana	4	20	4	20		
Pasca Sarjana	4	20	3	15		
	0	0	1	5		

Dari tabel 4.1 di atas dapat diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna karakteristik demografik di antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.. Berdasarkan status kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($X^2 = 2,896$, $p = 0,091$; ($> 0,05$)). Berdasarkan riwayat kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol ($X^2 = 0,229$, $p = 1,000$; ($> 0,05$)). Berdasarkan urutan kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol ($X^2 = 0,921$, $p = 0,337$; ($> 0,05$)). Berdasarkan tingkat pendidikan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($X^2 = 0,316$, $p = 1,000$; ($> 0,05$)).

Tabel 4.2. Karakteristik Demografi Kelompok Penelitian Menurut Status Kehamilan, Riwayat Kehamilan, Urutan Kehamilan Dan Tingkat Pendidikan.

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	Rerata	SD	Rerata	SD	t	p
Umur Responden (tahun)	28,100	5,149	27,650	4,428	0,296	0,769
Umur Kehamilan (minggu)	20,800	7,360	20,45	9,389	-0,163	0,883

Berdasarkan Tabel 4.2, umur ibu hamil, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol ($t = 0,296$, $p = 0,769$; ($> 0,05$)). Berdasarkan umur kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($t = - 0,163$, $p = 0,883$; ($> 0,05$)).

Tabel 4.3. Karakteristik Skor T-MAS kelompok CBT dan kontrol

Karakteristik	T-MAS Pretes		T-MAS Postes		Analisa	
	Rerata	SD	Rerata	SD	Z	p
CBT	20,900	3,796	15,45	1,849	-3,937	0.000
Kontrol	19,550	2,605	18,70	2,658	1,722 (t)	0,101

Berdasarkan table 4.3, membandingkan antara skor T-MAS pretes dan postes kedua kelompok penelitian, menunjukkan kelompok CBT terdapat perbedaan yang bermakna antara skor T-MAS awal dengan setelah perlakuan ($Z = -3,937$, $p = 0,000$; ($< 0,05$). Sedangkan kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna antara skor T-MAS awal dan akhir ($t = 1,722$, $p = 0,101$; ($> 0,05$)).

Tabel 4.4. Karakteristik Gambaran Skor T-MAS awal dari Kelompok CBT dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	rerata	SD	rerata	SD	Z	p
T-MAS	20,900	3,796	19,550	2,605	-0,888	0,383

Berdasarkan tabel 4.4, di atas dapat diketahui rata-rata skor T-MAS awal di antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kecemasan awal di antara kelompok perlakuan dan kontrol ($z = -0,888$, $p = 0,383$; ($> 0,05$)).

Tabel 4.5. Karakteristik Gambaran Skor T-MAS Akhir dari Kelompok CBT dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	rerata	SD	rerata	SD	t	p
T-MAS	15,450	1,849	18,700	2,658	- 4,489	0,000

Berdasarkan tabel 4.5, di atas dapat diketahui tingkat kecemasan pada akhir penelitian di antara subjek penelitian. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna ($t = - 4,489$, $p = 0,000$; ($< 0,05$)) tingkat kecemasan di antara kelompok perlakuan dan kontrol, kelompok perlakuan menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih rendah dibanding kontrol.

Tabel 4.6. Perbedaan rerata selisih skor T-MAS kelompok CBT dan kontrol

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	rerata	SD	rerata	SD	Z	p
T-MAS PRE-POS	5,45	2,544	0,85	2,207	-4,587	0,000

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui keefektifan CBT untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil pada kelompok perlakuan. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna ($Z = - 4,587$, $p = 0,000$; ($< 0,05$)) perubahan tingkat kecemasan ibu hamil pada kelompok perlakuan dan kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang sangat bermakna tingkat kecemasan ibu hamil sebelum dan sesudah

perlakuan, sehingga dapat disimpulkan bahwa CBT efektif untuk menurunkan kecemasan pada ibu hamil.

Dengan analisis regresi linier bertingkat dengan metode *backward* dapat diketahui nilai $F = 34,126$; $p = 0,000$ untuk kelompok perlakuan dengan CBT. Berdasarkan analisis tersebut, maka prediktor yang paling bermakna adalah skor T-MAS awal.

B. Penelitian Kualitatif

1. Observasi Responden

Ny S, seorang wanita suku Jawa, berusia 39 tahun, Tinggi Badan sedang dan berbadan ramping. Ia berpenampilan sederhana, perut membesar tetapi kelihatan tidak sesuai dengan usia kehamilan, rambut potong pendek sebahu, saat wawancara kooperatif tetapi tampak gelisah dan cenderung diam. Anak bungsu dari lima bersaudara. Pendidikan terakhir lulus Sarjana Hukum., saat ini tinggal di Nusukan, Solo. Usia perkawinan sekarang memasuki tahun ke empat.

Pada saat awal-awal pertemuan, wawancara harus berhenti beberapa kali karena belum begitu mengenal peneliti, belum mengenal proses dan apa yang harus dilakukan dalam penelitian ini. Mood hipotimik, afek cemas, psikomotor lambat, pembicaraan lambat, menggunakan kata-kata yang telah dipilih secara tepat dan teratur.

Ny S merasa sangat cemas dan takut berkaitan dengan proses kehamilannya. Walau usia kehamilan sudah memasuki bulan kelima, hal ini berkaitan dengan riwayat empat kali keguguran sebelumnya. Sejak tidak datang

bulan rajin memeriksakan kehamilan ke beberapa dokter ahli Kebidanan dan Kandungan

Sering mengeluhkan sulit tidur, badan mudah capai, perut sering senep, kepala pusing, mual dan muntah, mudah keringat dingin, dada berdebar, ketakutan bila ditinggal suami bekerja, nafsu makan sangat menurun.

Dari gambaran psikopatologi yang muncul dan pemeriksaan status mentalis dengan TMAS nilai 32, maka didapatkan Gangguan Cemas menyeluruh.. Sampai saat akhir penelitian gejala klinis masih ditemukan dan nilai TMAS menurun menjadi 28.

2. Kondisi Responden Sebelum Hamil

Sebelum hamil S aktif membantu kakak perempunnya berjualan makanan di terminal bus, aktif kegiatan sosial di kampung, juga aktif dalam organisasi perempuan tempat kerja suami. Untuk mendukung aktifitas ini biasanya naik sepeda motor sendirian, dalam aktivitas sosial di lingkungan rumah dan tempat kerja suami.

.....sebelum sakit begini dok, saya setiap hari ikut membantu berjualan di rumah makan kak R di terminal tirtonadi, berangkat jam 8.30 pulang jam 16.00 tapi tidak terlalu kakulah jadwal kerjanya, kan kerja ditempat saudara sendiri.....

..... Saya juga aktif dikegiatan Dharma Wanita ditempat mas U bekerja, kan malu bila tidak ikut , kasihan nanti mas U jadi bahan pembicaraan....

.....kegiatan arisan ibu-ibu dasa wisma biasa saya ikuti tiap hari kamis minggu ketiga, tetapi kadang saya juga tidak ikut bila warung makan ramai, kan kasihan dengan kak R karena tenaga Cuma tiga orang.....

