

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Konseling dengan Komunikasi Terapeutik

1. Defenisi Konseling

Secara luas konseling sebagai metode bimbingan dan konsultasi. Konseling dalam psikologi ditandai dengan interaksi yang bertujuan antara konselor dan klien, dengan tujuan membantu klien memahami dan menemukan solusi atas masalah mereka. Konseling dapat melibatkan dua orang atau lebih dan menekankan pemberian bantuan untuk masalah mendesak klien dan penemuan solusi yang efektif. Dukungan yang diberikan bersifat objektif dan membantu klien memperoleh sudut pandang baru, sehingga memungkinkan terjadinya perubahan sikap dan perilaku. Konseling dilakukan dengan keterbukaan dan kemauan untuk berubah dari pihak yang terlibat. Menurut Baruth dan Robinson dalam *An Introduction to the Counseling Profession*, konseling merupakan kegiatan untuk memperoleh pemahaman dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Secara etimologis, konseling berasal dari kata *counselium* yang berarti berbicara atau berdiskusi bersama (Syah, Yuliasari, & Jayanti, 2024).

2. Tujuan Konseling

1. Mencapai kondisi kesehatan psikologis yang lebih baik.
2. Membantu memecahkan masalah dan meningkatkan efektivitas diri individu.
3. Mendorong terjadinya perubahan positif pada diri individu.
4. Membantu individu mengalami keputusan secara tepat dan bijaksana.
5. Mengarahkan perubahan perilaku dari yang merugikan menjadi lebih bermanfaat.

Bimbingan penemuan kepribadian mendukung siswa dalam mengenali kemampuan dan tantangan unik mereka, membantu mereka memanfaatkan kualitas-kualitas ini sebagai landasan untuk pertumbuhan diri yang lebih baik. Semua individu, sebagai manusia biasa, memiliki karakteristik yang terpuji dan yang tidak diinginkan. Seseorang yang sehat memiliki kemampuan untuk merasa nyaman dengan diri mereka sendiri dan dapat mengidentifikasi hasil positif dari penerimaan diri. Bimbingan dalam konteks mengenal lingkungan bertujuan untuk

membantu peserta memahami lingkungan mereka secara objektif, baik lingkungan sosial dan ekonomi, lingkungan budaya yang sangat kaya akan nilai dan norma, maupun lingkungan fisik dan menerima berbagai kondisi lingkungan secara positif dan dinamis. Bersamaan dengan itu, bimbingan yang berorientasi ke masa depan dimaksudkan untuk membantu siswa dalam meneliti dan memilih arah masa depan mereka di berbagai bidang pendidikan, karier, budaya, keluarga dan komunitas. Perencanaan prospektif ini memungkinkan individu untuk memenuhi pengembangan pribadi mereka dengan memanfaatkan keterampilan, antusiasme, kapasitas mental dan potensi bawaan mereka. Penting untuk diingat bahwa setiap individu harus menyesuaikan diri dengan standar dan prinsip sosial yang dominan di komunitasnya. Ketika seseorang benar-benar memiliki kapasitas untuk aktualisasi diri, mereka dapat menjadi pribadi yang mandiri, otonom dan percaya diri (Rismalinda & prasetyo C, 2021).

3. Faktor-Faktor Penghambat Konseling

Berikut di bawah ini faktor-faktor penghambat konseling menurut Nuraisyah W & Yuliawati D (2020), terdiri dari :

1. Faktor Individual

- a. Orientasi kultural, merupakan keterikatan individu terhadap nilai dan kebiasaan budaya yang berperan dalam bentuk pola pikir, sikap, serta cara berinteraksi dengan orang lain.
- b. Faktor fisik, meliputi kepekaan pancaindra (kemampuan melihat dan mendengar), usia serta jenis kelamin yang dapat memengaruhi proses interaksi.
- c. Sudut pandang, yaitu nilai-nilai dan keyakinan yang dianut individu dalam menilai suatu situasi atau masalah.
- d. Faktor sosial, komponen sosial seperti latar belakang keluarga dan koneksi interpersonal, lingkaran sosial, tanggung jawab masyarakat, posisi sosial dan peran komunitas pribadi.
- e. Bahasa, yaitu alat komunikasi yang digunakan individu dalam menyampaikan pesan dan berinteraksi dengan orang lain.

2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan interaksi

- a. Tujuan dan harapan terhadap komunikasi, yaitu hasil yang diharapkan dari proses komunikasi yang dilakukan.
- b. Sikap terhadap interaksi, yaitu cara individu memandang dan merespons proses interaksi dengan orang lain.
- c. Cara seseorang berhubungan dengan orang lain, yang ditunjukkan dengan menunjukkan kasih sayang, perhatian, kepekaan dan bantuan saat berinteraksi dengan mereka.
- d. Sejarah hubungan, yaitu pengalaman yang dapat memengaruhi hubungan dan komunikasi.

3. Faktor Situasional

Kondisi lingkungan berpengaruh terhadap proses percakapan. Sebagai contoh, situasi komunikasi dalam konteks pelayanan kesehatan antara tenaga kesehatan dan klien tentu berbeda dengan situasi komunikasi antara seseorang yang melakukan pelanggaran.

4. Kompetensi dalam melakukan percakapan

Interaksi yang berkualitas membutuhkan kemampuan komunikasi yang efektif dari semua pihak. Berbagai faktor dapat menghambat atau mengganggu komunikasi, seperti antara lain :

- a. Komunikasi yang tidak memadai mengenai detail penting.
- b. Kesulitan beradaptasi ketika percakapan berubah arah.
- c. Kesalahpahaman.

4. Sifat Hubungan Konseling

Prinsip-prinsip konseling digambarkan pada gambar di bawah ini. Segitiga yang berada di tengah adalah klien dan mewakili dua hal yang penting. Pertama, bahwa hubungan konseling harus berpusat pada klien dalam arti konselor hadir untuk klien dan tidak bersifat mendua. Hubungan ini sangat berbeda dengan hubungan sehari-hari karena konselor hadir dan ada untuk klien, dialognya terutama dipusatkan pada pikiran, perasaan dan perilaku klien. Sedangkan kebanyakan interaksi manusia lainnya ditandai dengan pertukaran yang setara dan minat-minat yang saling menguntungkan. Mesarns dan Thorn menggarisbawahi prinsip bahwa konseling adalah satu usaha mencari realita subjektif dari klien yang sangat dinilai tinggi adalah pengalaman dari manusianya dan pentingnya realitas subjektifnya.

