

Konseling dan Mekanisme Koping Ibu Bersalin

Budihastuti, S.F.
Faculty of Psychology
Sarjanawiyata University Yogyakarta
budihastuti@ust.ac.id (Corresponding author)

Hakimi, M. Sunarti
Faculty of Psychology
Sarjanawiyata University Yogyakarta
hakimi.sunarti@ust.ac.id

Sri Kadarsih Soejono
Faculty of Psychology
Sarjanawiyata University Yogyakarta
srikadarsih@ust.ac.id

Abstract

Masalah persalinan masih menjadi keprihatinan karena tingginya angka kematian ibu (AKI) di Indonesia dibandingkan dengan negara Asean yang lain. Selain itu persalinan yang sebenarnya merupakan peristiwa fisiologis dapat menjadi patologis dan membahayakan ibu maupun bayi. Konseling diperlukan ibu akan bersalin agar mampu mengatur diri dalam menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi dalam dirinya dan merasa aman selama persalinan. Penelitian bertujuan untuk menguji apakah bagaimana manfaat pemberian konseling terhadap mekanisme koping ibu bersalin. Rancangan penelitian adalah rancangan preeksperimental, membandingkan kelompok (StaticGroup Comparison). Penelitian berlangsung November 2007 sampai Agustus 2009. Populasi penelitian adalah ibu primipara yang bersalin di Puskesmas T dan Puskesmas M Kota Yogyakarta sejumlah 538. Subyek penelitian 218 terdiri dari 109 kelompok perlakuan dan 109 pembanding. Karakteristik subyek distribusinya hampir merata antara kelompok perlakuan dan pembanding. Prosentase yang paling besar untuk usia 20-25 tahun (>69%), suku Jawa (>95%), pendidikan SLTA (>69%), menikah (>85%), usia kehamilan 36-40 minggu (>80%). Hasil penelitian menunjukkan mekanisme koping ada beda bermakna $p=0.000$.

Kata kunci: Konseling, ibu hamil, dan persalinan.

Pendahuluan

Persalinan dan nifas merupakan peristiwa fisiologis, meskipun dalam 25% penyimpangan yang mengancam kesejahteraan ibu dan janin (Reede dan Koniak, 2002). Component penting dalam proses persalinan adalah *passageway*

(jalan lahir), *passenger* (fetus dan placenta), *power* (kekuatan kontraksi), *pelvic/position* (posisi ibu), dan *psyche* atau respon psikologis (Lowdermilk dan Perry, 2006). Distokia sebagai akibat malfungsi salah satu faktor tersebut menjadikan waktu persalinan lebih panjang, lebih nyeri, kadang-kadang sampai dilakukan operasi

sesar. Menurut Lowe (2007), faktor-faktor yang berkaitan dengan gejala distokia perlu memperhatikan karakteristik dan psikis ibu, faktor-faktor fektus, intervensi dan asuhan intrapartum, pengkajian dan pembuatan keputusan penyedia asuhan kesehatan klinik, lingkungan sosiopolitik, dan lingkungan sosial maupun fisik persalinan.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tertinggi di ASEAN yaitu 248 per 100.00 kelahiran hidup (SDKI,2007). WHO memperkirakan 500.000 ibu usia produktif meninggal tiap tahun karena kehamilan maupun persalinan yang sebenarnya dapat dicegah penyebabnya, dan 99% kematian terjadi di negara berkembang (Stephenson, 2006). Pertolongan persalinan yang tidak profesional, kurangnya pendampingan ibu selama proses persalinan, keterlambatan mengenali tanda bahaya dan pengambilan keputusan di tingkat keluarga, keterlambatan mencapai tempat pelayanan kesehatan untuk melahirkan, dan masalah yang terjadi pada fasilitas pelayanan kesehatan sehingga ibu tidak mendapat pertolongan sesuai kebutuhan merupakan penyebab tingginya AKI (Depkes, 2004). Pada tahun 2008 terdapat 4.692 ibu meninggal akibat kehamilan, persalinan dan nifas. Kematian tersebut adalah akibat perdarahan 28%, eklamsi 24%, infeksi 11%, partus lama 5%, abortus 5% (Depkes, 2009). Dari penelitian WHO (2001) dinyatakan bahwa penyebab kematian ibu yang akan datang adalah multifaktor dan melibatkan interaksi kompleks antara faktor-faktor medis, obstetri dan sosial. Asuhan kesehatan yang dilaksanakan di ruang bersalin kadang-kadang tidak menguntungkan ibu yang sedang dalam persalinan.