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Kehamilan :

- **Pola Asuh Dan Ciri Kepribadian**

Tumbuh sebagai anak bungsu dari lima bersaudara, sejak Kelas empat SD ayah kandung telah meninggal dunia, sehingga ibu kandung membesarkan anak seorang diri (single parent) merupakan figur yang disiplin, pekerja keras, tepat waktu, semua yang diputuskannya harus dilaksanakan oleh semua anak. Dalam mengerjakan pekerjaan rumah dan sekolah seringkali dibantu kakak-kakaknya sehingga sangat bergantung pada saudara. Hal inilah yang tampaknya menjadi cikal bakal timbulnya ciri kepribadian dependen, dimana timbul ketidakpercayaan akan kemampuan diri sendiri, sangat tergantung pada orang lain, tidak nyaman bila berada sendirian, sulit mengambil keputusan setiap hari tanpa nasehat dan penenteraman orang lain (Kaplan & Sadock, 1998).

.....sejak kecil saya biasa dibantu oleh kakak saya dok, mungkin karena saya anak ragil mereka tidak percaya akan kemampuan saya untuk mengatasi segala masalah.....

.....teman sekolah dan kuliah saya tidak seberapa, karena saya cenderung pendiam dan jarang keluar rumah.....

..... sudah jadi kebiasaan Genduk, ia harus dibantu untuk menyelesaikan pekerjaannya(Ibu S)

.....iya dok, istri saya biasanya selalu meminta pertimbangan pada saya untuk mengatasi segala masalah, bila saya tak ada di rumah pasti dia akan selalu menelpon terus.....

..... untuk kegiatan arisan dan Dharma Wanita saya hanya sebagai anggota saja, males dok untuk jadi pengurus karena saya banyak pekerjaan, ibu yang lain kan masih banyak dan lagian saya tidak pernah ikut organisasi.....

• Dukungan Keluarga

Secara finansial kondisi perekonomian termasuk kelompok pas-pasan, suami seorang guru PNS yang diperbantukan di SMP Swasta, tetapi dukungan secara emosional dan material dari kedua pihak keluarga sangat kuat.. Selama hamil, suami, ibu kandung dan saudara yang lain sangat memperhatikan dan membantu menjaga proses kehamilan tersebut, dilarang untuk bekerja di warung

makan selama proses kehamilan, juga tidak diperkenankan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari.

..... begitu dapat kabar kalau saya hamil lagi, seluruh keluarga sangat bahagia, terutama suami dan ibu saya, mereka sangat perhatian sama aku, malah sering kali aku tidak boleh mengerjakan pekerjaan apapun, tak boleh lagi bekerja di rumah makan.....

..... oleh ibu saya tidak boleh bekerja yang berat-berat (mencuci pakaian, memasak, dll) sehingga praktis saya banyak tiduran di kamar atau menonton televisi saja.....

.....waktu mondok di RS, semua pada panik dan bingung tidak tau berbuat apalagi

Dukungan lingkungan dan keluarga merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam mengatasi kecemasan pada ibu hamil di negara berkembang (WHO, 2008; Jayalangkara, 2005).

- **Tingkat Pendidikan**

Pendidikan terakhir adalah lulus Fakultas Hukum, sejak dari SD sampai Perguruan Tinggi, prestasi pendidikan termasuk biasa tetapi tidak pernah tinggal kelas. Faktor pendidikan merupakan salah satu penyebab kecemasan pada ibu hamil di negara berkembang (WHO, 2008).

..... saya lulusan Fakultas Hukum dari salah satu perguruan tinggi swasta di solo ini dok,..... sejak SD sampai lulus sarjana saya merasa prestasi saya biasa-biasa saja, tapi seingat saya tidak pernah tinggal kelas.....

- **Status Pekerjaan**

Bekerja membantu usaha rumah makan kakak perempuannya, sebelumnya sempat bekerja di pabrik swasta tetapi tidak berlangsung lama. Status pekerjaan merupakan salah satu faktor penyebab kecemasan pada ibu hamil (WHO, 2008; Jayalangkara, 2005).

.....sebelumnya saya pernah bekerja di pabrik plastik di daerah sumber, tetapi tidak berlangsung lama saya keluar..... pernah juga bekerja di toko klontong.... dekat rumah tetapi saya merasa kurang cocok..... dari pada saya di rumah terus tanpa pekerjaan, saya disuruh ibu membantu usaha kak R di terminal Tirtonadi.....

- **Dinamika Hubungan Suami-Istri**

Dalam keluarga tradisional, suami akan menjadi kepala keluarga yang mencari nafkah dan mengambil keputusan. Tn U merupakan suami yang penyabar dan dapat memahami sifat istri, beda usia lima tahun lebih tua dari istri membuat U lebih bijaksana dan mengayomi dalam membina rumah tangga. Hubungan keluarga yang harmonis merupakan salah satu modal penanganan kecemasan pada kehamilan hamil (WHO, 2008; Jayalangkara, 2005).

.....dalam rumah tangga kami jarang sekali timbul permasalahan yang serius, kalau masalah yang kecil sering jugabila ada masalah yang serius saya serahkan pada suami.....

.....Pak U itu orangnya sabar dan dapat mengerti akan sifat dan kemauan istrinya, jarang sekali mereka cekcok walaupun belum punya anak.....(ibu S)

4. Prosedur Pelaksanaan CBT

- **Activitng Event (A)**

.....saya mengalami keguguran berulang sebanyak empat kali (diam beberapa saat afek tampak sedih)...., menurut dokter L SpOG hal tersebut karena infeksi toxoplasma bukan karena penyakit medis yang lain, tapi menurut pendapatnya kami masih punya harapan untuk punya anak.....(kejadian pencetus)

.....saya masih takut kalau terjadi keguguran lagi.....(penilaian irasional: meramalkan)

..... waktu pemeriksaan kehamilan yang pertama dokter R SpOG menyarankan agar saya, sementara waktu tidak melakukan aktifitas yang berat..... (sikap orang lain)

.....kakak ipar saya yang bekerja sebagai asisten dokter I SpOG juga menyarankan hal yang serupa tapi lebih ekstrim "kamu tak usah banyak beraktifitas, bila perlu sesuatu biar diambikan suamimu!"....."ini kan janin yang kamu tunggu-tunggu, jadi kamu jangan menyia-nyiakannya".....(sikap orang lain)

Seorang wanita disebut abortus habitualis apabila mengalami abortus berturut-turut tiga kali atau lebih. Wanita yang mengalami peristiwa tersebut, umumnya tidak mengalami kesulitan untuk hamil, akan tetapi kehamilannya tidak

dapat berlangsung terus dan terhenti sebelum waktunya, biasanya pada trimester pertama, tetapi kadang-kadang bisa pada kehamilan yang lebih tua. Terdapat hubungan antara abortus habitualis dengan keadaan mental akan tetapi belum jelas sebab musababnya. Biasanya terjadi pada wanita belum matang secara emosional, dan sangat mengkhawatirkan resiko kehamilan (Prawirohardjo, 1987).

Activating event (kejadian yang mencetuskan terbentuknya keyakinan atau kepercayaan yang salah) hal ini dapat berupa fakta, peristiwa, perilaku atau sikap orang lain (Froggat, 2006; Sudiyanto, 2007; dan Latipun, 2008).

- **Konsekwensi (C)**

Identifikasi konsekuensinya, yaitu bagaimana perasaan pasien dan/atau sikap pasien sebagai reaksi terhadap A. Apa yang pasien rasakan (reaksi emosional pasien)? Apa yang pasien lakukan (reaksi perilaku pasien)?

Stres dan cemas antenatal berhubungan dengan hasil akhir di bidang kebidanan. Wanita yang menderita stres dan cemas saat kehamilan memasuki usia trimester ketiga, akan mengalami peningkatan resiko kelainan bawaan berupa kegagalan penutupan celah palatum, resiko operasi *sectio caesaria*, persalinan dengan alat, kelahiran prematur, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan dalam jangka panjang berkaitan dengan gangguan perilaku dan emosi anak (O'Connor & Glover, 2002).