Kedua, konselor memegang dan menyediakan struktur dan ruang dimana klien bekerja. Konselor, yang diwakili oleh segitiga yang terletak di luar, berkontrak untuk menciptakan suatu ruang yang aman bagi klien, yang diwakili oleh segitiga yang berada di dalam ruang ini tidak hanya terdiri dari lingkungan fisik dimana konseling terjadi. Tetapi juga berarti ruang terapeutik yang merupakan sebuah pulau yang aman berbeda dengan seluruh pengalaman lainnya dari klien. Ruang ini memiliki batas yang jelas yang ditetapkan dan dipertahankan oleh konselor. Klien mengalami konselor sebagai orang yang cukup kuat untuk melindungi batasan-batasan ini dan tidak tertekan oleh apa yang diutarakan oleh klien dalam sesi tersebut. Sederhananya, konselor bertanggung jawab untuk proses dan klien bertanggung jawab untuk isinya bukanlah suatu kebetulan jika syarat inti menjadi dasar dari segitiga. Mereka adalah landasan untuk membentuk, mempertahankan, dan mengakhiri hubungan konseling. Konseling sering digambarkan sebagai sebuah cara untuk bersama dengan orang lain dan bukan sekedar serangkaian perilaku. Ini menekankan nilai dari hubungan yang banyak berasal dari karya seorang psikolog humanus Carl Rogers, ia berfokus lebih pada kualitas hubungan dari pada strategi-strateginya, keterampilan, teknik, model dan kerangka kerja yang digunakan oleh si konselor ada persetujuan umum terhadap pandangan Rogers bahwa syarat-syarat inti ini adalah syarat untuk konseloran yang berarti, tetapi tidak banyak yang sepakat pada kepercayaannya bahwa syarat-syarat inti saja sudah mencukupi. Tantangan untuk menunjukkan nilai-nilai dalam hubungan konseling kepada klien tampaknya menakutkan. Rogers mengatakan bahwa kualitas ini adalah hal-hal yang ideal yang harus selalu diusahakan oleh konselor bukan standar-standar yang dapat dicapai. Semua syarat inti ini hadir dalam bentuk kisaran, bukan dalam bentuk ada/tidak ada. Tugas sepanjang hidup dari konselor adalah berusaha membentuk hubungan yang didasarkan pada syarat-syarat inti ini sementara mengetahui realita bahwa ia akan selalu kurang mampu mempertahankan syarat-syarat ini dalam semua kontak konselornya. Syarat-syarat inti ini terdiri dari empati, ketulusan, respek dan kerahasiaan (Dalami E, Dahliar I & Rochima, 2021).

5. Defenisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik pada dasarnya adalah jenis interaksi profesional yang dirancang untuk mendukung pemulihan pasien. Menurut Achir Yani, perawat atau tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan komunikasi terapeutik akan lebih mudah membangun hubungan saling percaya dengan pasien, mencegah masalah hukum, meningkatkan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan, dan meningkatkan citra profesi keperawatan dan lembaga kesehatan (Purwaningsih, W & Karlina I, 2016). Perawat perlu menerapkan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dalam pekerjaan mereka untuk membina hubungan pasien yang sukses. mendefinisikan komunikasi terapeutik sebagai integrasi ilmu pengetahuan dan seni dalam praktik penyembuhan. Dalam hubungan terapeutik, perawat menawarkan dukungan kepada klien, mempercepat proses penyembuhan dan membantu meningkatkan fungsi fisik. Sementara itu, komunikasi dipahami sebagai upaya komunikator untuk memengaruhi komunikator melalui berbagai cara, baik verbal maupun nonverbal, termasuk ucapan, tulisan, perilaku, gerakan dan ekspresi wajah. Setelah memahami makna "terapeutik" dan "komunikasi" secara terpisah, komunikasi terapeutik dapat disimpulkan sebagai ilmu dan seni pertukaran pesan atau informasi antara perawat dan klien yang bertujuan untuk mendukung proses penyembuhan. Komunikasi ini digunakan untuk membantu menyelesaikan masalah yang dialami klien melalui interaksi yang terarah dan bermakna antara perawat dan klien. Dengan demikian, komunikasi terapeutik merupakan hubungan profesional yang dirancang untuk mendukung tujuan terapi guna mencapai tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif (Santoso A, & Wardani S, 2022).

6. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Sesuai dengan definisi komunikasi terapeutik, tujuan komunikasi terapeutik meliputi :

1. Membantu klien dalam memecahkan masalah untuk mengurangi stres psikologis dan emosional.
2. Mendukung klien untuk menerapkan strategi yang tepat dan berhasil.
3. Membantu memperbaiki kondisi dan pengalaman emosional klien.

4. tercapainya tingkat kesembuhan yang optimal melalui hubungan terapeutik antara perawat dan klien.

7. Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi komunikasi Terapeutik

1. Komunikator

Seorang komunikator adalah orang yang menyampaikan informasi. Seorang pembicara perlu menampilkan diri dengan baik, menunjukkan kesopanan dan pesona, serta menunjukkan kepercayaan diri sambil menghindari sikap merendahkan. Selain itu, mereka perlu menunjukkan pemahaman yang memadai, otoritas atas isi pembicaraan, dan kompetensi dalam bahasa yang digunakan oleh lawan bicara mereka (keterampilan berbahasa). Hal ini penting karena komunikasi dapat terhambat ketika kosakata yang digunakan oleh penyampai pesan berbeda dengan yang dipahami oleh audiens. Menguasai bahasa ini sangat penting untuk mencegah kesalahan komunikasi dan kesan yang salah.

Selain itu, seorang komunikator harus mampu membaca peluang, memproses pesan sehingga mudah dipahami oleh penerima pesan, dan memiliki bagian tubuh yang baik sehingga menghasilkan suara yang baik dan jelas, termasuk pita suara, mulut, bibir, lidah, dan gigi. Seseorang dengan pita suara yang bermasalah, gigi yang hilang, atau langit-langit mulut sumbing akan kesulitan menghasilkan ucapan yang jelas, sehingga pesan yang disampaikan sulit dipahami.

2. Pesan/informasi

Pesan yang informatif dan persuasif lebih mudah diterima dan dipahami daripada pesan yang menggunakan kekerasan. Pesan yang diterima dengan baik memiliki relevansi, kejelasan, kesederhanaan, dan kemudahan pemahaman. Selain itu, informasi terkini terbukti lebih merangsang dan menarik.

3. Komunikan

Seseorang menjadi komunikator ketika mereka menerima komunikasi dari orang lain yang juga seorang komunikator. Komunikator yang kompeten harus berpakaian dan berperilaku profesional, memperlakukan orang lain dengan sopan santun, dan menjaga kerendahan hati alih-alih sikap superior. Seseorang yang berbicara sambil tampak berantakan menunjukkan kurangnya pertimbangan terhadap diri sendiri atau audiensnya. Demikian pula, jika komunikator menunjukkan perilaku arogan, hal itu akan memengaruhi pendekatan mental

mereka, yang mengakibatkan kegagalan penyampaian pesan. Selain itu, seorang komunikator harus memiliki keahlian, keterampilan interpersonal dan kesadaran akan konteks sosial mereka. Hal ini sangat penting karena kesalahpahaman dapat terjadi ketika orang-orang kurang memiliki keahlian yang diperlukan untuk menganalisis informasi yang mereka terima. Di samping itu, seorang komunikator perlu memiliki organ tubuh yang berfungsi dengan baik. Organ utama yang menangkap pesan akustik adalah telinga. Untuk menerima pesan secara akurat, komunikator membutuhkan kemampuan pendengaran yang fungsional.

4. Umpan balik

Komunikasi yang bermakna terjadi ketika umpan balik pendengar mencerminkan pemahaman terhadap pesan yang disampaikan. Bagi komunikator, umpan balik ini sangat penting karena berfungsi sebagai tolok ukur keberhasilan komunikasi. Anda dapat menilai apakah penerima memahami pesan tersebut dengan memeriksa respons umpan balik mereka.

5. Atmosfer

Komunikasi yang sukses bergantung pada lingkungan yang mendukung dan santai. Lingkungan yang mendorong komunikasi efektif dianggap kondusif. Lingkungan yang tenang, suhu terkontrol dan higienis memberikan kenyamanan fisik yang diperlukan untuk komunikasi yang sukses. Dari sudut pandang sosial dan psikologis, komunikasi yang sukses membutuhkan pendekatan yang ramah, akrab dan bebas stres. Bersamaan dengan itu, terkait faktor waktu, komunikasi yang dilakukan dengan alokasi waktu yang tepat dan tanpa tekanan akan menghasilkan tujuan komunikasi yang bermakna (Mulyana & Hilmawan 2021).

