

**LAPORAN**  
**PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI**  
**(PDUPT)**

**PENGARUH MINDFULNESS BASED**  
**INTERVENTION TERHADAP FEAR OF**  
**CHILDBIRTH, QUALITY SLEEP, DAN MENTAL**  
**HEALTH PADA IBU HAMIL**



**Oleh:**

**Dr. Finta Isti Kundarti., S.SiT., M.Keb. NIDN. 4005117801**

**Ira Titisari, S.SiT., M.Kes NIDN. 4029037801**

**Dwi Estuning Rahayu. NIDN. 4013036602**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN MALANG**  
**2023**

## HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Pengaruh Mindfulness Based Intervention Terhadap Fear Of Childbirth, Quality Sleep, Dan Mental Health Pada Ibu Hamil

1. Potekkes Kemenkes Pengusul : Poltekkes Kemenkes Malang
2. Ketua Tim Pengusul :
  - a. Nama lengkap : Dr. Finta Isti Kundarti, M. Keb
  - b. NIDN : 4005117801
  - c. Jabatan/Golongan : Penata Tk.I / IIIId
3. Anggota Tim Pengusul :
  - a. Dosen Jurusan Kebidanan : 2 orang
  - b. Mahasiswa Jurusan Kebidanan: 4 orang
4. Lokasi Pelaksanaan PDUPT :
  - a. Nama Wilayah : Puskesmas Sukorame dan Puskesmas CAmpurejo
  - b. Kabupaten/Kota : Kota Kediri
  - c. Propinsi : Jawa Timur
5. Jangka Waktu Pelaksanaan : 12 bulan
6. Biaya Kegiatan :
  - a. Biaya Total : Rp. 58.597.000
  - b. Biaya DIPA/BLU : Rp. 58.597.000

kediri, 18 Desember 2022  
Ketua Tim Pengusul



(Dr. Finta Isti Kundarti, M.Keb)  
NIP. 197811052001122002

## 1. JUDUL PENELITIAN

PENGARUH MINDFULNESS BASED INTERVENTION TERHADAP FEAR OF CHILDBIRTH, QUALITY SLEEP, DAN MENTAL HEALTH PADA IBU HAMIL

Bidang Fokus/Bidang Unggulan Perguruan Tinggi	Tema	Topik (jika ada)	Rumpun Bidang Ilmu
Pelayanan Kesehatan	-	Model pelayanan kesehatan	Kebidanan

Kategori (Desentralisasi/ Penugasan)	Skema Penelitian	Strata (Dasar/ Terapan/ Pengembangan)	TKT saat ini	Target Akhir TKT	Lama Penelitian (Tahun)
Penelitian Desentralisasi	Penelitian Dasar Unggulan Perguruan Tinggi	SBK Riset Dasar	2	3	2

## 2. IDENTITAS PENGUSUL

Nama, Peran	Perguruan Tinggi/ Institusi	Program Studi/ Bagian	Bidang Tugas	ID Sinta	H-Index
FINTA ISTI KUNDARTI Ketua Pengusul	Poltekkes Kemenkes Malang	Kebidanan		5987022	0
IRA TITISARI Anggota Pengusul 1	Poltekkes Kemenkes Malang	Kebidanan	Membantu menyusun instrumen penelitian Membantu mengurus izin penelitian, ethical clearance Membantu dalam pengumpulan data, analisis data, menyusun laporan hasil Membantu menyusun draft luaran penelitian	5992022	0
DWIESTUNING RAHAYU Anggota Pengusul 2	Poltekkes Kemenkes Malang	Kebidanan	Membantu mengurus izin penelitian Membantu pengumpulan data, analisis data, menyusun laporan hasil Membantu menyusun naskah luaran penelitian	6705016	0

## LATAR BELAKANG

Fear of childbirth (FoC) merupakan emosi negatif yang sangat umum terjadi pada wanita hamil yang ditandai dengan tingkat stress yang tinggi yang mengganggu fisiologi dan psikologi saat kehamilan dan melahirkan (Hofberg K, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 25% wanita hamil menderita tingkat FoC yang tinggi (Wijma K, 2002). Selain itu, sekitar 10% wanita hamil telah ditemukan menderita dari FoC yang parah (skor W-DEQ-A 85) [Kjaergaard H, 2008]. Kompleks penyebab FoC dapat diperiksa dari perspektif biopsikososial perspektif [Engel G. 1977] yang mencakup dimensi ketakutan yang berorientasi biologis (misalnya, ketakutan akan rasa sakit, ketakutan akan bahaya tubuh, atau ketakutan kematiannya sendiri atau bayinya), faktor psikologis (misalnya, ciri-ciri kepribadian, riwayat peristiwa kehidupan traumatis atau pengalaman obstetrik yang sulit atau traumatis sebelumnya, perasaan tidak berdaya, atau kecemasan tentang keibuan), dan faktor sosial (misalnya, ketidakpuasan dengan hubungan pasangan, kurangnya dukungan sosial, status sosial ekonomi rendah, mendengar 'cerita horor' tentang persalinan dari keluarga, teman, kenalan, dan sumber media) [Hofberg K, 2004, Zar M, Wijma K, 2001. Saistoa T, 2001]. FOC bisa dikategorikan sebagai 'FoC primer' yang terjadi pada nulipara wanita (ibu pertama kali) dan 'FoC sekunder' berikut pengalaman melahirkan yang sulit atau traumatis sebelumnya. Perbedaan tingkat keparahan FoC antara wanita nulipara dan parous masih diselidiki [Alehagen S, 1998]. FoC sepertinya merupakan domain yang spesifik dari kecemasan namun berbeda dengan kecemasan umum atau depresi [Zar M, 2001].

Penelitian telah menunjukkan bahwa FoC berdampak negatif pada wanita dalam beberapa cara, termasuk gangguan tidur dan depresi pada kehamilan [Hall W, Hauck 2009) peningkatan penggunaan perawatan kesehatan selama periode perinatal [Andersson L, 2004), permintaan untuk intervensi medis seperti operasi caesar elektif, permintaan sebelumnya analgesia epidural tanpa pengalaman nyeri [Waldenström U, 2006. Nieminen K, 2009, Alehagen S, 2005. Van den Bussche E, 2007 pengalaman negatif melahirkan, depresi pascapersalinan, trauma pasca-kelahiran [Soderquist J, 2009. Robertson E, 2004. Alder JL, 2011 dan rendah tingkat menyusui [Ferber SG, 2005, O'Keane V, 2007 Efek negatif dari FoC juga terkait dengan peningkatan insiden usia kehamilan kecil (15%), peningkatan angka kelahiran prematur (12%), masuknya bayi ke perawatan intensif [Class QA, 2011, Loomans EM, 2013 serta kualitas tidur bayi yang buruk [Tikotzky L, 2009].

Perubahan hormonal dan gejala fisik kehamilan, seperti mual, sering buang air kecil, nyeri punggung, dan mulas dapat mengganggu kualitas tidur (Balserak & Lee, 2011). sebanyak 76% wanita hamil mengalami kualitas tidur yang buruk, yang mencakup durasi, gangguan, latensi, efisiensi, dan kualitas (Mindell, Cook, & Nicolovski, 2015). Kualitas tidur yang buruk terkait dengan peningkatan stress dan depresi selama kehamilan. tingkat keparahan gejala depresi secara signifikan terkait dengan kualitas tidur yang lebih buruk pada trimester 3 kehamilan (Chang, Brown, Nitzke, Smith, & Eghtedary, 2015; Volkovich, Tikotzky, & Manber, 2015), dan wanita hamil yang mengalami depresi melaporkan lebih banyak gangguan tidur pada trimester ketiga dibandingkan dengan wanita hamil yang tidak mengalami depresi (Field et al., 2007). tidur yang buruk memprediksi depresi yang lebih tinggi keparahan gejala dan memburuk selama kehamilan (Skouteris, Germano, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2008), konsisten dengan pola yang ditemukan dalam populasi umum (Baglioni et al., 2011). Terdapat hubungan antara tidur dan stres yang dirasakan, tekanan psikologis terkait dengan hasil yang merugikan bagi wanita hamil (Dunkel Schetter, 2011). Beberapa penelitian bahwa terdapat hubungan antara gangguan tidur dan stres (Blair, Porter, Leblebicioglu, & Christian, 2015), akan tetapi penelitian lain tidak menemukan hubungan antara stres yang dengan durasi tidur, gangguan, kualitas, atau latensi (Chang et al., 2015).