Homeostasis selalu dipertahankan tubuh dan dijaga melalui sistem kontrol dan komunikasi oleh saraf dan hormon. Fungsi otak dalam memelihara homeostasis adalah mengadakan reaksi terhadap adanya stresor lingkungan, penyakit dan trauma (Nestler dkk, 2001). Jika berbagai perubahan saat persalinan dianggap sebagai stresor, maka hal ini akan mengganggu tercapainya homeostasis. Tingginya stresor mengakibatkan sekresi katekolamin yang dapat menghambat kontraksi uterus dan aliran darah placenta meningkat sehingga partus tak maju. Makin lama persalinan makin tinggi konsentrasi katekolamin dalam darah. Tanpa adanya peredaan, hal tersebut dapat menimbulkan gangguan kontraksi uterus, partus lama, peningkatan kadar kortisol ibu. Persalinan lama dapat mengakibatkan infeksi intrapartum, ruptur uteri, pembentukan cincin retraksi patologis, pembentukan fistula, atau cedera otot-otot dasar panggul.

Otot dan jaringan lunak pada vagina merupakan jalan lahir yang memberi tahanan untuk meregang. Tenaga persalinan yang utama diperoleh dari kontraksi otot involunter uterus yang menyebabkan pelebaran dan pemendekan serviks ketika kala I. Kekuatan kedua adalah kontraksi otot volunter abdomen ibu ketika kala II persalinan yang membantu mengeluarkan fetus. Untuk kesejahteraan ibu dan fetus adanya periode relaksasi diantara kontraksi-kontraksi sangatlah penting. Pembuluh darah yang mensuplai placenta ditekan pada setiap kontraksi sehingga menurunkan jumlah oksigen yang mengalir ke fetus. Periode relaksasi mengijinkan pembuluh darah mengisi dengan darah kaya

oksigen untuk mensuplai uterus dan placenta. Relaksasi juga perlu sehingga otot-otot ibu tidak menjadi terlalu lelah dan memperkenankan ibu yang sedang bersalin meredakan nyeri persalinan sebentar.

Hormon yang produksinya meningkat karena persalinan adalah adrenalin, nor adrenalin dan kortisol. Menurut Burroughs dan Leifer (2001), kadar katekolamin dan kortisol yang tinggi saat partus berkorelasi dengan kecemasan serta nyeri ibu. Kenaikan adrenalin dan kortisol yang lebih besar dari pada nor adrenalin membuktikan bahwa stres mental lebih tinggi dari pada stres fisik (Alehagen dkk., 2001).

Setiap tahap persalinan terjadi perubahan fisik dan psike (Olds dkk, 2000). Banyak faktor yang mempengaruhi kejiwaan ibu saat bersalin. Ketika kontraksi uterus menimbulkan nyeri, ditambah rasa takut dan cemas akibat perubahan tersebut, tonus simpatis menjadi meningkat. Peningkatan tonus simpatis yang berlebihan mengakibatkan kegagalan kontraksi uterus sehingga partus tak maju dan suplai oksigen yang mengalir ke fetus terganggu. Menurut Kuczkowski (2004), stres ibu selama persalinan adalah respon psikologis kompleks yang dapat dipengaruhi berbagai faktor termasuk harapan, tingkat pendidikan, kehebatan nyeri, lingkungan kamar bersalin dan adanya pemberi dukungan. Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Nurhadi dan Nursalam (2005), bimbingan spiritual berdampak positif terhadap pengurangan distress pasien terminal yang dirawat di rumah sakit. Jika distress dapat dikurangi maka respons imun akan meningkat sehingga infeksi-infeksi sekunder dapat diminimalkan.

Saat persalinan ibu harus mampu menangani atau menanggulangi diri (melakukan coping) agar selama persalinan tetap merasa aman. Sikap positif terhadap peristiwa persalinan membuat kadar endorfin tinggi dan peningkatan endorfin menguntungkan karena menurunkan sensitifitas nyeri. Ibu yang tidak tahu tentang peristiwa yang sedang dan akan terjadi dapat takut, cemas, dan akan makin takut kalau nyeri makin hebat. Simkin, Paskali-Bonaro dan Kroeger (2004) menjelaskan distokia dapat disebabkan emosi yang mendalam, biasanya akibat ketidaktahuan kondisi yang dialami.

Ibu yang akan bersalin ada yang mendapat informasi dari keluarga, sahabat, atau orang dekat lainnya sesuai dengan pemahaman mereka. Beberapa pendapat mengatakan bahwa bersalin itu sakit, ada yang harus dijahit, kadang-kadang sampai berteriak-teriak, dan lain-lain sesuai dengan pengalaman mereka. Akibat ketidaktahuan menjadikan ibu maupun keluarga menjadi bingung, cemas, takut, menghadapi persalinan makin merasa ngeri, dan ini dapat menimbulkan kelelahan, kecemasan yang makin tinggi kalau tidak diselesaikan. Penelitian yang telah dilakukan Tumblin & Simkin (2001) tentang persepsi ibu hamil tentang peran perawat ketika persalinan menyimpulkan bahwa ibu mengharapkan agar perawat menyediakan waktu untuk memberi rasa nyaman, dukungan emosional dan dukungan informasi.