8. Manfaat Komunikasi Terapeutik

Menurut Asih, Y & Risneni (2021), manfaat komunikasi terapeutik dapat mendukung dan mempercepat pemulihan pasien, karena melalui terapi yang dilakukan melalui komunikasi, pasien menerima dukungan yang mendorong kemajuan psikologis yang berdampak pada kesehatan pasien.

1. Mendorong serta meningkatkan kerja sama antara tenaga kesehatan dan pasien.
2. Membantu mengidentifikasi dan mengekspresikan perasaan pasien, mengkaji permasalahan yang ada, serta melakukan evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan.

3. Memberikan pemahaman mengenai perilaku pasien serta membantu pasien dalam menghadapi dan mengatasi masalah yang dialami.
4. Mencegah terjadinya tindakan negatif yang berkaitan dengan mekanisme pertahanan diri pasien.

9. Jenis jenis komunikasi terapeutik

Menurut Dalami Ernawati, Dabliar I & Rocbimab, (2021). Komunikasi umumnya dipisahkan menjadi dua jenis verbal dan nonverbal. Komunikasi melalui kata-kata, baik lisan maupun tulisan, dianggap verbal, sedangkan komunikasi melalui isyarat fisik seperti bahasa tubuh dan ekspresi wajah adalah nonverbal. Secara praktis, kedua jenis komunikasi ini biasanya terjadi bersamaan. Ketika seorang perawat berkomunikasi dengan pasien, pesan tersebut tidak hanya mencakup kata-kata yang diucapkan tetapi juga bahasa tubuh dan isyarat wajah. Seperti yang diuraikan dalam pembahasan di atas, komunikasi dapat dipisahkan ke dalam kategori-kategori berikut :

1. Komunikasi Verbal

Pemilihan kata sangat mendasar untuk ekspresi verbal yang efektif. Komunikasi yang jelas terjadi antara bidan dan klien ketika bahasa yang digunakan dapat dipahami oleh semua pihak. Cara orang menggunakan bahasa dan kosakata ditentukan oleh latar belakang sosial budaya, posisi ekonomi, usia dan tingkat pendidikan mereka. Komunikasi lisan melibatkan pemilihan kata yang disengaja untuk membentuk pesan yang menyampaikan berbagai perasaan.

Saat menyampaikan pesan, ada tujuh elemen penting yang perlu diperhatikan, termasuk :

- a. Resonansi suara.
- b. Kecepatan bicara.
- c. Kecepatan penyampaian verbal.
- d. Variasi frekuensi suara dari nada tinggi ke nada rendah.
- e. Kekuatan atau amplitudo ucapan.
- f. Pola melodi dan infleksi vokal dalam ucapan.
- g. Pengucapan bahasa yang jelas dan tegas.

Pola bicara dapat mengungkapkan berbagai keadaan emosional, termasuk kegembiraan, antusiasme, kesedihan, kejengkelan dan sukacita. Kata-kata yang

sama seperti "selamat pagi" dapat menyampaikan pesan emosional yang berbeda tergantung pada bagaimana pembicara mengucapkannya secara ritmis atau intonasi.

2. Komunikasi Nonverbal

Komunikasi yang terjadi melalui cara fisik, bukan melalui bahasa lisan atau tulisan, disebut komunikasi nonverbal atau bahasa tubuh. Dalam interaksi sehari-hari, bentuk komunikasi nonverbal lebih umum daripada komunikasi verbal. Sementara komunikasi verbal lebih disengaja, komunikasi nonverbal biasanya kurang terkendali dan sering terjadi secara tidak sadar dan impulsif. Oleh karena itu, memperhatikan komunikasi tak terucap sangat penting karena dapat memperjelas perasaan mereka dan membantu memandu keputusan terapeutik serta perencanaan perawatan. Penting bagi kita untuk memperhatikan perilaku nonverbal diri sendiri saat berkomunikasi dengan klien, karena klien cenderung selalu mengamati sikap dan gerak-gerik tersebut. Komunikasi nonverbal mencakup berbagai unsur, antara lain :

- a. Ekspresi wajah.
- b. Gerakan mata.
- c. Gerakan tubuh, termasuk tangan, lengan, dan kaki.
- d. Sikap tubuh saat duduk maupun berjalan.
- e. Sentuhan tangan.
- f. Isyarat atau tanda tertentu.
- g. Kombinasi dari berbagai gerakan tubuh.

Dalam interaksi sosial sehari-hari, ekspresi vokal dan fisik terjadi secara bersamaan dan saling memperkuat. Klien yang mengatakan "Saya cukup senang di sini" disertai ekspresi wajah yang menyenangkan menunjukkan koherensi antara pesan lisan dan isyarat fisik mereka. Namun, dalam kondisi tertentu, kedua mode komunikasi ini mungkin saling bertentangan. Misalnya, klien mungkin berkata, "Saya tidak memikirkan apa pun," tetapi ekspresi wajah mereka tampak sedih dan bibir mereka bergetar, menunjukkan ketidaksesuaian antara apa yang mereka katakan dan apa yang mereka sampaikan melalui bahasa tubuh mereka.

10. Teknik Komunikasi Terapeutik

Adapun Teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan perawatan pada pasien meliputi (Putri, 2020).

a. Mendengarkan

Ketika melakukan komunikasi seorang perawat harus menjadi pendengar yang aktif. Hal tersebut menunjukkan bahwa secara non verbal perawat sangat memperhatikan keluhan dan masalah klien.

b. Mengajukan pertanyaan

Memberikan pertanyaan secara terbuka kepada klien yang bertujuan untuk memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan yang dialami. Perawat berusaha memberikan dorongan kepada klien agar klien mampu mengungkapkan perasaannya, dengan cara menjadi pendengar yang aktif. Perawat berusaha memberikan dorongan kepada klien agar klien mampu mengungkapkan perasaannya, dengan cara menjadi pendengar yang aktif.

c. *Restarting*

Mengulangi pemikiran atau konsep yang diungkapkan klien untuk memperkuat pesan mereka dan menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dengan saksama dan memahami setiap pernyataan.

d. Berfokus pada ide utama

Perawat berupaya untuk membantu klien untuk membicarakan suatu topik yang penting dan pembicaraan sesuai tujuan agar lebih spesifik, lebih jelas dan fokus pada kondisi yang sebenarnya.

e. Mengungkapkan keraguan/Klarifikasi

Kondisi ini dilakukan oleh seorang perawat untuk memastikan informasi yang diperoleh, untuk mendapatkan kejelasan, kesamaan persepsi dan perasaan. Hal tersebut bisa karena perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar, atau klien tiba tiba berhenti ketinya menyatakan sesuatu informasi karena takut atau malu.

f. Diam

Kondisi ini dilakukan setelah selesai mengajukan pertanyaan, untuk memberikan waktu atau kesempatan klien untuk berpikir dalam menjawab pertanyaan

g. Membagi persepsi

Perawat meminta umpan balik berupa meminta pendapat klien tentang hal yang perawat pikirkan dan memberi informasi.