Penelitian prospektif menunjukkan hubungan dua arah. Misalnya, stres kronis memprediksi gangguan tidur (Hall et al., 2015), dan sebaliknya, orang yang kurang tidur memiliki telah ditemukan telah meningkatkan respon stres subjektif dan fisiologis baik ringan dan stresor berat (Minkel et al., 2012; Wu et al., 2015).

intervensi berbasis kesadaran dapat meningkatkan kesejahteraan selama masa kehamilan. Sebuah meta-analisis dengan 17 studi menunjukkan bahwa berbasis kesadaran intervensi dikaitkan dengan penurunan depresi, kecemasan, dan stres pada wanita hamil dan postpartum (Lever Taylor, Cavanagh, & Strauss, 2016). Sebuah penelitian menunjukkan kemanjuran pengurangan stres dan terapi untuk insomnia untuk pasien dengan insomnia kronis (Ong et al., 2014).

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa stres dan depresi perinatal merupakan bentuk ekspresi simbolis dari ketidakberdayaan yang berdampak negatif pada keintiman ibu di kehidupan sosial (misalnya, keterikatan yang buruk dengan bayi mereka dan mengurangi interaksi interpersonal) dan memiliki efek negatif jangka pendek dan jangka panjang pada ibu dan bayi baru lahir (Staneva et al, 2015) (misalnya, peningkatan insiden kelahiran prematur, retardasi pertumbuhan janin, dan Apgar skor rendah) (Togher et a, 2017; Saeed, 2015). Hasil yang merugikan ini terkait dengan peningkatan risiko terhadap perkembangan neurobehavioral dan kognitif bayi dan anak (Davis, 2011). Depresi telah menerima perhatian yang meningkat

dalam beberapa tahun terakhir. Prevalensi global depresi postpartum (PPD) saat ini diperkirakan pada 17,7% (interval kepercayaan 95%: 16,6-18,8%) (Hahn-Holbrook et al, 2018).

Intervensi berbasis kesadaran juga dapat meningkatkan kualitas tidur pada individu tanpa insomnia. meta-analisis dari 16 yang sebagian besar penelitian RCT dengan intervensi berbasis kesadaran termasuk berbagai populasi (Kanen, Nazir, Sedky, & Pradhan, 2015). Penelitian menemukan bahwa yoga yang penuh perhatian adalah terkait dengan peningkatan tidur di antara peserta hamil yang memulai studi selama trimester kedua, tetapi tidak untuk wanita di trimester ketiga (Beddoe, Lee, Weiss, Kennedy, & Yang, 2010).

Kesehatan psikologis pada ibu hamil dapat ditingkatkan sejak menggunakan mindfulness based intervention (MBI) diperkenalkan pada tahun 1990-an. Penelitian saat ini mendukung MBI sebagai pendekatan yang efektif untuk mengurangi psikologis stres di Eropa dan Amerika Utara (Taylor et al, 2016) dan sama efektifnya dalam mengurangi stres (Beddoe et al, 2009: Dunn et al, 2012, Guardino et al, 2014, Pan W-L et al, 2019), kecemasan (Beddoe et al, 2009: Dunn et al, 2012, Guardino et al, 2014, Vieten et al, 2008, Wolhouse et al, 2014, Duncan et al, 2010), dan depresi (Dunn et al, 2012, Pan W-L. 2019, Wolhouse et al, 2014, Duncan et al, 2010, Bowen et al, 2014, Duncan et, 2017) selama kehamilan. Beberapa peneliti telah menemukan bahwa efek dari MBI bertahan sampai 4-6 minggu postpartum (Dunn et al, 2012, Guardino et al, 2014, Bowen et al, 2014, Duncan et, 2017, Byrne, 2014).

Belum adanya penelitian yang melakukan yang mengkaji pengaruh mindfulness terhadap fear of childbirth, quality sleep, dan mental health pada ibu hamil secara bersama. Oleh karena itu penelitian ini dilakukan untuk menganalisa fear of childbirth, quality sleep, dan mental health pada kehamilan.

Tinjauan pustaka tidak lebih dari 1000 kata dengan mengemukakan *state of the art* dan peta jalan (*road map*) dalam bidang yang diteliti. Bagan dan *road map* dibuat dalam bentuk JPG/PNG yang kemudian disisipkan dalam isian ini. Sumber pustaka/referensi primer yang relevan dan dengan mengutamakan hasil penelitian pada jurnal ilmiah dan/atau paten yang terkini. Disarankan penggunaan sumber pustaka 10 tahun terakhir.

## TINJAUAN PUSTAKA

Definisi *mindfulness* adalah memberikan perhatian dengan aturan tertentu yaitu

dengan sengaja, pada saat ini, dan tidak menghakimi (Kabat- Zinn, 2012). *Mindfulness* didefinisikan sebagai kesadaran untuk berlatih perhatian dengan pengalaman yang disengaja, tidak menghakimi, dan dilakukan pada saat itu juga. Hal tersebut ditandai dengan penerimaan semua rangsangan baik internal maupun eksternal serta kemampuan untuk mengalihkan kesadaran antara rangsangan (Keng, Smoski, & Robins,2011).

### 2.1.1 Aspek-aspek *Mindfulness*

*Mindfulness* dikonseptualisasikan sebagai multifaset yang terdiri dari tujuh aspek (Kabat-Zinn, 2012; Latendresse, 2013) yaitu :

- a. Tidak menghakimi (*non-judging*), *mindfulness* harus diusahakan dengan sikap sebagai saksi yang netral terhadap pengalaman diri sendiri.
- b. Kesabaran (*patience*), kesabaran sebagai suatu bentuk kebijaksanaan yang memperlihatkan bahwa kita memahami dan menerima fakta bahwa terkadang harus diungkapkan pada waktunya.
- c. Pemikiran pemula (*beginner's mind*), pikiran yang bersedia melihat segala sesuatu seolah-olah untuk pertama kalinya.
- d. Kepercayaan (*trust*), lebih baik mempercayai intuisi dan otoritas diri sendiri, daripada selalu mencari kepercayaan dari orang lain untuk pedoman, bahkan jika diri sendiri membuat kesalahan di sepanjang jalan kehidupan.
- e. Tidak berusaha (*non-striving*), semua yang kita lakukan untuk suatu tujuan harus dicapai dengan berusaha, tetapi berbeda dengan *mindfulness* meskipun banyak dibutuhkan pekerjaan dan energi, *mindfulness* adalah tidak berusaha karena pada *mindfulness* tidak memiliki tujuan lain selain untuk diri sendiri.
- f. Penerimaan (*acceptance*), berarti melihat semua hal sebagaimana adanya di masa sekarang.
- g. Melepaskan (*letting go*), seringkali pikiran kita membuat kita tertangkap dalam cara yang sama terlepas dari kecerdasan yang kita miliki. Memupuk sikap melepaskan adalah dasar dari *mindfulness*.
- h. Kebaikan (*kindness*), intervensi *mindfulness* adalah tentang kebaikan terhadap diri sendiri dan kebaikan terhadap orang lain dengan apa adanya.

## **Fear of childbirth**

Fear of childbirth adalah takut akan melahirkan, juga dikenal sebagai tokophobia atau maieusiophobia, telah didefinisikan sebagai gangguan psikologis yang berkisar dari ketakutan yang tidak signifikan hingga ekstrim terhadap persalinan (Hofberg K, 2003, Wijma K, 1998), mempengaruhi wanita dari masa kanak-kanak hingga usia tua [Wijma K. 1998.]. Takut melahirkan mengganggu kehidupan sehari-hari wanita itu berfungsi adalah bentuk tokofobia yang parah dan disebut sebagai ketakutan patologis (Wijma K,. 1998). Prevalensi tokofobia di Negara-negara Barat lebih dari 20% (Wijma K, 1998, Areskog B, 1981, Kjærgaard H, 2008, Searle J. 1996). Ketakutan "menonaktifkan" patologis terhadap persalinan (Bhatia MS. 2012) dirasakan di sekitar 6% -10% dari wanita hamil (Kjærgaard H, 2008, Searle J. 1996, Alipour Z, 2011, Nieminen K, 2009. Saisto T, 2003, Spice K, 2009). Studi memiliki menunjukkan bahwa rasa takut melahirkan memiliki dampak yang signifikan terhadap hasil pengiriman (Wijma K. Why focus on “fear of childbirth”? J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003;24:14–44), menghasilkan peningkatan dramatis kelahiran sesar (Alipour Z 2011, Lumbiganon P, 2010, Mancuso A, 2006, Lukasse M, 2010, Handelzalts JE, 2015) Tampaknya beberapa wanita lebih rentan terhadap takut melahirkan daripada yang lain. Etiologi tokofobia multifaktorial dan dapat dikaitkan dengan kombinasi faktor predisposisi yang berbeda seperti kerentanan kecemasan atau depresi (Hall WA, 2009. Ryding EL, 2007. Storksens HT, 2012] dan gangguan kejiwaan lainnya [Andersson L, 2003), kesejahteraan dalam hubungan interpersonal (Hodnett ED, 2001), pengalaman pelecehan seksual dan pengalaman traumatis kelahiran sebelumnya (Nieminen K, 2009). Beberapa wanita menggambarkan diri mereka sebagai kesepian (Saisto T, 2003] atau dengan harga diri rendah [Ryding EL, 2007]. Sebagai tambahan konteks sosial-budaya ada yang mempengaruhi persepsi dan ekspresi ketakutan akan melahirkan menunjukkan hubungan social dan latar belakang pribadi (Fisher C, 2006).