..... saat ini saya sudah tidak berani lagi membonceng sepeda motor, “takut nanti terjadi apa-apa dengan kehamilan saya”.....sejak hamil saya tidak bisa melakukan aktifitas yang saya senangi, akhirnya hanya tinggal dalam rumah..... (reaksi emosional pasien)

.....begini dok, “sejak dokter L SpOG bilang saya positif hamil, timbul perasaan campu aduk gelisah, was-was, nafsu makan menurun, takut melakukan pekerjaan harian, yang paling menyiksa adalah “saya tidak bisa bebas lagi seperti sebelum hamil”..... (reaksi emosional pasien)

.....kadang tiba-tiba timbul perasaan berdebar-debar, keringat dingin.....kadang saya sampai menangis sendiri.....apalagi bila menjelang sore rasa takut saya mulai timbulrasa was was jangan-jangan nanti tidak dapat tidur lagi.....(keluhan fisik)

.....setiap suami pergi kerja, saya takut ditinggal dirumah, jangan-jangan nanti pingsan lagi.....(reaksi emosional pasien)

..... saya tinggal di rumah ibu karena saya takut tinggal di rumah sendiri bila mas U bekerja,” ” (reaksi perilaku pasien)

- **Kepercayaan irasional (B)**

Keyakinan irasional merupakan keyakinan atau sistem berfikir seseorang yang salah, tidak masuk akal, emosional, dan karena itu tidak produktif. Dalam psikoterapi CBT, terdapat tujuh cara berfikir irasional yang dapat dijumpai secara umum, yaitu; terlalu menuntut, generalisasi yang berlebihan, penilaian diri, penekanan, kesalahan atributasi, anti kenyataan, dan repetisi (Latipun, 2008).

Keguguran berulang dan ciri kepribadian dependen menempatkan S mengambil kesimpulan yang salah akan kemampuan dan kepercayaan diri.. Walaupun sudah mendapat penjelasan panjang lebar dari dokter L SpOG tentang infeksi toxoplasma serta akibatnya terhadap kehamilan, dan dijelaskan pula bahwa kehamilan saat ini sudah aman karena infeksi toxoplasma sudah mendapat terapi yang memadai dari dokter kebidanan sebelumnya, namun tetap saja timbul keraguan dengan kehamilan tersebut, jangan-jangan nanti terjadi keguguran seperti kehamilan sebelumnya (kehamilan pertama dan kedua oleh dokter S SpOG sedangkan kehamilan ketiga dan keempat oleh dokter R SpOG).

.....”tapi saya masih ragu dengan infeksi toxoplasma apakah sudah tuntas dok,”..... “akhir-akhir ini saya pindah periksa ke dokter P SpOG”.....(menolak fakta)

.....”saya tidak siap dengan kehamilan ini dok”..... “saya iri kenapa orang lain dapat menjalani kehamilannya dengan bahagia”.....(penilaian diri)

.....”Saya takut dok untuk periksa ke dokter S, karena biasanya berakhir dengan cure”(repetisi)

- **Effect (E)**

Identifikasi efek yang baru dan lebih baik. Bagaimana pasien ingin merasakannya secara lebih intens? Atau, bagaimana pasien dapat bersikap berbeda terhadap C? Hal ini dilakukan dengan cara mengganti rekasi menyalahkan diri dengan emosi atau perilaku yang lebih tepat (Froggat, 2006).

Selama penelitian keyakinan irasional (mencemaskan hal-hal yang mungkin berbahaya, tidak menyenangkan, atau menakutkan) menuju berpikir yang rasional (karena mencemaskan hal-hal buruk tidak akan menghentikan terwujudnya hal tersebut. Yang pasti, tersebut membuat aku marah dan cemas saat ini).

....."Saya ingin tetap dapat melakukan aktivitas seperti biasa walaupun dalam keadaan hamil".....(tidak menyenangkan)

....."Dokter ahli kandungan meminta ibu mengurangi aktivitas untuk menjaga kesehatan kandungan. Keinginan ibu tentu tidak bisa dilakukan tetapi walaupun aktivitas terbatas, banyak hal yang bisa ibu nikmati selama kehamilan berlangsung. Memantau perkembangan kandungan, merasakan gerakan bayi dan mengisi pikiran dengan harapan-harapan yang baik untuk masa depan".....(ada hal yang menyenangkan)

....."Saya cemas dan takut akan mengalami keguguran kembali"..... (cemas dan takut)

....."Kecemasan dan ketakutan tidak akan mencegah terjadinya keguguran tetapi membuat risiko keguguran semakin besar dan perasaan tidak nyaman. Memikirkan kehamilan tidak harus dengan kecemasan dan ketakutan"..... (jalani dengan apa adanya)

- **Dispute / Penggoyahan kepercayaan (D)**

Menggoyahkan setiap keyakinan pasien. Sebelum mengembangkan keyakinan baru, pasien sebaiknya menggoyahkan keyakinan lama yang ingin diganti. Ajukan tiga pertanyaan tentang setiap keyakinan: (1) Apakah hal itu bermanfaat?, (2) Apa yang diperlihatkan oleh bukti yang ada?, dan (3) Apakah hal itu logis?. Setelah mempertanyakan setiap keyakinan, kembangkan sebuah alternative rasional yang baru. Pastikan bahwa hal ini cukup untuk melawan

keyakinan lama dan realistis (bukan sekedar “pemikiran positif” atau “penegasan” yang tidak bermakna) (Froggatt, 2006 & Sudiyanto, 2007).

Selama penelitian berjalan, kepercayaan yang salah terkait dengan keguguran diusahakan untuk diubah, baik melalui buku bacaan, menunjukkan fakta-fakta, juga merenungkan kembali nasehat beberapa dokter yang merawatnya.

P. kata ibu waktu periksa yang terakhir kemarin dokter L bilang “ hasil pemeriksaan USG tidak tampak adanya kelainan dengan kehamilan ibu”..... “infeksi toxoplasma kemungkinan sudah dapat teratasi.”apakah ketakutan dan kecemasan ibu saat ini masih relevan?”..... (penggoyahan dengan fakta)

S. “entah lah dok, tapi saya masih was-was jangan-jangan berakhir seperti kehamilan sebelumnya.”(menentang fakta)

P... “ketakutan dan kecemasan ini ibu kan sudah berlangsung lama, apakah ada untungnya buat ibu?”.....(tanya manfaat)

S.... “saya sebenarnya juga ingin sehat seperti ibu hamil yang lainnya dok”

P. ” dokter L sudah memeriksa dengan USG dan menjelaskan bahwa kehamilan ibu berjalan dengan normal, keluhan fisik ibu meneurutnya karena pikiran saja?”. (penggoyahan dengan fakta)

S. ” tak tahulah dok, saya cuma merasa badan saya mudah lelah, dan saya merasa tidak siap dengan kehamilan ini”

- **Further Action (F)**

Akhirnya, kembangkan sebuah rencana untuk bertindak lebih lanjut. Pertimbangkan: Apa yang dapat dilakukan pasien untuk mengurangi kemungkinan berpikir dan bereaksi secara sama dan tidak berguna di masa depan? Ada tiga jenis tindakan lebih lanjut. Cobalah untuk mengembangkan salah satu di antara tindakan tersebut: (1) Tindakan mendidik kembali, (2) Tindakan berpikir ulang, yaitu menggunakan teknik untuk memperkuat keyakinan baru, dan (3) Tindakan perilaku. Secara sengaja, pasien menerapkan cara baru untuk mengembangkan perilaku yang lebih fungsional (Froggatt, 2006).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Penelitian Kuantitatif

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis statistik yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna tingkat kecemasan subjek penelitian dengan perlakuan CBT dan yang tidak. Subjek dengan perlakuan CBT mempunyai tingkat kecemasan yang lebih rendah secara bermakna dibanding dengan tanpa perlakuan (skor TMAS akhir kelompok perlakuan : $15,450 \pm 1,849$; kelompok kontrol: $18,700 \pm 2,658$; analisis dengan uji t tidak berpasangan didapatkan nilai $t = -4,489$; $p = 0,000 (<0,05)$).