11. Fase Komunikasi Terapeutik

Menurut (Rismalinda & Prasetyo, 2021). Komunikasi terapeutik memiliki struktur yang terdiri dari empat tahapan fase pra-interaksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja dan fase pengakhiran. Para profesional kesehatan harus menjalankan peran, tugas dan aktivitas tertentu di setiap tahapan untuk menjamin keberhasilan komunikasi terapeutik.

1. Fase Preinteraksi

Fase Pra-Interaksi Fase ini mewakili periode persiapan yang terjadi sebelum penyedia layanan kesehatan mulai menjalin hubungan dengan pasien. Pada fase ini, anggota staf klinis harus melakukan beberapa prosedur, seperti :

- a. Mengevaluasi dan mengenali perasaan, harapan, serta kecemasan yang dimiliki sebelum berinteraksi dengan klien.
- b. Menilai kekuatan dan keterbatasan diri melalui refleksi diri agar dapat memberikan interaksi yang bersifat terapeutik apabila belum siap, tenaga kesehatan perlu melakukan pembelajaran kembali atau berdiskusi dengan rekan sejawat.
- c. Menghimpun data dan informasi mengenai klien sebagai landasan dalam merancang rencana interaksi.
- d. Menyusun rencana pertemuan secara tertulis yang akan digunakan saat melakukan pertemuan dan berinteraksi dengan klien.

2. Fase Orientasi

Fase orientasi dimulai ketika tenaga kesehatan melakukan pertemuan awal dengan klien. Pada tahap ini, tenaga kesehatan memperkenalkan diri sekaligus mulai menjalin hubungan yang dilandasi rasa saling percaya sebagai fondasi hubungan terapeutik. Tugas utama dalam fase ini meliputi menciptakan suasana yang aman dan nyaman, menunjukkan sikap penerimaan, serta membantu klien mengungkapkan perasaan dan pikirannya secara terbuka. Tugas tenaga kesehatan pada fase orientasi mencakup beberapa hal, antara lain :

- a. Menjalin hubungan saling percaya melalui sikap terbuka, jujur, tulus, menerima klien tanpa syarat, menepati komitmen, serta menunjukkan penghargaan kepada klien.
- b. Menyusun kesepakatan atau kontrak bersama klien sebagai landasan berlangsungnya interaksi, yang meliputi penentuan waktu, tempat dan topik pertemuan.
- c. Mengeksplorasi perasaan dan pemikiran klien serta mengidentifikasi permasalahan dengan memanfaatkan pertanyaan terbuka agar klien dapat mengungkapkan perasaannya secara leluasa.
- d. Menetapkan tujuan bersama klien setelah permasalahan teridentifikasi, karena kejelasan tujuan berperan penting dalam menentukan keberhasilan keseluruhan proses interaksi terapeutik.

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada fase ini meliputi :

- a. Menyampaikan salam terapeutik yang hangat, disertai jabat tangan apabila memungkinkan.
- b. Memperkenalkan diri sebagai tenaga kesehatan yang akan menjalin interaksi dengan klien.
- c. Menyepakati kontrak komunikasi yang mencakup kesediaan klien, topik pembahasan, tempat dan durasi pertemuan.
- d. Melengkapi kontrak dengan penjelasan mengenai identitas dan tujuan interaksi agar klien merasa aman dan percaya.
- e. Melakukan evaluasi dan validasi dengan mengkaji keluhan utama, alasan klien mencari bantuan, serta menentukan fokus pengkajian lanjutan pada pertemuan berikutnya evaluasi digunakan untuk menilai perkembangan klien.
- f. Menyepakati masalah utama melalui teknik memfokuskan, sehingga tenaga kesehatan dan klien memiliki pemahaman yang sama mengenai kebutuhan klien.
- g. Pada setiap pertemuan lanjutan, fase orientasi tetap dilakukan untuk memvalidasi data, menyesuaikan rencana dengan kondisi terkini klien, serta mengevaluasi hasil pertemuan sebelumnya.

3. Fase Kerja

Periode ini merupakan aspek penting dari interaksi terapeutik, di mana klinisi dan pasien bersatu untuk menghadapi masalah yang mereka hadapi. Pada

fase ini, kedua pihak memeriksa faktor-faktor stres dan berupaya meningkatkan pemahaman diri klien dengan menghubungkan pikiran, emosi dan tindakan mereka. Fase kerja ini juga melibatkan pelaksanaan rencana perawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam pelaksanaannya, para profesional kesehatan menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik, termasuk eksplorasi, mendengarkan aktif, refleksi, berbagi persepsi, fokus dan meringkas (Rismalinda & Prasetyo, 2021).

4. Fase Terminasi

Fase akhir merupakan tahap terakhir dari proses komunikasi terapeutik. Fase ini sekaligus penting dan sulit, mengingat ikatan kepercayaan telah terbentuk antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Sepanjang periode ini, baik praktisi medis maupun individu yang menerima perawatan mungkin mengalami perasaan keterasingan. Penghentian dapat terjadi ketika tenaga medis menghentikan layanan mereka atau ketika pasien telah menyelesaikan proses penyembuhan mereka. Sepanjang periode ini, dokter dan pasien saling mengevaluasi hubungan mereka yang berkembang dan menentukan sejauh mana mereka telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Untuk memastikan fase penghentian tetap memberikan manfaat terapeutik, penyedia layanan kesehatan perlu memahami konsep kehilangan. Biasanya, penghentian dikategorikan menjadi dua jenis penghentian sementara dan penghentian permanen. Terminasi sementara dilakukan apabila masih terdapat rencana untuk pertemuan berikutnya, sedangkan terminasi akhir dilaksanakan ketika seluruh rangkaian asuhan telah diselesaikan.

Tugas tenaga kesehatan pada fase terminasi meliputi :

- a. Lakukan tinjauan netral terhadap efektivitas interaksi dengan meminta klien menguraikan apa yang dibahas atau menggambarkan perasaan mereka setelah menerima tindakan tersebut.
- b. Lakukan penilaian subjektif dengan menanyakan tentang perasaan klien setelah interaksi atau intervensi.
- c. Tetapkan langkah selanjutnya yang disepakati dari interaksi yang telah selesai untuk memastikan klien mempertahankan keunggulan berkelanjutan.
- d. Siapkan kesepakatan rapat untuk sesi mendatang, yang mencakup pokok bahasan, waktu yang dijadwalkan, dan lokasi sesuai kebutuhan.

B. Konsep Dasar Cemas

1. Defenisi Cemas

Kecemasan adalah kondisi psikologis yang ditandai dengan sensasi kekhawatiran atau kecemasan yang berkelanjutan. Selama fase ini, individu mempertahankan kemampuan pengujian realitas yang baik, struktur kepribadian mereka tetap tidak berubah dan gangguan kepribadian tidak terjadi. Meskipun terjadi perubahan perilaku, hal itu tetap berada dalam kisaran normal. Kata kecemasan berasal dari bahasa Latin *angustus*, yang berarti sempit atau kaku dan *ango* atau *anci*, yang berarti mencekik. Mengusulkan bahwa kecemasan berfungsi sebagai mekanisme ego yang memberikan individu indikator peringatan tentang potensi bahaya, sehingga memungkinkan mereka untuk mengatur perilaku adaptif yang sesuai. Kecemasan berfungsi sebagai mekanisme perlindungan bagi ego dengan memberi sinyal bahaya jika tidak dikelola dengan baik, bahaya ini dapat meningkat dan membahayakan kekuatan ego. Kecemasan mewakili pengalaman subjektif dengan tekanan mental yang mengakibatkan rasa tidak nyaman sebagai respons khas terhadap kemampuan pemecahan masalah yang tidak memadai atau ketidakpastian. Kecemasan juga dipahami sebagai respons emosional subjektif pada individu yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar, dengan penyebab yang tidak selalu diketahui secara jelas dan ditandai dengan perasaan khawatir, cemas, takut, dan tidak nyaman, disertai dengan berbagai keluhan fisik (Manurung Nixon, 2021).