### **Sleep quality**

Gangguan tidur telah lama diakui sebagai salah satu komplikasi obstetrik umum (Mindell JA, 2004). Pelajaran sebelumnya telah menunjukkan gangguan tidur di semua trimester selama kehamilan (Santiago JR, 2001, Sahota PK, 2003]. Durasi tidur lebih pendek, tidur lebih buruk efisiensi, insomnia dan kualitas tidur yang buruk secara keseluruhan mencirikan tidur wanita antenatal, terutama di akhir kehamilan (Hutchison BL, 2012, Hertz G, Fast A, 1992, Greenwood KM, 2004, Facco FL, 2010). Sebuah tinjauan oleh Chang et al. dilaporkan berarti durasi tidur 6,8 hingga 7,8 jam per malam sebelum kehamilan, sedikit meningkat selama trimester 1, kemudian menurun selama trimester 2 dan 3 (Chang JJ, 2010). Faktor risiko untuk tidur yang buruk selama kehamilan termasuk pra-kehamilan yang buruk tidur, gangguan emosional ibu (depresi, kecemasan, stres), citra tubuh, obesitas, peningkatan berat badan selama kehamilan, perubahan fisiologis selama kehamilan seperti penurunan tonus sfingter

esofagus, perubahan hormonal, peningkatan ukuran uterus dan peningkatan berkemih (Goyal D, 2007, Hung HM, 2013, Haney A, 2013, Saaresranta T, 2002, Feinsilver SH, 1992). Kurang tidur selama kehamilan dapat menyebabkan masalah kesehatan yang merugikan bagi wanita hamil (Izci-Balserak B, 2010, O'Keefe M, 2013) dan dapat menyebabkan hasil kehamilan yang merugikan seperti pembatasan pertumbuhan intrauterin dan kelahiran premature (Okun ML, 2009, O'Brien LM, 2012, August EM, 2012). Sebagian besar penelitian sebelumnya berfokus pada satu titik: waktu dalam kehamilan atau studi cross sectional yang melibatkan beberapa tahap kehamilan (Mindell JA, 2000, Hutchison BL, 2012, Greenwood KM, 2004). Seorang calon studi oleh Plancoulaine et al., salah satu dari sedikit studi kohort, menunjukkan penurunan bertahap dalam durasi tidur saat kehamilan berlangsung (Plancoulaine S, 2017).

Kualitas tidur yang buruk selama kehamilan dapat meningkatkan risiko depresi pada trimester terakhir kehamilan. Penelitian sebelumnya menunjukkan hubungan kualitas tidur yang buruk dengan lebaran negative pada kehamilan (Weng SS, 2020). Durasi tidur dan frekuensi bangun saat tidur malam berkorelasi dengan kelelahan selama kehamilan (Beebe KR, 2007). Gangguan tidur dan kelelahan adalah hal biasa keluhan ibu saat hamil (Elek SM, 1997). Gangguan tidur dan kelelahan selama kehamilan dapat mempengaruhi kualitas kehidupan, hubungan sosial, hubungan keluarga, dan karir wanita hamil dan bahkan pasangannya (Gay CL, 2004). Usia kehamilan adalah prediktor gangguan tidur di studi saat ini. Temuan ini konsisten dengan hasil meta-analisis di Kanada yang menemukan penurunan kualitas tidur seiring dengan kemajuan kehamilan (Sedov ID, 2018). Masalah kehamilan kebanyakan muncul pada trimester terakhir kehamilan. Insiden gangguan tidur juga meningkat pada trimester terakhir kehamilan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Malakouti J, 2015).

## **Mental health**

Wanita hamil memiliki risiko masalah kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, dan menyakiti diri sendiri (Davalos DB, 2012, Smith MV, 2011), risiko yang dapat diperburuk oleh berbagai faktor seperti masalah keuangan dan hubungan dan kelas sosial rendah (Diego MA, 2006, Brown SJ, Yelland JS, 2011, Divney AA, 2012). Masalah kesehatan mental yang umum dialami wanita selama kehamilan adalah kecemasan (Dunkel Schetter C, 2011), depresi (Rich-Edwards JW, 2006) dan melukai diri sendiri (Say L, 2014). Kecemasan antenatal didefinisikan sebagai kekhawatiran, dan ketakutan yang berlebihan tentang kehamilan, persalinan, kesehatan bayi, dan masa depan peran orang tua (Huizink AC, 2004). Studi individu telah melaporkan bahwa prevalensi kecemasan antenatal berkisar antara 14 dan 59% (Rico MAG, 2010, Hernández-Martínez C, 2011, Nieminen K, 2009, Teixeira C, 2009), sementara, meta-analisis yang dilakukan untuk memperkirakan prevalensi global kecemasan antenatal ditemukan yang mengumpulkan prevalensi

gejala kecemasan antenatal di semua trimester adalah 34,4% di berpenghasilan rendah hingga menengah negara dan 19,4% di negara berpenghasilan tinggi (Dennis C-L, 2017). Depresi adalah masalah kesehatan mental yang paling umum selama kehamilan (Lopez AD, 2020. Harvard School of Public Health; 1996), ditandai dengan gejala seperti suasana hati yang tertekan, harga diri yang rendah, kehilangan minat, perasaan tidak berharga, suasana hati yang mudah tersinggung, kehilangan nafsu makan, perasaan lelah, dan konsentrasi yang buruk (Kastrup MC, 2007). Tinjauan payung yang dilakukan pada pemeriksaan global prevalensi depresi antenatal dilaporkan 15-65%, dan 17% gabungan prevalensi depresi antenatal di ke negara-negara berpenghasilan menengah dan negara-negara berpenghasilan tinggi masing-masing berdasarkan sepuluh tinjauan sistematis yang teridentifikasi (Dadi AF, 2020). Depresi dan kecemasan antenatal berdampak negatif pada beberapa hasil obstetrik dan janin dan, jika tidak efektif dikelola, dapat menyebabkan komplikasi kehamilan, masalah kesehatan mental pascakelahiran (Orr ST, 1995, Kurki T, 2000, Freeman MP, 2008, Steer RA, 1992, Hollins K. 2007, Stott D, 1973), dan risiko gangguan interaksi antara ibu dan bayi (Lopez AD, 1996, Heron J, 2004, Figueiredo B, 2009. Hart S, Field T, 1998).

Berdasarkan paparan di atas, disusun roadmap penelitian untuk 2 tahun mendatang.