Terdapat penurunan yang sangat bermakna tingkat kecemasan subjek penelitian dengan perlakuan (skor TMAS awal kelompok perlakuan $20,900 \pm 3,796$; skor TMAS akhir $15,450 \pm 1,849$; dengan nilai $Z = -3,937$; $p = 0,000 (<0,05)$). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat penurunan tingkat kecemasan yang bermakna secara statistik. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian CBT efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil. Dengan demikian hipotesis pada penelitian ini terbukti. Hal ini sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya bahwa CBT efektif untuk terapi pada pasien dengan gangguan kecemasan. Suatu penelitian *Randomized Controlled Trial* pada pasien gangguan kecemasan menunjukkan 32% pasien pada kelompok yang menerima terapi CBT mengalami perbaikan klinis secara bermakna dalam 3 bulan, dan 42% mengalami perbaikan dalam 6 bulan (Fricchione, 2004). CBT yang dilakukan

selama 9 minggu (1 jam sesi pertemuan per minggu) secara bermakna mampu menurunkan kemungkinan kejadian depresi *post partum* (Cho *et al.*, 2008).

Karakteristik demografik pada kedua kelompok penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna. Berdasarkan tingkat pendidikan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p > 0,05$). Berdasarkan umur ibu hamil, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p > 0,05$). Berdasarkan umur kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p > 0,05$). Berdasarkan status kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p > 0,05$). Berdasarkan riwayat kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p > 0,05$). Berdasarkan urutan kehamilan, tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa kedua kelompok penelitian mempunyai karakteristik demografik yang setara atau homogen. Di samping itu, tingkat kecemasan awal (skor TMAS awal) di antara kedua kelompok penelitian tidak berbeda bermakna secara statistik (skor TMAS awal kelompok perlakuan : $20,900 \pm 3,796$; kelompok kontrol : $19,550 \pm 2,605$; $Z = -0,888$; $p = 0,383$ ($>0,05$)). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel perlakuan (CBT) yang berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan (variabel tergantung) pada kelompok perlakuan.

Stres dan cemas antenatal berhubungan dengan hasil akhir di bidang kebidanan. Wanita yang menderita stres dan cemas saat kehamilan memasuki usia

trimester ketiga, akan mengalami peningkatan resiko kelainan bawaan berupa kegagalan penutupan celah palatum, resiko operasi *sectio caesaria*, persalinan dengan alat, kelahiran prematur, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan dalam jangka panjang berkaitan dengan gangguan perilaku dan emosi anak (O'Connor & Glover, 2002). Penelitian pada manusia dan binatang menunjukkan bahwa stres prenatal, cemas, dan peningkatan tingkat *corticotropin-releasing hormone (CRH)* plasma ibu, hal ini berhubungan dengan kelahiran preterm. Wanita dengan tingkat CRH dan cemas prenatal yang tinggi saat kehamilan 28 sampai 30 minggu, berhubungan dengan melahirkan lebih dini dibandingkan wanita dengan CRH dan cemas prenatal yang rendah (Mancuso *et al.*, 2004). suatu penelitian meta-analisis terhadap penelitian empiris yang diterbitkan antara 1998 dan 2003 tentang cemas ibu hamil saat periode prenatal dan postnatal, yang fokuskan pada kelahiran pre-term dan aterm. Hasilnya menunjukkan bahwa tingginya tingkat cemas pada ibu hamil saat fase prenatal berhubungan dengan masalah obstetrik, emosional bersifat merusak terhadap perkembangan janin, dan dalam jangka panjang berkaitan dengan masalah perilaku pada masa kanak dan remaja (Correia & Linhares, 2007).

B. Penelitian Kualitatif

Pasien adalah seorang dengan ciri kepribadian dependen dan stresor psikososial yang berat, di mana mengalami keguguran sebanyak 4 kali sebelum kehamilannya saat ini. Tingkat kecemasan pasien tinggi yang dibuktikan dengan skor TMAS 32. Hal ini berpengaruh terhadap hubungan dokter-pasien, di mana

pada tahap-tahap awal terdapat kesulitan dalam membina *rapport* dengan pasien. Pada pertemuan ketiga hubungan dokter-pasien mulai terbina cukup baik. Sampai pada pertemuan terakhir (pertemuan keenam) bina *rapport* cukup baik. Walaupun masih tampak gejala kecemasan yang cukup nyata, tetapi terdapat penurunan skor TMAS menjadi 28.

C. Keterbatasan

Walaupun hipotesis dalam penelitian ini terbukti, tetapi terdapat beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi penerapan hasil dari penelitian ini untuk populasi umum (generalisasi). Beberapa keterbatasan tersebut yaitu :

1. Lokasi penelitian yang dilakukan hanya pada satu tempat khusus (rumah sakit swasta). Hal ini berpengaruh terhadap sampel yang kemungkinan tidak mewakili populasi umum, di mana ibu hamil yang memeriksakan diri di rumah sakit swasta adalah kelompok populasi dengan tingkat sosial ekonomi dan pendidikan yang relatif tinggi.
2. Tidak dilakukan penyetaraan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada ibu hamil, misalnya kadar hormonal dan penyakit medis yang berhubungan dengan kecemasan, faktor lingkungan, serta ciri kepribadian. Meskipun demikian, peneliti telah berusaha untuk menyetarakan beberapa variabel, yaitu tingkat pendidikan, umur ibu hamil, umur kehamilan, riwayat kehamilan dan paritas, status kehamilan, dan terbukti tidak ada perbedaan yang bermakna di antara kedua kelompok penelitian. Di samping itu,

pembagian kedua kelompok dilakukan secara acak, sehingga diharapkan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan di atas secara alamiah setara di antara kedua kelompok.

3. Waktu penelitian yang relatif pendek sehingga tidak diketahui efek perlakuan dalam jangka panjang. Hal ini berkaitan dengan keterbatasan waktu dan dana yang ada pada peneliti. Dengan waktu penelitian yang lebih panjang akan dapat diketahui tingkat kecemasan ibu hamil menjelang dan paska persalinan.
4. Petugas yang memberikan perlakuan adalah penulis sendiri sehingga kemungkinan akan terjadi bias. Kemungkinan prosedur CBT belum memadai karena penulis sedang belajar, walaupun dalam menjalankan penelitian tersebut mendapat bimbingan (supervisi) dari pembimbing yang telah ahli dalam CBT.

Kesulitan penerapan CBT pada kasus ini kemungkinan akibat ciri kepribadian dependen pada pasien serta kecemasan yang cukup berat. Dari berbagai kepustakaan disebutkan bahwa pada pasien dengan kepribadian dependen cenderung mengalami berbagai hambatan dalam psikoterapi karena permasalahan resistensi dan ketergantungan terhadap terapis (Gabbard, 1994). Ditambah dengan kecemasan yang cukup berat pada pasien, di mana pada kasus-kasus dengan kecemasan yang berat, CBT kurang efektif (Latipun, 2008).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, dapat dikemukakan kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat perbedaan antara *CBT* dan kontrol dalam menurunkan derajat kecemasan pada ibu hamil.
2. Terdapat perbedaan secara bermakna antara penurunan skor kecemasan kelompok perlakuan dengan *CBT* dibandingkan kelompok kontrol.
3. Berdasarkan pada perhitungan statistik ditemukan penurunan skor TMAS pada kelompok perlakuan lebih besar secara bermakna dibandingkan dengan penurunan skor TMAS pada kelompok kontrol.
4. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa *CBT* efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil (hipotesis diterima).