Kecemasan merupakan respon terhadap stress yang objeknya tidak diketahui dengan jelas dan dirasakan oleh individu sebagai ancaman. Respon kecemasan merupakan keadaan emosi dan sebuah pengalaman subjektif individu yang normal yang menyertai setiap perubahan pada tahapan perkembangan, proses perubahan situasi hidup secara umum dan kondisi medis umum setiap pasien yang menderita penyakit. Kecemasan adalah perasaan takut yang penyebabnya tidak las atau tidak diketahui dan berhubungan dengan perasaan ketidakpastian, tidak berdaya, terisolasi, tidak aman, atau terancam. membandingkan kecemasan dan ketakutan. Kecemasan merupakan respon terhadap stress berupa rasa takut, gelisah dan ketidakpastian yang timbul dari rasa terancam dan ketakutan merupakan reaksi tubuh terhadap suatu bahaya tertentu berupa perasaan terancam akibat stimulus

eksternal yang dapat dikenali dengan jelas. Takut melibatkan penilaian kognitif terhadap stimulus yang mengancam, sedangkan kecemasan merupakan respon emosi yang timbul akibat penilaian tersebut (Anipah, Nanang Khosim Azhari, Tuti Anggarawati, Dwinara Febrianti, Henny Kusumawati, Nita Sukamti, Nyoman Suratmiti, Cut Mutia Tatisina, Yessy Pramita Widodo, Nurhakim Yudhi Wibowo, Fransina Tubalawony, & Ni Luh Putu Suardini Yudhawati, 2024).

2. Tanda dan Gejala Cemas

Kecemasan merupakan kondisi di mana ancaman kesehatan memicu perasaan tertekan. Kecemasan dapat memengaruhi siapa saja, termasuk orang sehat, dan menyebabkan gejala fisik dan mental. Gejala-gejala ini umumnya lebih jelas terlihat pada individu yang menderita gangguan kesehatan mental dan mencapai tingkat keparahan puncaknya pada mereka yang menderita penyakit mental serius. Kecemasan bermanifestasi secara fisik melalui gejala-gejala seperti :

- a. Jari tangan terasa dingin.
- b. Detak jantung meningkat.
- c. Keringat dingin.
- d. Sensasi berputar.
- e. Kurang nafsu makan.
- f. Tidur terganggu.
- g. Perasaan tertekan didada.

Tanda-tanda mental meliputi pemahaman tentang bahaya yang akan segera terjadi

- a. Ketidakmampuan untuk fokus terganggu.
- b. Kegelisahan.
- c. keinginan untuk melepas diri.
- d. Ingin lari dari kenyataan.

Rasa takut dan gelisah mendefinisikan kecemasan sebagai kondisi emosional yang dapat mengakibatkan perasaan tidak nyaman. Setiap orang mungkin mengalami kecemasan dengan cara unik mereka sendiri. Kaplan, Sadock, dan Grebb (dalam Fitri Faunah & Julianti Winary, 2007) menggambarkan rasa takut dan kecemasan sebagai emosi yang muncul sebagai respons terhadap ancaman yang dirasakan. Rasa takut muncul ketika ancaman itu nyata, jelas dan berasal dari lingkungan eksternal, sedangkan kecemasan muncul ketika ancaman itu tidak jelas,

berasal dari dalam diri individu, atau menciptakan konflik internal. Kecemasan biasanya dihasilkan dari proses mental bawah sadar dan tidak menunjukkan korelasi langsung dengan objek nyata atau kondisi lingkungan. Khalil Lue Rochman menggambarkan kecemasan sebagai sesuatu yang ditandai oleh serangkaian gejala berikut :

- a. Kecemasan yang meningkat muncul ketika hampir semua pengalaman menimbulkan rasa takut dan gelisah, terutama terkait situasi yang kurang jelas atau tidak dapat diprediksi.
- b. Ketidakpastian emosional muncul, ditandai dengan temperamen yang mudah tersinggung, mudah terbawa perasaan, pengalaman emosional yang terlalu intens dan mungkin disertai dengan perasaan sedih atau depresi.
- c. Gejalanya berupa persepsi dan penalaran yang menyimpang, meliputi pengalaman fantasi yang jelas, anomali persepsi, keyakinan yang tidak berdasar dan kesan paranoid bahwa mereka sedang diintai atau dalam bahaya.
- d. Manifestasi fisiknya meliputi mual, muntah, kelelahan, keringat berlebihan, gemetar dan masalah pencernaan seperti diare.
- e. Stres dan kecemasan yang berkepanjangan dapat menyebabkan peningkatan detak jantung dan tekanan darah.

Sistem klasifikasi oleh Nevid, Spencer dan greene mengelompokan gejala kecemasan ke dalam tiga area inti gejala fisik, perilaku kognitif, seperti yang ditunjukkan :

- a. Manifestasi fisik meliputi kegelisahan, gemetar, keringat berlebihan, kesulitan bernapas, peningkatan aktivitas jantung, kelemahan, perubahan suhu dan mudah tersinggung.
- b. Perilaku yang dapat diamati meliputi menghindari situasi tertentu, menunjukkan perilaku gelisah atau kesal, dan menjaga kedekatan dengan orang lain.
- c. Gejala mental meliputi kecemasan yang terus-menerus, kekhawatiran tentang situasi yang akan datang, antisipasi terhadap kemalangan yang akan terjadi, perasaan kewalahan oleh tantangan, pemikiran yang tidak terorganisir dan kesulitan berkonsentrasi.

3. Klasifikasi Cemas

NANDA (2012) mengkarakterisasi kecemasan sebagai emosi yang samar-samar berupa kegelisahan atau kekhawatiran, disertai dengan respons tubuh atau alarm bawah sadar yang timbul dari prospek bahaya. Stuart membagi tingkat kecemasan menjadi empat bagian, yaitu :

a. Cemas Ringan

Menghadapi tekanan kehidupan sehari-hari membuat seseorang lebih waspada dan meningkatkan kapasitas persepsinya. Tingkat kecemasan ini dapat meningkatkan dorongan untuk belajar dan mendorong pengembangan serta inovasi. Seperti yang diuraikan oleh Videbeck, karakteristik respons kecemasan ringan adalah :

1) Respons fisik

Ketegangan otot ringan, sadar akan kemampuan, merasa nyaman atau agak gelisah, waspada dan berdedikasi.

2) Respon kognitif

Kesadaran perseptual yang luas, tampak tenang dan percaya diri, rasa ketidakmampuan minimal, waspada dan memperhatikan berbagai rangsangan, memproses data, dan kondisi pendidikan yang ideal.

3) Respon emosional.