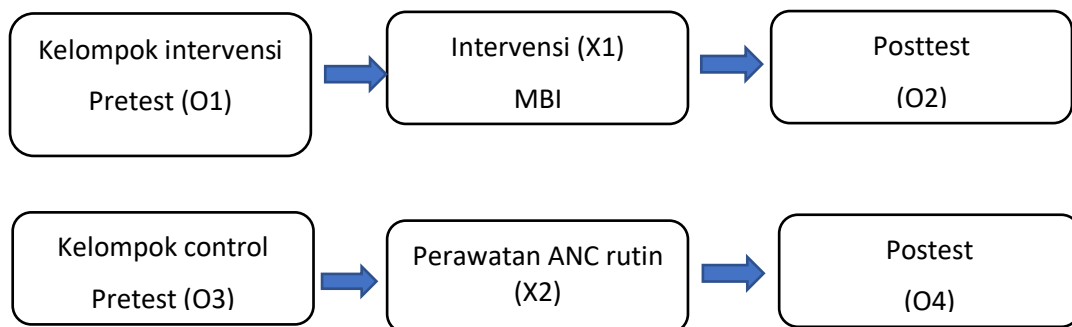
Metode atau cara untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan ditulis tidak melebihi 600 kata. Bagian ini dilengkapi dengan diagram alir penelitian yang menggambarkan apa yang sudah dilaksanakan dan yang akan dikerjakan selama waktu yang diusulkan. Format diagram alir dapat berupa file JPG/PNG. Bagan penelitian harus dibuat secara utuh dengan penahapan yang jelas, mulai dari awal bagaimana proses dan luarannya, dan indikator capaian yang ditargetkan. Di bagian ini harus juga mengisi tugas masing-masing anggota pengusul sesuai tahapan penelitian yang diusulkan.

## **METODE**

### **Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian adalah kuasi eksperimental, yaitu pretest-postest without control group. Kelompok intervensi dibedakan menjadi tiga yaitu: kelompok 1 diberikan intervensi Mindfulness, kelompok 2 mendapatkan asuhan ANC rutin, Pada gambar di bawah ditampilkan rancangan penelitian sebagai berikut:

### **Bagan Alir Penelitian**



**Gambar 2. Rancangan penelitian kuasi eksperimental (pretest posttest with control group design**

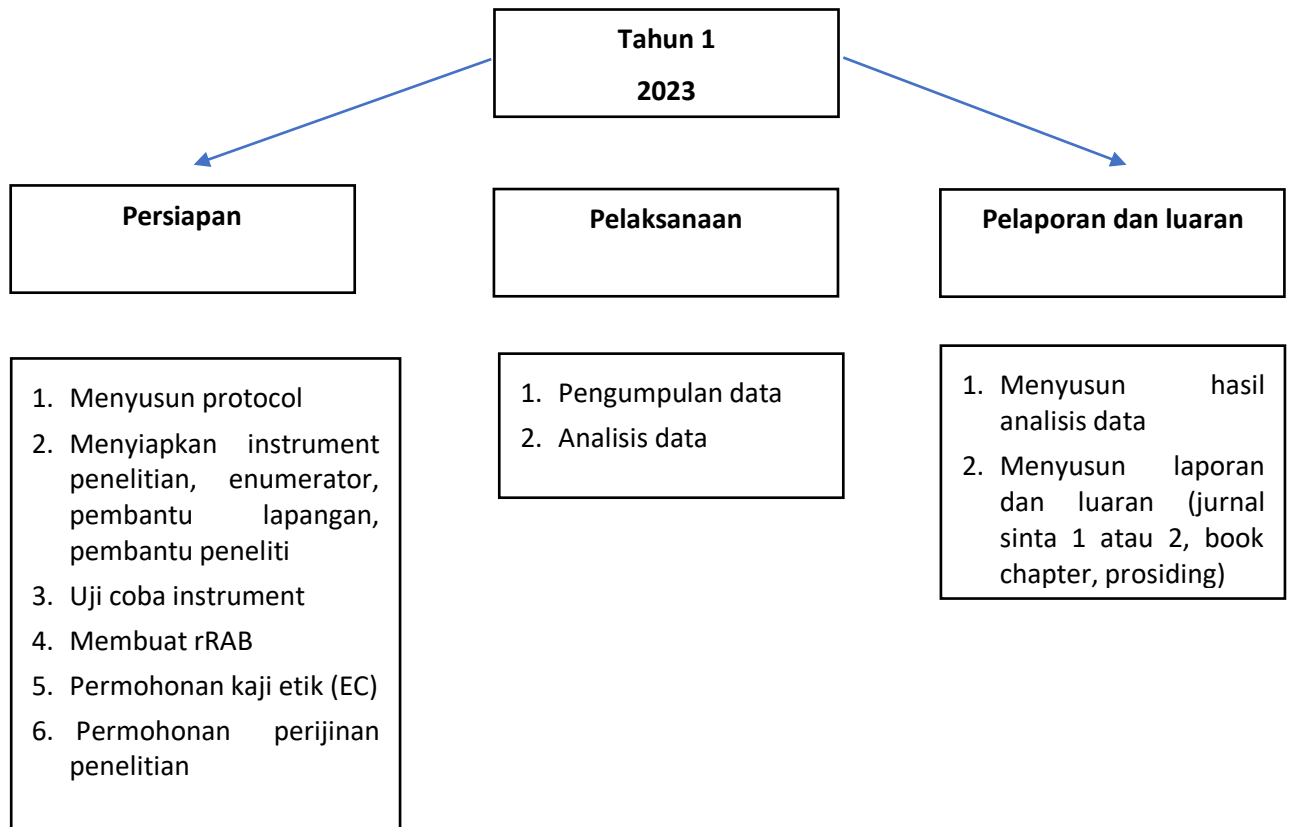
Bagan alir penelitian dapat disusun seperti pada gambar di bawah yang dimuali dari:

Tahapan 1. persiapan

Tahapan 2. pelaksanaan

Tahapan 3. pelaporan dan luaran

Setiap peneliti memiliki peran dan tanggungjawab masing-masing dalam tahap kegiatan penelitian



**Gambar 3. Bagan alir penelitian (2023)**

### **Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi penelitian yang direncanakan adalah di Puskesmas wilayah Kota Kediri yang akan diambil 2 puskesmas untuk kelompok kontrol (puskesmas Campurejo) dan kelompok intervensi (puskesmas Sukorame)

Waktu penelitian direncanakan pada tahun 2023 dari bulan April-agustus, tahun 2023 dari April- Agustus 2024.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil yang ada di Puskesmas wilayah Kota Kediri. Teknik sampling menggunakan simple random sampling. Sampel penelitian adalah ibu hamil di puskesmas wilayah kota kediri dalam periode Juni-Agustus 2023.

Kriteria inklusi: 1) Bersedia menjadi responden 2) Tidak memiliki masalah gangguan mental/psikologis; 3) Tidak menggunakan obat-obatan untuk penanganan psikologis 4) kehamilan normal

Kriteria eksklusi: 1) Mengalami komplikasi ditengah pengambilan data 2) Pindah domisili selama pengambilan data.

Rumus besar sampel menggunakan probability sampling yaitu menentukan besar sampel dan memilih subjek/responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Jumlah sampel penelitian sebanyak 70 ibu hamil.

### **Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data**

Penilaian fear of childbirth menggunakan the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ-A and B). Kualitas tidur diukur dengan menggunakan instrument Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Penilaian mental health untuk stres, cemas dan depresi menggunakan DASS 42 dan Mental Health Literacy Scale (MHLS).

### Definisi Operasional variabel

No	Variabel	Pengukuran	Skala Data
<b>1</b>	<b>Variabel bebas</b>		
	Mindfulness based intervention	Intervensi berbasis kesadaran yang dilakukan baik informal dan informal selama 8 minggu yang meliputi edukasi, Latihan meditasi, mindfulness dan yoga <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelompok intervensi</li> <li>2. Kelompok control</li> </ol>	Nominal
<b>2</b>	<b>Variabel tergantung</b>		
	Fear of childbirth	Takut melahirkan (FoC) adalah emosi negatif yang sangat umum di kalangan wanita hamil yang ditandai dengan tingkat tinggi stres dan maladaptasi emosional ke normal proses fisiologis dan psikologis kehamilan dan melahirkan	Ordinal
	Sleep quality	Kualitas tidur didefinisikan sebagai kepuasan diri individu dengan semua aspek pengalaman tidur. Kualitas tidur memiliki empat atribut: efisiensi tidur, latensi tidur, durasi tidur, dan bangun setelah onset tidur.	Ordinal
	Mental health	kesehatan mental sebagai “keadaan sejahtera di mana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya	Ordinal
<b>3</b>	<b>Variabel luar</b>		
	Umur	Umur diukur melalui pertanyaan pada kuesioner, yang dibedakan menjadi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 20 tahun</li> <li>2. &gt;20-35 tahun</li> <li>3. &gt; 35 tahun</li> </ol>	Ordinal
	Pendidikan	Tingkat Pendidikan diukur melalui pertanyaan pada kuesioner, yang dibedakan menjadi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dasar</li> <li>2. Pendidikan menengah</li> <li>3. Pendidikan tinggi</li> </ol>	Ordinal
	Penghasilan	Penghasilan diukur melalui pertanyaan pada kuesioner, yang	Ordinal

		dibedakan menjadi : 1. < UMR 2. UMR 3. > UMR	
	Pekerjaan	Jenis pekerjaan responden	Nominal
	Paritas	Jumlah persalinan yang pernah dialami : 1. Primipara 2. Multipara 3. Grande multipara	Ordinal
	Peenerimaan kehamilan	Penerimaan terhadap kehamilan saat ini : 1. Diharapkan 2. Tidak diharapkan	Nominal

### Hipotesis Peneitian

Hipotesis mayor : Terdapat pengaruh antara mindfulness based intervention terhadap fear of childbirth, sleep quality and mental health pada ibu hamil.