B. Implikasi

CBT adalah efektif sebagai terapi tambahan untuk ibu hamil yang mengalami kecemasan. Dengan demikian penelitian ini dapat digunakan untuk memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang kecemasan pada ibu hamil, dan *Cognitive-behaviour therapy (CBT)*. Penelitian ini juga dapat menjadi landasan penelitian selanjutnya sehingga dapat memberikan

keuntungan dalam hal penatalaksanaan kepada ibu hamil yang mengalami kecemasan di masa mendatang.

Selain itu, penelitian ini bisa dimanfaatkan dalam penyusunan *Standart SOP* terhadap penatalaksanaan ibu hamil dengan kecemasan di rumah sakit dan sebagai fokus perhatian di bidang *liaison psychiatry* dalam penanganan gangguan cemas pada umumnya, khususnya dalam penanganan ibu hamil yang mengalami gangguan cemas.

C. Saran

1. Penanganan terhadap ibu hamil harus holistik meliputi biopsikososial dalam penatalaksanaan di rumah sakit.
2. Terapi CBT dengan 10 sesi selama lima minggu efektif dalam menurunkan skor kecemasan, maka dapat diaplikasi sebagai prosedur baku *SOP* dalam menangani kecemasan pada ibu hamil secara holistik.
2. Penelitian selanjutnya perlu mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan serta dilakukan di rumah sakit lain dengan strata sosial ekonomi ibu hamil yang lebih rendah.
3. Perlu suatu penelitian lanjutan untuk mengetahui efektifitas CBT dalam jangka panjang pada ibu hamil, terutama pengaruhnya terhadap proses persalinan dan timbulnya gangguan jiwa yang terkait dengan proses persalinan dan nifas, di poliklinik Kebidanan dan Kandungan RS PKU Muhammadiyah Surakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Basuki B., 1999. *Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran*, FKUI, 135.
- Bronwn Leigh & Jeannette Milgrom., 2007, Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 2008.
- Buckwalter J & Simpson S., 2002. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S210-4.
- CARMHA British Columbia., 2007. *Cognitive Behaviour Therapy*, Core Information Document, Faculty of Health Science Simon Fraser University, Vancouver.
- Castellenos D & Hunter T., 1999. Anxiety Disorder in Children and Adolescent, *Southern Medical Journal*, 92(10):946-954.
- Cho HJ, Kwon JH, & Lee JJ., 2008. Antenatal Cognitive-behaviour Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study, *Yonsei Med J* Vol. 49, No. 4
- Correia LL, & Linhares MBM., 2007. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Latino-am Enfermagem*, juli-agustus; 15(4):677-83.
- Davidson J.R.T. 2007. Post-partum Mood Change in Jamaica Women: A Description and Discussion on its Significance. *Brit j Psychiat* (19972), 121, 659-63.
- Evan J., 2002. Managing Perinatal Psychiatric Problem. *Journal of Paediatric, Obstetric And Gynecologic* Nov/Dec 2002.
- Fact Sheet., 2008. Pregnancy-Morning Sickness. [www. Betterhealth.vic.gov.au](http://www.Betterhealth.vic.gov.au)
- Fanani M., 1999. Tindak Kriminal Ulang pada Narapidana dengan kepribadian antisosial. *PIDT IDAJI III*, Surakarta.
- Fricchione G., 2004. Generalized Anxiety Disorder, *N England J Med* 2004; 351:657-682.
- Froggat W., 2006. *A Brief Introduction to Cognitive-Behavior Therapy*, Author, New Zealand.
- Froggat W., 2006. Free from Stress : *Panduan untuk Mengatasi Cemas*, Bhuna Ilmu Populer, Jakarta.

- Gabbard G., 1994. Psychodynamic Psychiatric in Clinical Practice, *The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, p : 608-611.
- Hassan Zainie., 2006. *Gambaran Cemas & Depresi pada Hasil Survey Kesehatan Jiwa Ibu Hamil dan Meneteki di 112 Puskesmas 24 Kabupaten/kota Propinsi Jawa Barat September - Nopember Tahun 2003*, Bagian Psikiatri FKUP / RSHS Bandung,
- Hawari D., 2005. *Menejemen Stres, Cemas, dan Depresi*, edisi ke-1, cetakan ke-2 : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Howland RH & Thesa ME., 2002. *Comorbid Depression and Anxiety; When and How to treat*, Wester Psychiatric Institute and Clinic Pittsburg, Pennysilvania.
- Huizink A, Robles G, Edu JH, Gerard H.A, & Buitelaar K., 1998. *Is pregnancy anxiety a relatively distinctive syndrome?*. Department of Obstetrics of the University Medical Centre Utrecht (UMCU).
- Jayalangkara A., 2005. Gangguan Jiwa Pada Kehamilan, Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin , *J Med Nus.* 2005;26:268-272).
- Kaplan & Sadock., 2005. *Text Book of Psychiatry Eight Edition*, American Psychiatric Association Press, Washington.
- Kinrys Gustavo & Wygant Lisa E., 2005. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?, *Rev Bras Psiquiatr*, 27(Supl II):S43-50, Brasil.
- Latipun. 2008. *Psikologi Konseling*, edisi kedua, cetakan ketujuh: Univesitas Muhammadiyah Malang hal: 109-125.
- Leigh B & Milgrom J., 2008. Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress, *BMJ Psyciatry* 2008, 8:24.
- Mancuso RA, Schetter Christine Dunkel, Rini Christine M, Roesch Scott C, and Hobel Calvin J., 2004. Maternal Prenatal Anxiety and Corticotropin-Releasing Hormone Associated With Timing of Delivery, *Psychosomatic Medicine* 66:762-769 (2004) American Psychosomatic Society.
- Maramis W.F., 1998. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya.

- Misri S & Kendrick K., 2007. Treatment of Perinatal Mood and Anxiety Disorders: A Review, *Can J Psychiatry* 2007;52:489–498.
- National Assosiation of Cognitive Behaviour Therapy., What is Cognitive Behaviour Therapy, <http://www.NACBT.com>, 2008.
- Nuhriawangsa I., 1998. Konsep Dasar Stres, *Simposium penyesuaian diri terhadap stres di masa krisis moneter, Pelantikan Dokter Baru Periode 124, FK UNS*, Surakarta.
- Nuhriawangsa I., 2001. Depresi dan Cemas, komorbiditas serta permasalahan klinisnya, Simposium Stress, Depresi dan Cemas Komorbiditas atau permasalahan klinis, *Kongres Nasional IV, Ikatan Dokter Ahli Jiwa Indonesia*, Semarang
- Sarwono Prawiroharjo., *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka, Jakarta, 1997.
- Sudiyanto A., 2002. Pengalaman Klinik Penatalaksanaan Non Farmakologik Gangguan Anxiets, *PIDT PDSKJI*, Jakarta 5-8 Juli 2003.
- Sudiyanto A., 2007, *Bimbingan Teknis Psikoterapi : Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, FK UNS.
- Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, *Dasar-dasar Metodologi PenelitianKlinis Edisi kedua*, CV Agung Seto, Jakarta, 2002.
- Sugiyono., 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*, cetakan ke 6, CV. Alfabeta, Bandung.
- Teixeira J dan Glover Fe., 1999. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study, *BMJ. 16 January 1999; 318(7177): 153–157, British Medical Journal*.
- The Official Journal of the Canadian Journal of Psychiatry., 2006. *Clinical Practice Guidelines Management Of Anxiety Disorders*, July 2006, Vol 51, Supplement 2.
- Turkington & Kingdon, 2006., Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 163; 365-73.
- WHO., 2008, Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries, *Report of The Meeting held in Geneva, Switzerland 30 January-1February 2008*.