Perilaku naluriah, agak bawah sadar, pengejaran individual, penuh energi, dan damai.

b. Cemas Sedang

Pada tingkat kecemasan yang terkendali, orang-orang terus secara efektif memprioritaskan perhatian mereka pada hal-hal penting sambil mengesampingkan rangsangan perifer, sehingga memungkinkan kinerja aktivitas yang terfokus bahkan dengan sumber daya perhatian yang berkurang. Namun, orang-orang umumnya menunjukkan tanda-tanda kenyamanan atau kesusahan. Videbeck menyatakan bahwa respons kecemasan moderat meliputi :

1) Respons fisik meliputi ketegangan otot sedang, peningkatan tanda vital, pupil melebar, berkeringat, sering mondar-mandir atau memukul-mukul tangan, perubahan suara menjadi gemetar dan bernada tinggi, peningkatan

kewaspadaan, sering buang air kecil, sakit kepala, gangguan pola tidur dan nyeri punggung.

- 2) Respons kognitif, ditandai dengan penyempitan bidang persepsi, perhatian selektif yang terfokus pada rangsangan tertentu, penurunan rentang perhatian, penurunan kemampuan pemecahan masalah, dan kemampuan untuk terus belajar meskipun perhatian terkonsentrasi.
- 3) Manifestasi afektif, meliputi kesusahan, kejengkelan, penurunan harga diri, intoleransi dan volatilitas emosional.

c. Cemas Berat

Pada saat ini, seseorang mengalami hambatan aliran persepsi, yang menyebabkan fokus intens pada aspek-aspek tertentu sambil kehilangan kemampuan untuk memproses informasi lain. Meskipun semua tindakan diarahkan untuk mengurangi ketegangan, orang-orang ini membutuhkan instruksi yang cukup untuk mengalihkan konsentrasi mereka dari fokus saat ini. Comes Hong meas Videbeck menunjukkan bahwa kecemasan yang parah menghasilkan respons-respons sebagai berikut :

1) Respon fisik

Ketegangan otot yang parah, hiperventilasi, kontak mata yang buruk, peningkatan keringat, bicara cepat dan bernada tinggi, tindakan tanpa tujuan dan sembarangan, mengatupkan rahang dan menggertakkan gigi, mondar-mandir sambil berteriak dan meremas tangan yang gemetar.

2) Respon kognitif

Respons kognitif bidang persepsi terbatas, proses berpikir yang terfragmentasi, kesulitan berpikir dalam pemecahan masalah, ketidakmampuan untuk mempertimbangkan informasi, perhatian hanya pada ancaman, terlalu fokus pada pikiran sendiri dan egosentrisme.

3) Respon emosional

Ketidaknyamanan yang luar biasa, mudah tersinggung, ketakutan, kabut mental, perasaan tidak mampu, penarikan diri dari sosial, penolakan terhadap kebenaran, dan keinginan untuk otonomi.

d. Panik

Pada titik ini, orang mengalami gemeteran dan ketakutan yang mendalam, merasa tidak berdaya dan gagal menyelesaikan tugas apa pun meskipun telah diberi arahan. Ketika panik menyerang, hal itu mengganggu organisasi kepribadian seseorang. Peningkatan aktivitas motorik yang memicu panik menyebabkan penurunan keterampilan interpersonal, persepsi negatif yang menyimpang dan gangguan penalaran logis seperti yang dicatat dalam Videbeck.

1) Respon Fisik

Respons tersebut ditandai dengan munculnya reaksi melawan, melarikan diri, atau membeku, disertai dengan ketegangan otot yang parah, gerakan tubuh yang tidak terkontrol, pelebaran pupil, perubahan tanda-tanda vital yang meningkat kemudian menurun, kesulitan tidur dan penurunan kadar hormon stres dan neurotransmitter.

2) Respon kognitif

Persepsi menjadi sangat terbatas, pola pikir tidak logis dan terganggu, kepribadian tampak tidak teratur, individu tidak mampu memecahkan masalah, cenderung fokus pada pikiran sendiri, memiliki egoisme irasional, kesulitan memahami rangsangan eksternal dan berpotensi mengalami halusinasi, delusi dan ilusi.

3) Respon emosional

Respons emosional terhadap kecemasan ditandai dengan perasaan kewalahan, tidak kompeten, tidak berdaya, kehilangan kendali, mudah tersinggung, putus asa, ketakutan berlebihan, mudah terkejut dan kelelahan.

Skala Penilaian Kecemasan Hamilton (HARS) berfungsi sebagai instrumen pengukuran untuk menentukan tingkat kecemasan berdasarkan presentasi gejala. Skala HARS berisi 14 item gejala yang diberi skor dari 0 (tidak ada gejala) hingga 4 (gejala berat). Instrumen ini pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton masih banyak digunakan hingga saat ini karena telah terbukti memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam mengukur tingkat kecemasan. Skala ini mencakup 14 item, yang meliputi :

1. Kecemasan bermanifestasi melalui kekhawatiran, perasaan yang menyusahkan, ketakutan tentang pikiran sendiri, dan kegelisahan.

2. Perasaan tegang ini diekspresikan sebagai ketegangan fisik, kelelahan, kebutuhan akan ketenangan, kegelisahan, kerapuhan emosional yang menyebabkan air mata, gemetar dan ketidakmampuan untuk tetap tenang.
3. Kecemasan bermanifestasi sebagai rasa takut terhadap lingkungan gelap, kesepian, orang asing, hewan besar, lalu lintas padat dan daerah padat penduduk.
4. Gangguan tidur bermanifestasi sebagai kesulitan tidur, sering terganggu tidurnya sepanjang malam, tidur gelisah, lesu di pagi hari dan mimpi buruk yang terus-menerus atau sangat nyata.
5. Penurunan fungsi mental meliputi kesulitan berkonsentrasi, gangguan memori dan melemahnya kemampuan kognitif.
6. Tanda-tanda depresi meliputi berkurangnya minat, kesedihan, bangun tidur terlalu pagi, berkurangnya kesenangan dalam beraktivitas dan fluktuasi suasana hati sehari-hari.
7. Gejala fisik meliputi nyeri otot, kekakuan sendi, kejang otot, mengertakkan rahang dan ketidakstabilan suara.
8. Gejala yang memengaruhi indra meliputi telinga berdenging, penglihatan kabur, wajah memerah atau pucat, kelelahan dan sensasi kesemutan.
9. Gejala yang memengaruhi jantung dan sirkulasi meliputi detak jantung cepat, jantung berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi kuat, pingsan dan perasaan jantung berhenti sesaat.
10. Manifestasi paru paru terdiri dari rasa sesak atau tekanan di dada, perasaan sesak napas, kesulitan bernafas dan pernafasan dalam yang berulang.
11. Gejala gastrointestinal meliputi kesulitan menelan, mual, kram perut, gangguan pencernaan, sakit perut sebelum dan sesudah makan, mulas, kembung atau rasa terbakar, muntah, diare, penurunan berat badan dan sembelit.
12. Gejala genital meliputi sering buang air kecil, inkontinensia urin, gangguan menstruasi seperti terlambat menstruasi, perdarahan menstruasi yang berlebihan atau sedikit, periode menstruasi yang terlalu lama atau terlalu pendek, lebih dari satu kali menstruasi per bulan, merasa kedinginan, ejakulasi dini, penurunan atau hilangnya ereksi dan impotensi.

13. Reaksi fisiologis bawah sadar meliputi xerostomia (mulut kering), kemerahan akibat vasodilatasi, diaporesis (keringat berlebihan), gangguan keseimbangan, sakit kepala, perasaan tekanan di kepala dan cutis anserina (kulit pucat).
14. Perilaku saat wawancara ditandai dengan gerakan gelisah, rasa tidak nyaman, jari-jari gemetar, dahi berkerut, otot wajah tegang, tonus otot meningkat, pernapasan dangkal yang cepat dan wajah memerah.