Hipotesis minor :

1. Mindfulness based intervention dapat menurunkan tingkat fear of childbirth
2. Mindfulness based intervention dapat meningkatkan sleep quality
3. Mindfulness based intervention dapat meningkatkan mental health
4. Mindfulness based intervention dapat menurunkan tingkat fear of childbirth, meningkatkan sleep quality dan mental health

### Analisis Data

Rencana analisis data untuk analisis univariat yaitu mengetahui data karakteristik responden/subjek (usia, Pendidikan, pekerjaan, paritas). Analisis bivariat menggunakan analisis uji t test (independent t test dan dependent t test).

Tugas dari masing-masing peneliti:

No	Nama peneliti	Tugas	Lama kerja/minggu
1	Finta Isti Kundarti	1. Menyusun proposal penelitian 2. Mengurus etical clearance/ 3. Mengurus ijin penelitian 4. Melatih enumerator/pembantu peneliti 5. Melakukan pengumpulan data 6. Menyusun instrument	10 jam/ minggu

		7. Mengolah data 8. Menyusun laporan 9. Mengurus luaran jurnal sinta 1/2	
2	Ira Titisari	1. Mengurus ijin penelitian 2. Melatih enumerator/pembantu peneliti 3. Melakukan pengumpulan data 4. Mengurus HKI	10 jam/ minggu
3	Dwi Estuning rahayu	1. Mengurus ijin penelitian 2. Melatih enumerator/pembantu peneliti 3. Melakukan pengumpulan data	10 jam/ minggu

.

Jadwal penelitian disusun dengan mengisi langsung tabel berikut dengan memperbolehkan penambahan baris sesuai banyaknya kegiatan.

Pengisian poin C sampai dengan poin H mengikuti template berikut dan tidak dibatasi jumlah kata atau halaman namun disarankan ringkas mungkin. Dilarang menghapus/memodifikasi

**C. HASIL PELAKSANAAN PENELITIAN:** Tuliskan secara ringkas hasil pelaksanaan penelitian yang telah dicapai sesuai tahun pelaksanaan penelitian. Penyajian meliputi data, hasil analisis, dan capaian luaran (wajib dan atau tambahan). Seluruh hasil atau capaian yang dilaporkan harus berkaitan dengan tahapan pelaksanaan penelitian sebagaimana direncanakan pada proposal. Penyajian data dapat berupa gambar, tabel, grafik, dan sejenisnya, serta analisis didukung dengan sumber pustaka primer yang relevan dan terkini.

Pengambilan data dilakukan mulai bulan April-September 2023 dengan jumlah responden sebanyak 66 responden yang terdiri dari kelompok intervensi (n=33 responden) dan kelompok control (n=33 responden). Intervensi mindfulness dilakukan selama 8 minggu. Pertemuan dengan instruktur (formal) dilakukan setiap 1 minggu selama 2 jam. Setelah diberi latihan maka selama 1 minggu responden mempraktikkan tugas yang diberikan oleh instruktur selama di rumah dengan mengikuti petunjuk pada buku panduan yang diberikan. Kelompok control menerima asuhan standar yang diberikan oleh puskesmas.

**Table 1 Characteristic at baseline in the intervention and control group**

Characteristics of participants	Group						p-value
	Intervention group			Control group			
	n	Mean/%	SD	n	Mean/%	SD	
Age*	33	26,45	3,751	33	25,79	3,026	0,037
Gestational age *	33	21,79	3,140	33	22,88	3,664	0,199
Parity	33			33			0,625
Primiparity	16	48,5		18	54,4		
Multiparity	17	51,5		15	45,5		
Marital status							0,317
Not married yet	1	3,0		0	0		
Married	32	97		33	100		
Education	33			33			0,541
Elementary school	10	30,3 %		5	15,2 %		
Secondary school	16	48,5 %		23	69,7 %		

High school	7	21,2 %		5	15,2 %		
Work	33			33			0,328
Work	19	57,6 %		15	45,5 %		
Doesn't work	14	42,4 %		18	54,4 %		
Income	33			33			0,640
Low	14	42,4 %		13	39,4 %		
Currently	15	45,5 %		14	42,4 %		
High	4	12,1 %		6	18,2 %		
Anxiety (DASS)*	33	10,96	(2,863)	33	10,22	(2,701)	0,541
Stress (DASS) *	33	17,63	(3,567)	33	17,39	(3,234)	0,453
Depression (DASS) *	33	12,24	3,27	33	11,88	3,27	0,648
Sleep quality (PQSI)*	33	7,557	(2,541)	33	7,557	(2,541)	0,342
FOC (WIJMA A)*	33	101,224	(34,541)	33	101,224	(34,541)	0,437

Description: \*test independent samples test, withney U test

Hasil penelitian terkait karakteristik responden pada kedua kelompok diperoleh hasil : usia dengan p-value = 0,037, usia kehamilan p value = 0,199, paritas p value = 0,625, status menikah p value = 0,317, Pendidikan p-value=0,541, pekerjaan p-value=0,328, penghasilan p-value=, 0,640, anxiety p value = 0,541, stress p value = 0,453 , depression p value = 0,648, sleep quality p value = 0,342 , FOC value = 0,437

**Table 2 Differences before and after mindfulness based intervention on anxiety, stress and depression levels (mental health) in intervention groups**

Variable	Pre test	Post test	<i>p-value</i>
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Anxiety (DASS)	10,96 (2,863)	5,84 (1,985)	0,000
Stress (DASS)	17,63 (3,567)	7,27 (2,075)	0,000
Depression (DASS)	12,24 (3,279)	7,55 (2,181)	0,000

Description: Paired Sample T-Test

Table 2 menjelaskan bahwa Anxiety pretest pada kelompok intervensi  $m=10,96 \pm SD =2,863$  dan posttest  $m=5,84 \pm SD =1,985$  p value = 0,000, stress pretest pada kelompok intervensi  $m=17,63 \pm SD =3,567$  dan posttest  $m=7,27 \pm SD =2,075$  p value = 0,000, depression pretest pada kelompok intervensi  $m=12,24 \pm SD =3,279$  dan posttest  $m=7,55 \pm SD =2,181$  p value = 0,000.

**Table 3 Differences before and after mindfulness based intervention on anxiety, stress and depression levels (mental health) in control groups**

Variable	Pretest	Post Test	<i>p-value</i>
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Anxiety (DASS)	10,22 (2,701)	10,01 (2,541)	0,178
Stress (DASS)	17,39 (3,234)	17,10 (3,345)	0,126
Depression (DASS)	11,88 (3,170)	11,24 (2,610)	0,153

Description: Paired Sample T-Test

Table 3 menjelaskan bahwa Anxiety pretest pada kelompok kontrol  $m=10,22 \pm SD =2,701$ ) dan posttest  $m=10,01 \pm SD =2,541$ )  $p$  value = 0,178, stress pretest pada kelompok intervensi  $m=17,39 \pm SD =3,234$ ) dan posttest  $m=17,10 \pm SD =3,345$ )  $p$  value = 0,126, depression pretest pada kelompok intervensi  $m=11,88 \pm SD =3,170$ ) dan posttest  $m=11,24 \pm SD =2,610$ )  $p$  value = 0,153.