Lampiran 1

ANALISIS DATA

A. KARAKTERISTIK DEMOGRAFIK

Case Processing Summary

KELOMPOK PENELITIAN		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
STATUS KEHAMILAN	CBT	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
	KONTROL	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
RIWAYAT KEHAMILAN	CBT	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
	KONTROL	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
URUTAN KEHAMILAN	CBT	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
	KONTROL	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
TINGKAT PENDIDIKAN	CBT	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
	KONTROL	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Tests of Normality

KELOMPOK PENELITIAN		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STATUS KEHAMILAN	CBT	.361	20	.000	.637	20	.000
	KONTROL	.487	20	.000	.495	20	.000
RIWAYAT KEHAMILAN	CBT	.509	20	.000	.433	20	.000
	KONTROL	.527	20	.000	.351	20	.000
URUTAN KEHAMILAN	CBT	.335	20	.000	.641	20	.000
	KONTROL	.413	20	.000	.608	20	.000
TINGKAT PENDIDIKAN	CBT	.274	20	.000	.863	20	.009
	KONTROL	.327	20	.000	.826	20	.002

a. Lilliefors Significance Correction

STATUS KEHAMILAN

Crosstab

			KELOMPOK PENELITIAN		Total
			CBT	KONTROL	
STATUS KEHAMILAN	DIRENCANAKAN	Count	11	16	27
		Expected Count	13.5	13.5	27.0
	TIDAK DIRENCANAKAN	Count	9	4	13
		Expected Count	6.5	6.5	13.0
Total	Count	20	20	40	
	Expected Count	20.0	20.0	40.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.849 ^b	1	.091	.176	.088
Continuity Correction ^a	1.823	1	.177		
Likelihood Ratio	2.905	1	.088		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.778	1	.096		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

RIWAYAT KEHAMILAN

Crosstab

			KELOMPOK PENELITIAN		Total
			CBT	KONTROL	
RIWAYAT KEHAMILAN	LAHIR NORMAL	Count	17	18	35
		Expected Count	17.5	17.5	35.0
	TINDAKAN/ABORTUS	Count	3	2	5
		Expected Count	2.5	2.5	5.0
Total		Count	20	20	40
		Expected Count	20.0	20.0	40.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.229 ^b	1	.633	1.000	.500
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.230	1	.632		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.223	1	.637		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

URUTAN KEHAMILAN

Crosstab

			KELOMPOK PENELITIAN		Total
			CBT	KONTROL	
URUTAN KEHAMILAN	PRIMIGRAVIDA	Count	10	13	23
		Expected Count	11.5	11.5	23.0
	MULTIGRAVIDA	Count	10	7	17
		Expected Count	8.5	8.5	17.0
Total		Count	20	20	40
		Expected Count	20.0	20.0	40.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.921 ^b	1	.337	.523	.262
Continuity Correction ^a	.409	1	.522		
Likelihood Ratio	.925	1	.336		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.898	1	.343		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.50.

TINGKAT PENDIDIKAN

Test Statistics^a

		TINGKAT PENDIDIKAN
Most Extreme Differences	Absolute	.100
	Positive	.100
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		.316
Asymp. Sig. (2-tailed)		1.000

a. Grouping Variable: KELOMPOK PENELITIAN

UMUR RESPONDEN DAN UMUR KEHAMILAN

Descriptives				Statistic	Std. Error
UMUR RESPONDEN	KELOMPOK PENELITIAN				
	CBT	Mean		28.10	1.151
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25.69	
			Upper Bound	30.51	
		5% Trimmed Mean		27.94	
		Median		26.50	
		Variance		26.516	
		Std. Deviation		5.149	
		Minimum		21	
		Maximum		38	
		Range		17	
		Interquartile Range		8	
		Skewness		.553	.512
		Kurtosis		-.649	.992
	KONTROL	Mean		27.65	.990
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	25.58	
			Upper Bound	29.72	
		5% Trimmed Mean		27.44	
		Median		27.00	
		Variance		19.608	
		Std. Deviation		4.428	
		Minimum		21	
		Maximum		38	
		Range		17	
		Interquartile Range		7	
		Skewness		.716	.512
		Kurtosis		.067	.992
UMUR KEHAMILAN	KELOMPOK PENELITIAN				
	CBT	Mean		20.80	1.646
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.36	
			Upper Bound	24.24	
		5% Trimmed Mean		21.00	
		Median		22.00	
		Variance		54.168	
		Std. Deviation		7.360	
		Minimum		8	
		Maximum		30	
		Range		22	
		Interquartile Range		14	
		Skewness		-.582	.512
		Kurtosis		-.975	.992
	KONTROL	Mean		20.45	2.099
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.06	
			Upper Bound	24.84	
		5% Trimmed Mean		20.72	
		Median		24.00	
		Variance		88.155	
		Std. Deviation		9.389	
		Minimum		4	
		Maximum		32	
		Range		28	
		Interquartile Range		17	
		Skewness		-.501	.512
		Kurtosis		-1.186	.992

Tests of Normality

KELOMPOK PENELITIAN	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
UMUR RESPONDEN CBT	.158	20	.200*	.934	20	.186
KONTROL	.125	20	.200*	.949	20	.356
UMUR KEHAMILAN CBT	.168	20	.140	.888	20	.024
KONTROL	.197	20	.040	.892	20	.029

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

UMUR RESPONDEN UJI- T TIDAK BERPASANGAN

Group Statistics

KELOMPOK PENELITIAN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UMUR RESPONDEN CBT	20	28.10	5.149	1.151
KONTROL	20	27.65	4.428	.990

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
UMUR RESPONDEN Equal variances assumed	.962	.333	.296	38	.769	.450	1.519	-2.624	3.524
Equal variances not assumed			.296	37.166	.769	.450	1.519	-2.627	3.527

UMUR KEHAMILAN MANN WHITNEY

Ranks

KELOMPOK PENELITIAN	N	Mean Rank	Sum of Ranks
UMUR KEHAMILAN CBT	20	20.20	404.00
KONTROL	20	20.80	416.00
Total	40		

Test Statistics^b

	UMUR KEHAMILAN
Mann-Whitney U	194.000
Wilcoxon W	404.000
Z	-.163
Asymp. Sig. (2-tailed)	.870
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.883 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK PENELITIAN

B. SKOR T-MAS PRETES (AWAL) → MANN WHITNEY

Descriptives ^a				Statistic	Std. Error
KELOMPOK PENELITIAN					
SKOR T-MAS PRETES	CBT	Mean		20.90	.849
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19.12	
			Upper Bound	22.68	
		5% Trimmed Mean		20.67	
		Median		20.00	
		Variance		14.411	
		Std. Deviation		3.796	
		Minimum		15	
		Maximum		31	
		Range		16	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		1.253	.512
		Kurtosis		1.798	.992
	KONTROL	Mean		19.55	.583
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.33	
			Upper Bound	20.77	
		5% Trimmed Mean		19.67	
		Median		19.50	
		Variance		6.787	
		Std. Deviation		2.605	
		Minimum		13	
		Maximum		24	
		Range		11	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		-.381	.512
		Kurtosis		1.198	.992