Penilaian kecemasan dilakukan dengan memberikan skor berdasarkan kategori berikut :

- 0 Tidak terdapat gejala sama sekali.
- 1 Muncul satu gejala.
- 2 Gejala sedang atau sekitar setengah dari jumlah gejala yang ada.
- 3 Gejala berat atau lebih dari lima gejala.
- 4 Gejala sangat berat, seluruh gejala muncul.

Penentuan tingkat kecemasan dilakukan dengan menjumlahkan skor pada item 1–14, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Skor < 14 : tidak ada kecemasan.
2. Skor 14–20 : kecemasan ringan.
3. Skor 21–27 : kecemasan sedang.
4. Skor 28–41 : kecemasan berat.
5. Skor 42–56 : kecemasan sangat berat atau panik.

C. Konsep Dasar *Postpartum Blues*

1. Defenisi *Postpartum blues*

Depresi pascapersalinan dapat secara signifikan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Depresi pascapersalinan adalah perasaan melankolis yang mungkin dirasakan ibu setelah melahirkan, biasanya terkait dengan menyambut bayi baru lahir. Kondisi ini merupakan gangguan suasana hati yang terjadi 3–6 hari setelah melahirkan. Kondisi kesehatan mental ringan ini memengaruhi banyak wanita setelah melahirkan tetapi seringkali tidak teridentifikasi atau ditangani secara medis. Jika tidak ada perbaikan dalam empat belas hari, kondisi ini dapat meningkat menjadi depresi pascapersalinan atau psikosis pascapersalinan. Depresi pascapersalinan adalah fenomena perubahan psikologis yang dialami oleh ibu, yang terjadi ketika pengalaman pascapersalinan sebelumnya memengaruhi kemampuan

ibu untuk beradaptasi dengan perubahan psikologis dan emosional pada periode pascapersalinan saat ini. *Postpartum blues* adalah bentuk depresi ringan yang normal dan umumnya sembuh dengan sendirinya, dengan gejala memuncak pada hari ke-3 hingga ke-5 dan biasanya mereda dalam 24–72 jam atau sekitar hari ke-10, meskipun dalam beberapa kasus dapat kambuh beberapa minggu kemudian. Ibu pada periode pascapersalinan sering menunjukkan perasaan sedih yang tidak dapat dijelaskan, sering menangis dan peningkatan respons terhadap perubahan lingkungan. Penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan *postpartum blues*, yang juga disebut *baby blues*. Pada wanita tertentu, kondisi ini mungkin muncul sebagai akibat dari membutuhkan bantuan orang lain karena kelelahan, jauh dari rumah dan kondisi fisik yang kurang baik. Ibu yang mengalami gejala yang menetap harus mendapatkan evaluasi psikiatri untuk mencegah memburuknya episode depresi (Hutabarat et al., 2023).

Postpartum blues adalah perubahan psikologis yang dialami ibu setelah melahirkan, dipengaruhi oleh pengalaman pascapersalinan sebelumnya, yang dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk menyesuaikan diri dengan perubahan emosional dan psikologis pada periode pascapersalinan saat ini. Kondisi ini biasanya muncul antara hari ketiga dan kelima setelah melahirkan, meskipun dalam beberapa kasus dapat berlangsung selama seminggu atau lebih. *Postpartum blues* adalah kondisi ringan dan singkat yang diklasifikasikan sebagai gangguan psikologis ringan yang biasanya membaik tanpa intervensi. Karena gejalanya yang samar, kondisi ini seringkali tidak terdeteksi, tidak teridentifikasi, dan tanpa pengobatan. Tanpa perhatian yang tepat. *Postpartum blues* dapat berkembang menjadi depresi atau psikosis pascapersalinan. Memberikan dukungan, kenyamanan emosional, dan mengakui pentingnya peran ibu dalam keluarga dapat mencegah perkembangan kondisi yang lebih serius. Metode dukungan nyata meliputi pemberian waktu istirahat yang cukup dan menunjukkan penghargaan atas tugas-tugas pengasuhan ibu, yang berpotensi meningkatkan harga dirinya (Sulfianti, 2021).

2. Penyebab *Postpartum Blues*

Meskipun penyebab spesifik dari depresi pascapersalinan belum ditentukan, para peneliti percaya bahwa hal itu berasal dari kombinasi faktor internal dan eksternal ibu. Faktor internal meliputi perubahan hormonal mendadak setelah melahirkan, kondisi psikologis dan kepribadian ibu, riwayat depresi, komplikasi kehamilan dan persalinan, operasi caesar, kehamilan yang tidak direncanakan, berat badan lahir rendah, tantangan menyusui dan pengalaman ibu dalam merawat bayinya. Faktor eksternal meliputi kurangnya dukungan dari suami dan lingkungan sekitar, hubungan sosial yang tegang, stres lingkungan, kelelahan fisik dan pengalaman persalinan yang tidak menyenangkan (Anggraini, 2022).

3. Tanda Dan Gejala *Post Partum Blues*

Tanda dan gejala pada ibu yang mengalami *postpartum blues*, sebagaimana dikemukakan oleh, meliputi beberapa kondisi berikut :

1. Mudah sedih.
2. Mudah tersinggung.
3. Labilitas perasaan Sering menangis.
4. Muncul perasaan cemas.
5. Muncul gangguan nafsu makan.
6. Adanya gangguan tidur.
7. Cenderung menyalahkan diri sendiri.
8. Cepat marah.
9. Cepat lelah.
10. Mood yang tidak stabil, mudah menjadi gembira dan cepat juga menjadi sedih.
11. Ada rasa bersalah.
12. Ada rasa terjebak dan marah pada pasangannya dan bayinya.
13. Rasa kurang menyayangi bayinya.
14. Tidak percaya diri.
15. Mudah lupa.

Menyatakan bahwa ibu yang mengalami *postpartum blues* umumnya menunjukkan berbagai gejala, antara lain perasaan sedih sebesar 48%, kecemasan 41%, mudah tersinggung 41%, labilitas emosi 26%, sering menangis

23%, gangguan nafsu makan 21%, serta gangguan tidur sebesar 15%, tanpa mengurangi makna dari temuan tersebut (Yunitasari & Suryani., 2020).

4. Faktor -Faktor Yang Mempengaruhi *Postpartum Blues*

Menurut Munah dan Fauzul (2022), terdapat beberapa faktor yang berperan dalam terjadinya *postpartum blues*.

1. Faktor hormonal.
2. Umur, paritas.
3. Pengalaman ibu.
4. Stres.
5. Takut kehilangan bayinya.
6. Ketidakmampuan beradaptasi pada masa nifas.
7. Aktivitas fisik.