**Table 4 Differences before and after mindfulness based intervention on anxiety, stress and depression levels (mental health) in intervention and control groups**

Variable	Intervention group	Control group	<i>p-value</i>
	Post Test Mean (SD)	Post Test Mean (SD)	
Anxiety (DASS)	5,84 (1,985)	10,01 (2,541)	0,000
Stress (DASS)	7,27 (2,075)	17,10 (3,345)	0,000
Depression (DASS)	7,55 (2,181)	11,24 (2,610)	0,000

Description: Independent Sample T-Test

Table 4 menjelaskan bahwa Anxiety posttest pada kelompok intervensi  $m=5,84 \pm SD =1,985$ ) vs posttest pada kelompok kontrol  $m=10,01 \pm SD =2,541$ )  $p$  value = 0,000, stress posttest pada kelompok intervensi  $m=7,27 \pm SD =2,075$ ) vs posttest kelompok kontrol  $m=17,10 \pm SD =3,345$ )  $p$  value = 0,000, depression posttest pada kelompok intervensi  $m=7,55 \pm SD =2,181$ ) vs posttest pada kelompok control  $m=11,24 \pm SD =2,610$ )  $p$  value = 0,000.

**Table 5. Kualitas tidur sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi (PQSI)**

Variables	Pretest (n=33)	Posttest (n=33)	p-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Sleep quality (PQSI)	7,698 (2,761)	3,393 (1,985)	0,000

Description: Paired Sample T-Test

Table 5 menjelaskan bahwa sleep quality pretest pada kelompok intervensi  $m=7,698 \pm SD =2,761$ ) dan posttest  $m=3,393 \pm SD =1,985$ )  $p$  value = 0,000.

**Table 6. Kualitas tidur sebelum dan sesudah pada kelompok control**

Variables	Pretest	Posttest	p-Value
-----------	---------	----------	---------

	(n=33)	(n=33)	
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Sleep quality (PQSI)	7,753 (2,642)	7,557 (2,541)	0,157

Description: Paired Sample T-Test

Table 6 menjelaskan bahwa sleep quality pretest pada kelompok kontrol  $m=7,753 \pm SD =2,642$  dan posttest  $m=7,557 \pm SD =2,541$  p value = 0,157.

**Table 7 kualitas tidur posttest pada kelompok intervensi dan control**

Variables	Intervention group (n=33)	Control group (n=33)	p-Value
	Posttest Mean (SD)	Posttest Mean (SD)	
Sleep quality (PQSI)	3,393 (1,985)	7,557 (2,541)	0,000

Description: Independent Sample T-Test

Table 7 menjelaskan bahwa sleep quality posttest pada kelompok intervensi dan kontrol  $m=3,393 \pm SD =1,985$  dan posttest  $m=7,557 \pm SD =2,541$  p value = 0,000.

**Table 8 Fear of childbirth sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi**

Variables	Pretest (n=33)	Posttest (n=33)	p-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
FOC (WIJMA A)	110,434 (35,742)	60,065 (21,985)	0,000

Table 8 menjelaskan bahwa fear of childbirth pretest pada kelompok intervensi  $m=110,434 \pm SD =35,742$  dan posttest  $m=60,065 \pm SD =21,985$  p value = 0,000.

**Table 9 Fear of childbirth sebelum dan sesudah pada kelompok control**

Variables	Pretest (n=33)	Posttest (n=33)	p-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
FOC (WIJMA A)	111,565 (36,563)	101,224 (34,541)	0,234

Table 9 menjelaskan bahwa fear of childbirth pretest pada kelompok kontrol  $m=111,565 \pm SD =36,563$  dan posttest  $m=101,224 \pm SD =34,541$  p value = 0,234.

**Table 10 Fear of childbirth posttest pada kelompok intervensi dan control**

Variables	Intervention group (n=33)	Control group (n=33)	p-Value
	Posttest Mean (SD)	Posttest Mean (SD)	
FOC (WIJMA A)	60,065 (21,985)	101,224 (34,541)	0,000

Table 10 menjelaskan bahwa fear of childbirth posttest pada kelompok intervensi dan kontrol ( $m=60,065 \pm SD =21,985$ ) dan posttest ( $m=101,224 \pm SD =34,541$ )  $p$  value = 0,000.

Analisa data

Data di uji dengan t-test (paired t-test dan independent t-test) menggunakan SPSS 25

## PEMBAHASAN

Sejumlah 60 partisipan yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi ( $n=33$  responden) dan kelompok control ( $n=33$  responden). Intervensi mindfulness diberikan selama 8 minggu, yaitu bertemu Bersama instruktur setiap 1 minggu sekali selama 2,5 jam dan (formal) dan setelah latihan bersama instruktur partisipan disarankan melakukan latihan selama 6 hari dirumah (informal) dengan diberi CD dan booklet sebagai panduan. Intervensi mindfulness memberikan manfaat kepada wanita hamil yaitu penurunan stress, cemas dan depresi. Hal ini sejalan dengan sebuah penelitian ini dilakukan pada 106 wanita dengan keguguran dini di Shiraz, Iran. Kelompok intervensi menjalani 8 sesi konseling. Pre-test dan post-test dilakukan pada kedua kelompok dengan kuesioner Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS). Terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik antara skor rata-rata pada kelompok intervensi vs. kelompok kontrol dalam hal kecemasan (masing-masing  $7,9 \pm 1,07$  vs.  $13,79 \pm 5,36$ ), stres ( $9,26 \pm 1,25$  vs.  $18,13 \pm 7,66$ ), dan depresi (masing-masing  $7,83 \pm 1,05$  vs.  $16,26 \pm 11,06$ ) ( $P < 0,0001$ ). Dapat disimpulkan bahwa MBSR dapat disarankan untuk meningkatkan kesehatan mental perempuan. (Masumeh Nasrollahi et al, 2022).

Menilai stres, kecemasan, dan depresi sangat penting untuk menjaga kesehatan perempuan secara keseluruhan. Salah satu jenis intervensi suportif nonfarmakologis adalah program MBSR. Mindfulness dapat digunakan sebagai intervensi perilaku dalam masalah klinis. Jon Kabat Zayn menggunakannya pertama kali untuk mengobati nyeri kronis. Mindfulness meningkatkan penerimaan seseorang terhadap fenomena yang tidak diinginkan dan dengan demikian mengarah pada ketahanan. MBSR merupakan metode konseling yang mengajarkan seseorang untuk hadir pada saat ini tanpa mengkhawatirkan masa depan dan mengkhawatirkan kejadian masa lalu. (Gaji-Moghaddam S et al, 2018).

MBSR mungkin cocok untuk orang yang tidak menginginkan terapi konvensional. Dalam sebuah penelitian, efektivitas MBSR terbukti segera mengurangi kecemasan, stres, dan depresi serta meningkatkan kesejahteraan mental (Jazaieri H, et al, 2012).

MBSR mengurangi kecemasan, depresi, dan stres pada wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan (Nejad FK, 2021). Sebuah penelitian menyatakan mengenai efek MBSR dalam menurunkan kecemasan, dan depresi wanita, (Zhongrong Chen et al, 2022)

Selain meningkatkan Kesehatan mental intervensi mindfulness juga dapat meningkatkan kualitas tidur wanita hamil. Hal ini sejalan dengan sebuah penelitian bahwa Kualitas tidur yang buruk juga terkait erat dengan gejala kelelahan dan hal ini sangat umum terjadi pada wanita selama kehamilan yang paling menonjol pada awal dan akhir kehamilan (Bossuah, K.A., 2017).

Hasil meta-analisis dari 16 studi yang sebagian besar penelitian menggunakan RCT dengan intervensi berbasis mindfulness pada berbagai populasi menunjukkan hasil bahwa intervensi berbasis mindfulness dapat meningkatkan kualitas tidur pada individu tanpa insomnia (Kanen, Nazir, Sedky, & Pradhan, 2015). Saat ini mindfulness sangat disarankan untuk meningkatkan kualitas tidur karena memfasilitasi kesadaran pengalaman dari berbagai

pengalaman, baik internal (misalnya pikiran, emosi, sensasi fisik) dan rangsangan eksternal (misalnya penglihatan, suara). Meditasi mindfulness memberikan pendekatan dalam mengembangkan kualitas tidur (Rusch et al., 2019). Sebuah penelitian menyatakan mengenai efek MBSR dalam meningkatkan kualitas tidur wanita. (Zhongrong Chen et al, 2022).

Penelitian menggunakan Online prenatal trial in mindfulness sleep management menyatakan bahwa hal ini inovatif dalam mengatasi masalah tidur pada kehamilan dengan menggunakan manajemen mandiri dan metode yang dapat diakses dan hemat biaya untuk sejumlah besar ibu hamil (Ira Kantrowitz-Gordon, 2020).