Tests of Normality

KELOMPOK PENELITIAN		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SKOR T-MAS PRETES	CBT	.189	20	.058	.896	20	.035
	KONTROL	.181	20	.083	.941	20	.253

a. Lilliefors Significance Correction

Mann-Whitney Test

Ranks

KELOMPOK PENELITIAN		N	Mean Rank	Sum of Ranks
SKOR T-MAS PRETES	CBT	20	22.13	442.50
	KONTROL	20	18.88	377.50
	Total	40		

Test Statistics^b

	SKOR T-MAS PRETES
Mann-Whitney U	167.500
Wilcoxon W	377.500
Z	-.888
Asymp. Sig. (2-tailed)	.375
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.383 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK PENELITIAN

C. SKOR POSTES → UJI T TIDAK BERPASANGAN

Descriptives

KELOMPOK PENELITIAN				Statistic	Std. Error
SKOR T-MAS POSTES	CBT	Mean		15.45	.413
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.58	
			Upper Bound	16.32	
		5% Trimmed Mean		15.33	
		Median		15.00	
		Variance		3.418	
		Std. Deviation		1.849	
		Minimum		13	
		Maximum		20	
		Range		7	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		.976	.512
		Kurtosis		.784	.992
	KONTROL	Mean		18.70	.594
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.46	
			Upper Bound	19.94	
		5% Trimmed Mean		18.72	
		Median		19.00	
		Variance		7.063	
		Std. Deviation		2.658	
		Minimum		14	
		Maximum		23	
		Range		9	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		-.239	.512
		Kurtosis		-1.009	.992

Tests of Normality

KELOMPOK PENELITIAN		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SKOR T-MAS POSTES	CBT	.196	20	.042	.909	20	.061
	KONTROL	.138	20	.200*	.950	20	.371

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

KELOMPOK PENELITIAN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SKOR T-MAS POSTES CBT	20	15.45	1.849	.413
KONTROL	20	18.70	2.658	.594

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
SKOR T-MAS POSTES Equal variances assumed	4.073	.051	-4.489	38	.000	-3.250	.724	-4.716	-1.784
Equal variances not assumed			-4.489	33.901	.000	-3.250	.724	-4.721	-1.779

D. SELISIH PRETES-POSTES

Descriptives

KELOMPOK PENELITIAN			Statistic	Std. Error
SELISIH T-MAS PRE-POS CBT	Mean		5.45	.569
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.26	
		Upper Bound	6.64	
	5% Trimmed Mean		5.39	
	Median		6.00	
	Variance		6.471	
	Std. Deviation		2.544	
	Minimum		1	
	Maximum		11	
	Range		10	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		.651	.512
	Kurtosis		.841	.992
KONTROL	Mean		.85	.494
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.18	
		Upper Bound	1.88	
	5% Trimmed Mean		.89	
	Median		1.50	
	Variance		4.871	
	Std. Deviation		2.207	
	Minimum		-3	
	Maximum		4	
	Range		7	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-.018	.512
	Kurtosis		-1.364	.992

Tests of Normality

KELOMPOK PENELITIAN	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SELISIH T-MAS PRE CBT	.171	20	.127	.922	20	.108
KONTROL	.249	20	.002	.893	20	.030

a. Lilliefors Significance Correction

Ranks

KELOMPOK PENELITIAN	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SELISIH T-MAS PRE-POS CBT	20	28.90	578.00
KONTROL	20	12.10	242.00
Total	40		

Test Statistics^b

	SELISIH T-MAS PRE-POS
Mann-Whitney U	32.000
Wilcoxon W	242.000
Z	-4.587
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK PENELITIAN

ANALISIS KELOMPOK CBT

Descriptives

			Statistic	Std. Error
SKOR T-MAS PRETES	Mean		20.90	.849
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19.12	
		Upper Bound	22.68	
	5% Trimmed Mean		20.67	
	Median		20.00	
	Variance		14.411	
	Std. Deviation		3.796	
	Minimum		15	
	Maximum		31	
	Range		16	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		1.253	.512
	Kurtosis		1.798	.992
SKOR T-MAS POSTES	Mean		15.45	.413
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.58	
		Upper Bound	16.32	
	5% Trimmed Mean		15.33	
	Median		15.00	
	Variance		3.418	
	Std. Deviation		1.849	
	Minimum		13	
	Maximum		20	
	Range		7	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		.976	.512
	Kurtosis		.784	.992
PERUBAHAN SKOR T-MAS	Mean		5.45	.569
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.26	
		Upper Bound	6.64	
	5% Trimmed Mean		5.39	
	Median		6.00	
	Variance		6.471	
	Std. Deviation		2.544	
	Minimum		1	
	Maximum		11	
	Range		10	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		.651	.512
	Kurtosis		.841	.992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SKOR T-MAS PRETES	.189	20	.058	.896	20	.035
SKOR T-MAS POSTES	.196	20	.042	.909	20	.061
PERUBAHAN SKOR T-MAS	.171	20	.127	.922	20	.108

a. Lilliefors Significance Correction

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SKOR T-MAS POSTES - Negative Ranks	20 ^a	10.50	210.00
SKOR T-MAS PRETES Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	0 ^c		
Total	20		

a. SKOR T-MAS POSTES < SKOR T-MAS PRETES

b. SKOR T-MAS POSTES > SKOR T-MAS PRETES

c. SKOR T-MAS POSTES = SKOR T-MAS PRETES

Test Statistics^b

	SKOR T-MAS POSTES - SKOR T-MAS PRETES
Z	-3.937 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Correlations

	UMUR RESPONDEE (TH)	UMUR HAMILA (MINGGU)	TINGKAT ENDIDIKAE	STATUS HAMILA	RIWAYAT HAMILA	URUTAN HAMILA	KOR T-MAS PRETES	KOR T-MAS POSTES
Spearman's R	1.000	-.193	-.048	.682*	.353	.548*	-.118	-.128
UMUR RESPC (TH) Sig. (2-tailed)	.	.414	.842	.001	.127	.012	.621	.592
N	20	20	20	20	20	20	20	20
UMUR KEHAM (MINGGU) Correlation Coefficient	-.193	1.000	.183	-.265	-.541*	-.202	-.408	-.372
UMUR KEHAM (MINGGU) Sig. (2-tailed)	.414	.	.440	.259	.014	.393	.074	.106
N	20	20	20	20	20	20	20	20
TINGKAT PEN Correlation Coefficient	-.048	.183	1.000	-.240	-.231	-.285	.089	-.048
TINGKAT PEN Sig. (2-tailed)	.842	.440	.	.308	.326	.224	.709	.840
N	20	20	20	20	20	20	20	20
STATUS KEH Correlation Coefficient	.682*	-.265	-.240	1.000	.464*	.704*	-.281	-.142
STATUS KEH Sig. (2-tailed)	.001	.259	.308	.	.039	.001	.231	.550
N	20	20	20	20	20	20	20	20
RIWAYAT KEH Correlation Coefficient	.353	-.541*	-.231	.464*	1.000	.420	.024	.062
RIWAYAT KEH Sig. (2-tailed)	.127	.014	.326	.039	.	.065	.919	.796
N	20	20	20	20	20	20	20	20
URUTAN KEH Correlation Coefficient	.548*	-.202	-.285	.704*	.420	1.000	-.358	-.362
URUTAN KEH Sig. (2-tailed)	.012	.393	.224	.001	.065	.	.121	.117
N	20	20	20	20	20	20	20	20
SKOR T-MAS Correlation Coefficient	-.118	-.408	.089	-.281	.024	-.358	1.000	.696*
SKOR T-MAS Sig. (2-tailed)	.621	.074	.709	.231	.919	.121	.	.001
N	20	20	20	20	20	20	20	20
SKOR T-MAS Correlation Coefficient	-.128	-.372	-.048	-.142	.062	-.362	.696*	1.000
SKOR T-MAS Sig. (2-tailed)	.592	.106	.840	.550	.796	.117	.001	.
N	20	20	20	20	20	20	20	20