5. Penatalaksanaan *Postpartum blues*

Pada ibu nifas yang mengalami *postpartum blues*, perawatan utama yang perlu diberikan adalah dukungan emosional dan motivasi, serta meyakinkan ibu bahwa perasaan yang dialaminya merupakan hal yang wajar dan bersifat sementara. Ibu juga dianjurkan untuk memperoleh waktu istirahat yang cukup guna membantu pemulihan kondisi fisik dan psikologis. Selain itu, pemenuhan kebutuhan gizi seimbang, asupan cairan yang cukup, serta melakukan aktivitas ringan yang menyenangkan seperti berjalan santai di pagi atau sore hari dapat membantu memperbaiki suasana hati. Dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan, terutama dalam membantu pekerjaan rumah tangga. Untuk memperkuat kondisi emosional, ibu juga disarankan berbagi perasaan dan pengalaman dengan suami, keluarga, atau sesama ibu yang mengalami kondisi serupa. Penatalaksanaan pada *postpartum blues* dapat berupa farmakologis dan non farmakologis, namun pada umumnya keadaan postpartum dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan yang tepat tanpa farmakologis. Ibu juga memerlukan asupan makanan bergizi dan cairan yang cukup, serta waktu untuk beristirahat dan melakukan aktivitas penyegar seperti berjalan santai di pagi atau sore hari. Dukungan dari keluarga sangat penting, terutama dalam membantu pekerjaan rumah tangga. Selain itu, ibu dianjurkan untuk berbagi perasaan dan pengalaman dengan suami, keluarga, atau sesama ibu yang mengalami *baby blues* guna memperkuat kondisi emosionalnya. Penatalaksanaan

pada *postpartum blues* dapat berupa farmakologis dan non farmakologis, namun pada umumnya keadaan *postpartum* dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan yang tepat tanpa farmakologis. Menyatakan bahwa penatalaksanaan dan pencegahan *postpartum blues* meliputi pijat, aktivitas fisik, penggunaan vitamin dan hormon, akupresur dan terapi pijat. (Refti W, G, Weni Guslia Refti, Yurita Mailintina, Yunita Ella Isdianti Noor, Intanwati, Aprillia Veranita, Nur Mulyani, Putri Ancila Citra Prasetya, Made Dewi Sariyani, Lilis Zuniawati Setianingsih Suriana, Visky Afrina & Nuraini Fauziah, 2023).

6. Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Postpartum blues*

Asuhan keperawatan pada ibu dengan *postpartum blues* yang disertai kecemasan dimulai dengan pengkajian secara menyeluruh. Perawat melakukan wawancara dan observasi untuk menilai kondisi emosional dan fisik ibu. Hasil pengkajian menunjukkan ibu mengalami kecemasan berlebih, takut tidak mampu merawat bayinya, mudah menangis, mengalami gangguan tidur, serta merasa terbebani oleh perubahan yang terjadi setelah persalinan.

a. Pengkajian (Assessment)

Perawat mulai dengan melakukan wawancara dan observasi terhadap ibu nifas untuk mengetahui gejala *postpartum blues*, khususnya kecemasan. Ibu mungkin melaporkan perasaan cemas yang terus-menerus, perubahan suasana hati, sulit tidur, mudah lelah, serta pikiran takut tidak mampu merawat bayinya atau tidak mampu menyesuaikan diri dengan peran sebagai ibu. Dari catatan medis dan pengkajian fisik, perawat juga mengevaluasi faktor-faktor penyebab kecemasan, seperti kelelahan emosional, gangguan tidur, dukungan sosial rendah, serta perubahan hormon pascapersalinan. Penilaian menggunakan instrumen seperti skala kecemasan atau EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) bisa dilakukan untuk mengukur tingkat kecemasan dan risiko depresi lebih lanjut. Pengkajian juga mencakup sumber daya dukungan ibu misalnya dukungan suami atau keluarga karena literatur menunjukkan bahwa dukungan suami sangat berpengaruh terhadap kejadian *baby blues*. Secara objektif, perawat melihat ibu tampak gelisah, sering memegang kepala, menarik napas panjang, dan menunjukkan ekspresi wajah tegang. Selain itu, perawat menilai pola tidur yang terganggu, nafsu makan menurun, serta kelelahan fisik yang dialami ibu. Untuk

memperkuat hasil pengkajian, perawat dapat menggunakan alat skrining seperti EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) dan GAD-7 untuk mengukur tingkat kecemasan. Hasil ini membantu perawat menentukan tingkat keparahan kecemasan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian ditetapkan sebagai ansietas (*anxiety*) berhubungan dengan ketidakpastian peran baru sebagai ibu dan kelelahan post persalinan atau Kecemasan berlebih (*excessive anxiety*) terkait transisi *postpartum* dan perubahan hormonal. Diagnosa ini dipilih karena kecemasan adalah manifestasi penting dari *Postpartum blues* dan dapat menghambat proses adaptasi ibu terhadap peran barunya.

c. Intervensi Keperawatan

1. Memberikan dukungan emosional melalui komunikasi terapeutik :

Perawat menyediakan waktu untuk mendengarkan keluhan ibu tanpa menghakimi, memvalidasi perasaan takut dan cemas ibu, serta memberikan semangat agar ibu merasa dipahami dan tidak sendiri.

2. Edukasi psikoedukatif :

Perawat menjelaskan pada ibu tentang *Postpartum blues* bahwa perasaan cemas dan sedih ringan sangat umum dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan dan biasanya bersifat sementara. Informasi ini membantu ibu memahami bahwa apa yang dialaminya normal dan bukan indikasi masalah mental jangka panjang (jika ringan).

3. Strategi relaksasi :

Perawat mengajarkan teknik relaksasi seperti pernapasan dalam, meditasi ringan, atau latihan visualisasi yang dapat membantu menurunkan kecemasan.

4. Konseling dukungan sosial :

Perawat membantu ibu merencanakan dukungan dari keluarga (suami, orang tua, teman) misalnya meminta bantuan anggota keluarga agar ibu mendapat waktu istirahat, membantu tugas rumah atau merawat bayi sementara, supaya bebannya tidak berlebihan. Literatur menunjukkan dukungan sosial sangat penting dalam mengurangi gejala *baby blues*.

5. Jadwal tidur dan istirahat :

Perawat menyusun rencana agar ibu mendapatkan waktu tidur dan istirahat yang cukup, termasuk istirahat siang bila memungkinkan, serta menjaga kebersihan tidur agar kualitas tidur meningkat dan kecemasan berkurang.

6. Rujukan bila perlu :

Jika kecemasan ibu sangat berat, persistensi gejala lebih dari dua minggu, atau risiko berkembang menjadi depresi *postpartum*, perawat merujuk ke psikolog atau psikiater.

d. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi, perawat melaksanakan intervensi tersebut dengan berkolaborasi bersama ibu dan keluarganya. Misalnya, perawat mengadakan sesi konseling harian atau setiap beberapa hari, memfasilitasi pertemuan dengan suami atau anggota keluarga untuk menjelaskan peran dukungan, serta mengatur jadwal istirahat bersama ibu agar ia dapat tidur lebih teratur. Perawat juga memonitor respons ibu terhadap teknik relaksasi dan menyesuaikan pendekatan bila diperlukan (misalnya menggunakan audio panduan relaksasi, latihan progresif, atau aktivitas ringan).

e. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi, perawat mengevaluasi efektivitas intervensi dengan melihat perubahan dalam tingkat kecemasan ibu (menggunakan skala kecemasan berulang atau EPDS), pengamatan gejala seperti tidur, mood dan energi, serta *feedback* dari ibu dan keluarganya. Jika setelah beberapa hari hingga satu minggu intervensi kecemasan menurun (misalnya skor kecemasan lebih rendah, ibu melaporkan lebih tenang, tidur lebih baik), maka intervensi dikatakan berhasil. Sebaliknya, jika kecemasan tetap tinggi atau semakin memburuk setelah beberapa sesi, perlu dipertimbangkan modifikasi rencana perawatan, mungkin dengan menambah konseling psikologis profesional atau meninjau kembali dukungan sosial.