Pada kelompok wanita hamil di Tiongkok lainnya (n = 164), berdasarkan kualitas tidur yang lebih buruk hasil aktigrafi dan Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) menghasilkan kondisi fisik yang lebih buruk dan kualitas mental hidup yang buruk (Tsai, et al, 2016)

MBCP meningkatkan adaptasi terhadap tantangan persalinan dan mengurangi penggunaan intervensi obstetrik pada kehamilan pengaruh FOC yang tinggi yang terbukti dengan non reaktif terhadap munculnya pengalaman batin (Irena K. Veringa-Skiba et al, 2022). MBCP adalah intervensi yang hemat biaya untuk mengurangi rasa takut melahirkan pada ibu hamil wanita. (Francisca J. A. van Steensel, 2023). Sebuah penelitian yang membandingkan MBCP dan ECAU menunjukkan efek serupa terhadap kesejahteraan psikologis, pengalaman melahirkan dan kehamilan. Namun, MBCP nampaknya lebih unggul dibandingkan ECAU dalam hal perempuan pekerja mendapatkan kehidupan yang lebih baik pengalaman melahirkan dan bagi pasangan yang berisiko mengalami keluhan psikologis dalam meningkatkan kesejahteraan psikologisnya. Implikasi terhadap praktik: MBCP hanya berdampak positif terhadap pengalaman melahirkan bagi mereka yang mengalaminya (permulaan) kelahiran alami. Mungkin disarankan untuk memasukkan pasangan yang berisiko mengalami keluhan psikologis MBCP. (R.T. Van der Meulena et al, 2023)

Kualitas hidup adalah konstruksi multidimensi yang mencakup fisik, mental dan kesejahteraan Sosial. Kualitas hidup disebabkan oleh kesehatan psikologis memburuk ( $p=0,014$ ) selama periode perinatal. (AW Kang, 2020). Sebuah Penelitian menemukan bahwa risiko kurang tidur meningkat lebih dari dua kali lipat pada trimester kedua yang juga berkorelasi dengan kualitas hidup yang buruk [Sut, H.K et al, 2016). Sebuah tinjauan sistematis terhadap 37 penelitian tentang faktor-faktor mempengaruhi kualitas hidup pada wanita hamil, menemukan bahwa komponen kualitas fisik menurun selama kehamilan. Gejalanya seperti sakit punggung, kesulitan tidur dan kelelahan, serta mual tercatat menjadi faktor yang berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup. (Lagadec, N et al, 2018).

Sebuah penelitian yang melibatkan sebanyak 908 wanita hamil pada awal trimester ke-2 memiliki HRQoL tertinggi. HRQoL ibu hamil meningkat dari trimester 1 hingga awal trimester 2, dan turun kembali pada akhir trimester ke-3 karena beberapa perubahan fisik dan mental. Hal ini umum disebabkan oleh nyeri/kebingungan, masalah kesehatan sebesar (46,0%) sedangkan perawatan diri adalah hal yang paling tidak diperhatikan (Huailiang Wu et al, 2021)

Kualitas hidup seseorang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dikatakan demikian kesejahteraan umum seseorang termasuk status mental, tingkat stres, fungsi seksual dan kesehatan yang dirasakan sendiri status. Health Related Quality of Life (HRQoL) dari seorang individu meliputi status kesehatan mental, fisik kesejahteraan, kesejahteraan psikologis dan juga relevan indikator perilaku psikologis dan fisik (Clark, 2011).

Tiga ratus tiga belas makalah diidentifikasi dalam pencarian awal, dimana 10 diantaranya memenuhi kriteria inklusi. Data mencakup 7.330 peserta dari enam negara

berbeda. Penelitian ini memiliki desain longitudinal (n = 1) atau cross-sectional (n = 9). Dalam sembilan penelitian, Sleep quality dilaporkan secara subyektif melalui kuesioner laporan mandiri. Sembilan penelitian menemukan bahwa kualitas tidur yang buruk berhubungan dengan rendahnya HRQoL secara keseluruhan selama kehamilan. Ukuran efek rendah hingga sedang. Hubungan ini paling banyak dilaporkan pada trimester ketiga. Terutama gangguan tidur dan rendahnya Sleep quality subjektif tampaknya berhubungan secara konsisten dengan rendahnya HRQoL. Lebih lanjut, ditemukan indikasi bahwa Sleep quality mungkin mempunyai hubungan dengan domain mental dan fisik HRQoL. Domain sosial dan lingkungan juga dapat dikaitkan dengan Sleep quality secara keseluruhan. Meskipun penelitian yang tersedia sangat sedikit, tinjauan sistematis ini menemukan bukti bahwa Sleep quality yang rendah berhubungan dengan HRQoL yang rendah selama kehamilan. Ditemukan indikasi bahwa hubungan antara Sleep quality dan HRQoL selama trimester kedua mungkin kurang menonjol. (Annemieke Emma Josina Peters et al, 2023).

Intervensi mindfulness merupakan sebuah intervensi yang inovatif dalam meningkatkan Kesehatan mental, kualitas tidur, kualitas hidup dan ketakutak dalam menghadapi persalinan. Intervensi ini layak untuk dikembangkan kedepannya dengan menggunakan sampel yang lebih bervariasi dan jumlah yang lebih besar.

**D.STATUS LUARAN:** Tuliskan jenis, identitas dan status ketercapaian setiap luaran wajib dan luaran tambahan (jika ada) yang dijanjikan. Jenis luaran dapat berupa publikasi, perolehan kekayaan intelektual, hasil pengujian atau luaran lainnya yang telah dijanjikan pada proposal. Uraian status luaran harus didukung dengan bukti kemajuan ketercapaian luaran sesuai dengan luaran yang dijanjikan. Lengkapi isian jenis luaran yang dijanjikan serta unggah bukti dokumen ketercapaian luaran wajib dan luaran tambahan melalui Simlitabkes.

Jenis, identitas dan ketercapaian luaran wajib :

1. Jurnal sinta 2 (jurnal info Kesehatan) → publish
2. Hak cipta booklet
3. Buku ajar asuhan kebidanan kehamilan

**E.PERAN MITRA:** Tuliskan realisasi kerjasama dan kontribusi Mitra baik *in-kind* maupun *in-cash* (untuk PTUPT, PPUPT serta KRUPPT). Bukti pendukung realisasi kerjasama dan realisasi kontribusi mitra dilaporkan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Bukti dokumen realisasi kerjasama dengan Mitra diunggah melalui Simlitabkes.

Peran mitra : tidak ada

**F. KENDALA PELAKSANAAN PENELITIAN:** Tuliskan kesulitan atau hambatan yang dihadapi selama melakukan penelitian dan mencapai luaran yang dijanjikan, termasuk penjelasan jika pelaksanaan penelitian dan luaran penelitian tidak sesuai dengan yang direncanakan atau dijanjikan.

Kesulitan atau hambatan selama penelitian adalah : tidak ada

**G.RENCANA TAHAPAN SELANJUTNYA:** Tuliskan dan uraikan rencana penelitian di tahun berikutnya berdasarkan indikator luaran yang telah dicapai, rencana realisasi luaran wajib yang dijanjikan dan tambahan (jika ada) di tahun berikutnya serta *roadmap* penelitian keseluruhan. Pada bagian ini diperbolehkan untuk melengkapi penjelasan dari setiap tahapan dalam metoda yang akan direncanakan termasuk jadwal berkaitan dengan strategi untuk mencapai luaran seperti yang telah dijanjikan dalam proposal. Jika diperlukan, penjelasan dapat juga dilengkapi dengan gambar, tabel, diagram, serta pustaka yang relevan. Jika laporan kemajuan merupakan laporan pelaksanaan tahun terakhir, pada bagian ini dapat dituliskan rencana penyelesaian target yang belum tercapai.

Rencana realisasi luaran penelitian tahun 2024 luaran wajib adalah :

1. Luaran wajib : jurnal internasional bereputasi (publish)
2. Luaran tambahan : 1 hak cipta, 1 buku referensi

**H.DAFTAR PUSTAKA:** Penyusunan Daftar Pustaka berdasarkan sistem nomor sesuai dengan urutan pengutipan. Hanya pustaka yang disitasi pada laporan kemajuan yang dicantumkan dalam Daftar Pustaka.