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

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

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.838 ^a	.702	.528	1.271
2	.838 ^b	.702	.564	1.221
3	.835 ^c	.696	.588	1.187
4	.831 ^d	.691	.608	1.157
5	.826 ^e	.683	.623	1.135
6	.812 ^f	.660	.620	1.140
7	.809 ^g	.655	.635	1.116

- a. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, RIWAYAT KEHAMILAN, UMUR RESPONDEN (TH), URUTAN KEHAMILAN, UMUR KEHAMILAN (MINGGU), STATUS KEHAMILAN
- b. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, RIWAYAT KEHAMILAN, URUTAN KEHAMILAN, UMUR KEHAMILAN (MINGGU), STATUS KEHAMILAN
- c. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, URUTAN KEHAMILAN, UMUR KEHAMILAN (MINGGU), STATUS KEHAMILAN
- d. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, URUTAN KEHAMILAN, STATUS KEHAMILAN
- e. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, URUTAN KEHAMILAN, STATUS KEHAMILAN
- f. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, URUTAN KEHAMILAN
- g. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES

ANOVA^h

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	45.578	7	6.511	4.033	.017 ^a
	Residual	19.372	12	1.614		
	Total	64.950	19			
2	Regression	45.574	6	7.596	5.096	.007 ^b
	Residual	19.376	13	1.490		
	Total	64.950	19			
3	Regression	45.233	5	9.047	6.424	.003 ^c
	Residual	19.717	14	1.408		
	Total	64.950	19			
4	Regression	44.862	4	11.215	8.375	.001 ^d
	Residual	20.088	15	1.339		
	Total	64.950	19			
5	Regression	44.351	3	14.784	11.483	.000 ^e
	Residual	20.599	16	1.287		
	Total	64.950	19			
6	Regression	42.873	2	21.436	16.506	.000 ^f
	Residual	22.077	17	1.299		
	Total	64.950	19			
7	Regression	42.522	1	42.522	34.126	.000 ^g
	Residual	22.428	18	1.246		
	Total	64.950	19			

a. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, RIWAYAT KEHAMILAN, UMUR RESPONDEN (TH), URUTAN KEHAMILAN, UMUR KEHAMILAN (MINGGU), STATUS KEHAMILAN

b. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, RIWAYAT KEHAMILAN, URUTAN KEHAMILAN, UMUR KEHAMILAN (MINGGU), STATUS KEHAMILAN

c. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, URUTAN KEHAMILAN, UMUR KEHAMILAN (MINGGU), STATUS KEHAMILAN

d. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, TINGKAT PENDIDIKAN, URUTAN KEHAMILAN, STATUS KEHAMILAN

e. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, URUTAN KEHAMILAN, STATUS KEHAMILAN

f. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES, URUTAN KEHAMILAN

g. Predictors: (Constant), SKOR T-MAS PRETES

h. Dependent Variable: SKOR T-MAS POSTES

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	5.560	4.867		1.143	.275
	UMUR RESPONDEN (TH)	.004	.076	.011	.051	.960
	UMUR KEHAMILAN (MINGGU)	.041	.063	.165	.658	.523
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.164	.307	-.089	-.535	.602
	STATUS KEHAMILAN	.819	.931	.226	.880	.396
	RIWAYAT KEHAMILAN	.518	1.135	.103	.457	.656
	URUTAN KEHAMILAN	-.851	.877	-.236	-.970	.351
	SKOR T-MAS PRETES	.422	.109	.866	3.884	.002
2	(Constant)	5.628	4.501		1.250	.233
	UMUR KEHAMILAN (MINGGU)	.041	.060	.165	.684	.506
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.162	.292	-.088	-.555	.588
	STATUS KEHAMILAN	.838	.823	.231	1.018	.327
	RIWAYAT KEHAMILAN	.521	1.089	.103	.478	.641
	URUTAN KEHAMILAN	-.843	.829	-.234	-1.017	.328
	SKOR T-MAS PRETES	.422	.104	.865	4.043	.001
3	(Constant)	6.746	3.739		1.804	.093
	UMUR KEHAMILAN (MINGGU)	.025	.048	.098	.514	.615
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.174	.283	-.094	-.613	.549
	STATUS KEHAMILAN	.879	.796	.243	1.105	.288
	URUTAN KEHAMILAN	-.812	.803	-.225	-1.012	.329
	SKOR T-MAS PRETES	.410	.098	.841	4.162	.001
4	(Constant)	8.176	2.434		3.359	.004
	TINGKAT PENDIDIKAN	-.170	.276	-.092	-.618	.546
	STATUS KEHAMILAN	.748	.735	.207	1.018	.325
	URUTAN KEHAMILAN	-.893	.768	-.248	-1.162	.263
	SKOR T-MAS PRETES	.380	.078	.781	4.874	.000
5	(Constant)	7.536	2.159		3.490	.003
	STATUS KEHAMILAN	.771	.720	.213	1.072	.300
	URUTAN KEHAMILAN	-.813	.742	-.226	-1.095	.290
	SKOR T-MAS PRETES	.383	.076	.787	5.026	.000
6	(Constant)	8.013	2.122		3.776	.002
	URUTAN KEHAMILAN	-.294	.565	-.082	-.520	.610
	SKOR T-MAS PRETES	.377	.076	.774	4.935	.000
7	(Constant)	7.214	1.432		5.038	.000
	SKOR T-MAS PRETES	.394	.067	.809	5.842	.000

a. Dependent Variable: SKOR T-MAS POSTES

ANALISIS DATA KELOMPOK KONTROL

Descriptives

KELOMPOK PENELITIAN				Statistic	Std. Error
SKOR T-MAS PRETES	KONTROL	Mean		19.55	.583
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.33	
			Upper Bound	20.77	
		5% Trimmed Mean		19.67	
		Median		19.50	
		Variance		6.787	
		Std. Deviation		2.605	
		Minimum		13	
		Maximum		24	
		Range		11	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		-.381	.512
		Kurtosis		1.198	.992
SKOR T-MAS POSTES	KONTROL	Mean		18.70	.594
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.46	
			Upper Bound	19.94	
		5% Trimmed Mean		18.72	
		Median		19.00	
		Variance		7.063	
		Std. Deviation		2.658	
		Minimum		14	
		Maximum		23	
		Range		9	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		-.239	.512
		Kurtosis		-1.009	.992
PERUBAHAN SKOR T-MAS	KONTROL	Mean		.85	.494
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.18	
			Upper Bound	1.88	
		5% Trimmed Mean		.89	
		Median		1.50	
		Variance		4.871	
		Std. Deviation		2.207	
		Minimum		-3	
		Maximum		4	
		Range		7	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		-.018	.512
		Kurtosis		-1.364	.992

Tests of Normality

KELOMPOK PENELITIAN	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SKOR T-MAS PRET KONTROL	.181	20	.083	.941	20	.253
SKOR T-MAS POST KONTROL	.138	20	.200*	.950	20	.371
PERUBAHAN SKOR KONTROL	.249	20	.002	.893	20	.030

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SKOR T-MAS PRETES	19.55	20	2.605	.583
	SKOR T-MAS POSTES	18.70	20	2.658	.594

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	SKOR T-MAS PRETES & SKOR T-MAS POSTES	20	.648	.002

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	SKOR T-MAS PRE SKOR T-MAS POS	.850	2.207	.494	-.183	1.883	1.722	19	.101