1. Masumeh Nasrollahi, Masumeh Ghazanfar Pour, Atefeh Ahmadi, Mogaddameh Mirzaee, Katayoun Alidousti. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress of women with the early loss of pregnancy in southeast Iran: a randomized control trial. *Reproductive Health* (2022) 19:233 <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01543-2>.
2. Salari-Moghaddam S, Ranjbar AR, Fathi-Ashtiani A. Validity and Reliability measurement of the Persian version of anxiety Control Questionnaire. *J Clin Psychol.* 2018;9(4):33–43. <https://doi.org/10.22075/JCP.2018.11010.1073>.
3. Jazaieri H, Goldin PR, Werner K, Ziv M, Gross JJ. A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *J Clin Psychol.* 2012;68(7):715–31. <https://doi.org/10.1002/jclp.21863>
4. Nejad FK, Shahraki KA, Nejad PS, Moghaddam NK, Jahani Y, Divsalar P. The influence of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on stress, anxiety and depression due to unwanted pregnancy: a randomized clinical trial. *J Prev Med Hyg.* 2021;62(1):E82–8. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1691>.
5. Zhongrong Chen, Jianmei Jiang, Tingting Hu, Lan Luo, Cheng Chen, Wei Xiang. The effect of mindfulness-based stress reduction therapy on maternal anxiety, depression, and sleep quality: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2022 Feb 25;101(8):e28849.doi: 10.1097/MD.00000000000028849.
6. Ira Kantrowitz-Gordon, Susan M McCurry, Carol A Landis, Rachel Lee, Dahee Wi . Online prenatal trial in mindfulness sleep management (OPTIMISM): protocol for a pilot randomized controlled trial. *Pilot Feasibility Stud.* 2020 Sep 14;6:128.doi: 10.1186/s40814-020-00675-1. eCollection 2020.
7. Rusch, H. L., Rosario, M., Levison, L. M., Olivera, A., Livingston, W. S., Wu, T., & Gill, J. M. (2019). The effect of mindfulness meditation on sleep quality: A systematic review

- and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1445(1), 5–16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>
8. Bossuah, K.A. Fatigue in Pregnancy. *Int. J. Childbirth Educ.* 2017, 32, 10–12.
  9. Sut, H.K.; Ascii, O.; Topac, N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* 2016, 30, 302–309.
  10. Lagadec, N.; Steinecker, M.; Kapassi, A.; Magnier, A.M.; Chastang, J.; Robert, S.; Gaouaou, N.; Ibanez, G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18, 455.
  11. Huailiang Wu, Weiwei Sun, Hanqing Chen, Yanxin Wu, Wenjing Ding, Shangqiang Liang, Xinyu Huang, Haitian Chen, Qing Zeng, Zhuyu Li, Peng Xiong, Jian Huang, Babatunde Akinwunmi, Casper J P Zhang, Wai-Kit Ming · Health-related quality of life in different trimesters during pregnancy. *Health Qual Life Outcomes* . 2021 Jul 21;19(1):182. doi: 10.1186/s12955-021-01811-y.
  12. AW Kang, TB Pearlstein, KM Sharkey. Changes in Quality of Life and Sleep Across the Perinatal Period in Women with Mood Disorders. *Qual Life Res.* 2020 July ; 29(7): 1767–1774. doi:10.1007/s11136-020-02437-1.
  13. Clark MM, Warren BA, Hagen PT, Johnson BD, Jenkins SM, Wer- neburg BL, Olsen KD. Stress level, health behaviors, and quality of life in employees joining a wellness center. *Am J Health Promot.* 2011;26(1):21.
  14. Annemieke Emma Josina Peters , L B Verspeek, M Nieuwenhuijze , M W Harskamp-van Ginkel, R M Meertens The relation between sleep quality during pregnancy and health-related quality of life-a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.*. 2023 Dec;36(1):2212829. doi: 10.1080/14767058.2023.2212829)
  15. Tsai, S.-Y.; Lee, P.-L.; Lin, J.-W.; Lee, C.-N. Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health-related quality of life in pregnant women: A prospective observational study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2016, 56, 45–53.
  16. R.T. Van der Meulena, I.K. Veringa-Skibaa , F.J.A. Van Steensel, S.M. Bögels, E.I. De Bruina. Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience. *Midwifery* 116 (2023) 103545. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103545>
  17. Francisca J. A. van Steensel, Irena K. Veringa-Skiba, Annick R. Sauer, Esther I. de Bruin, and Susan M. Bögels. Cost-Effectiveness of the MindfulnessBased Childbirth and Parenting Program for Pregnant Women With Fear of Childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2023 Nov 17:S0884-2175(23)00275-7. doi: 10.1016/j.jogn.2023.10.004. Online ahead of print.
  18. Irena K. Veringa-Skiba, Kelly Zieme, Estrher I. de Bruin, Ed J. de Bruin and Susan M. Bögels. Mindful awareness as a mechanism of change for natural childbirth in pregnant women with high fear of childbirth: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2022) 22:47. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04380-0>

## ANGGARAN

Rencana anggaran biaya penelitian mengacu pada PMK yang berlaku dengan besaran minimum dan maksimum sebagaimana diatur pada buku Pedoman Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Edisi II.

**Total RAB 3 Tahun Rp.**

**Tahun 1 Total Rp. 58.597.000**

No	MAK	Jenis pembelanjaan	Komponen	Item	Volume	Kuantitas		Harga satuan	Jumlah	Jumlah diterima
						satuan				
1	521219	Bahan	ATK	Kertas HVS A4 70 gram	2	1	rim	Rp 48.000	Rp 96.000	
		Bahan	ATK	amplop	3	1	lbr	Rp 17.000	Rp 51.000	
		Bahan	ATK	pulpen	70	2	bh	Rp 5.000	Rp 700.000	
		Bahan	ATK	Blocknote	70	2	bh	Rp 5.000	Rp 700.000	
		Bahan	ATK	Tinta printer	1	1	pak	Rp 95.000	Rp 95.000	
		Bahan	ATK	foto copy protokol, laporan, instrumen	500	1	bh	Rp 350	Rp 175.000	
		Bahan	ATK	Penjilidan protokol dan laporan	10	1	bh	Rp 50.000	Rp 500.000	
		Bahan	Kaji etik	Biaya kaji etik	1	1		Rp 300.000	Rp 300.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	bahan kontak responden	66	1	bh	Rp 50.000	Rp 3.300.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	banner	1	1	bh	Rp 200.000	Rp 200.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	booklet	70	2	ktk	Rp 50.000	Rp 7.000.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	materai	6	1	bh	Rp 10.000	Rp 60.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	matras	10	1	ltr	Rp 180.000	Rp 1.800.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	yoga block	10	1	pak	Rp 50.000	Rp 500.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	strap	10	1	bh	Rp 80.000	Rp 800.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	bolster	2	1	bh	Rp 100.000	Rp 200.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	diffuser	2	1	bh	Rp 100.000	Rp 200.000	
		Bahan	Bahan penelitian habis pakai)	minyak aromaterapi	2	1	bh	Rp 100.000	Rp 200.000	
		pengumpulan data	honor	honor sekretariat penelitian	5	1	ok	Rp 300.000	Rp 1.500.000	
		pengumpulan data	honor	Honor pembantu peneliti	96	1	oj	Rp 25.000	Rp 2.400.000	
				Honor pembantu lapangan	8	1		Rp 80.000	Rp 640.000	
		pengumpulan data	transport	transport penjajagan dan jjin penelitian	4	1	ok	Rp 50.000	Rp 200.000	
		pengumpulan data	transport	transport pengambilan data	24	1	ok	Rp 50.000	Rp 1.200.000	
		pengumpulan data	transport	Transport mahasiswa	24	1		Rp 25.000	Rp 600.000	
		pengumpulan data	transport	transport responden	66	8	ok	Rp 25.000	Rp 13.200.000	
		pengumpulan data	Biaya konsumsi	konsumsi responden	80	8	ok	Rp 32.000	Rp 20.480.000	
		Pelaporan, luaran wajib dan luaran tambahan	Luaran	publikasi artikel di jurnal sinta 1 atau 2	1	1	pkt	Rp 1.500.000	Rp 1.500.000	
		<b>TOTAL BIAYA</b>								Rp 58.597.000,00
		<b>TERBILANG : Lima Puluh delapan juta lima ratus sembilan puluh tujuh ribu rupiah</b>								

# LAMPIRAN

## Dokumentasi Kegiatan

### A. Kelompok Kontrol



## B. Kelompok Intervensi