Konseling atau pemberian informasi merupakan aspek terpenting dalam asuhan keperawatan. Dari wawancara dengan ibu-ibu yang akan bersalin pada umumnya tidak tahu peristiwa yang akan terjadi selama persalinan, lama persalinan

yang akan dijalani dan upaya penanggulangan diri (mekanisme koping=*coping mechanism*) pada saat proses persalinan. Oleh karena itu diperlukan peningkatan pengetahuan melalui konseling karena konseling merupakan peristiwa belajar yang akan mengubah perilaku.

Dalam bidang kesehatan, pengembangan mutu pelayanan telah bergeser dari pelayanan prima (*service excellence*) menjadi pelayanan klinik (*clinical excellence*) yang perlu perubahan mendasar dalam hal budaya organisasi (Mandel dkk., 2004). Semula budaya organisasi bersifat saling menyalahkan (*blame culture*) menjadi budaya keselamatan (*safety culture*). Perubahan budaya tersebut sangat dipengaruhi budaya dan mutu profesi. Perubahan-perubahan yang selalu terjadi pada setiap tahap persalinan perlu dikenal ibu yang akan bersalin sehingga dia mampu menerima perubahan tersebut dan mengupayakan penyelesaian akibat perubahan serta menangani perubahan tersebut sebaik-baiknya. Ketika masa persalinan, ibu harus mampu menangani atau menanggulangi diri (melakukan *coping*) agar selama persalinan merasa aman dan nyaman. Sikap positif terhadap peristiwa persalinannya membuat kadar endorfin tinggi dan peningkatan endorfin menurunkan sensitifitas nyeri. Mekanisme koping atau mekanisme mengelola stresor diperlukan ibu bersalin yang kemungkinan dapat diselesaikan dengan cara konseling.

Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran mekanisme koping ibu bersalin yang mendapat konseling?

Fisiologi Persalinan

Permulaan persalinan ditentukan oleh interaksi kompleks beberapa hormon fetus dan placenta. Progesteron mencegah kontraksi uterus. Persalinan terjadi pada konsentrasi progesteron berkurang. Pada akhir kehamilan kadar estrogen dalam darah ibu sangat meningkat. Kenaikan estrogen merupakan akibat kenaikan sekresi CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*) oleh placenta yang menstimulasi hipofisis anterior fetus agar mensekresi ACTH (Tortora & Grabowski, 2006). Setelah itu ACTH menstimulasi kelenjar adrenal fetus agar mensekresi kortisol dan DHEA (DeHidroEpi Androsterone). Placenta kemudian mengubah DHEA menjadi estrogen. Kadar estrogen yang tinggi meningkatkan oksitosin dan merangsang pembentukan gap junctions di otot uterus. Oksitosin disekresikan hipofisis posterior, menstimulasi kontraksi uterus. Relaksin placenta membantu meningkatkan fleksibilitas simfisis pubis dan dilatasi serviks uteri. Estrogen menstimulasi placenta agar mensekresi prostaglandin yang merangsang produksi enzim pencerna serabut kolagen dalam serviks yang menyebabkan serviks lunak.

Kontrol kontraksi uterus selama persalinan terjadi melalui siklus umpan balik positif (Gambar). Kontraksi miometrium menyebabkan tubuh bayi turun sehingga meregangkan serviks. Reseptor regangan di serviks mengirim impuls saraf ke sel-sel neurosekretori dalam hipotalamus, terjadi sekresi oksitosin. Oksitosin kemudian dibawa darah ke uterus yang akan menstimulasi miometrium lebih kuat. Ketika kontraksi sangat kuat, tubuh bayi meregangkan serviks lebih lebar. Regangan tersebut menghasilkan impuls saraf yang menstimulasi sekresi oksitosin lebih ban-

yak. Dengan kelahiran bayi, siklus umpan balik positif selesai.

Persalinan sesungguhnya (*true labor*) mulai ketika kontraksi uterus terjadi dengan interval teratur, yang biasanya menimbulkan nyeri. Ketika interval kontraksi memendek, frekuensi kontraksi meningkat. Gejala lain persalinan sesungguhnya pada beberapa wanita adalah lokalisasi nyeri di pinggang belakang bawah yang diperhebat oleh aktifitas berjalan.

Indikator persalinan sesungguhnya adalah dilatasi serviks dan adanya lendir darah. Pada persalinan tidak sesungguhnya (*false labor*), nyeri yang terasa dalam perut tidak teratur, tidak menghebat, dan dengan berjalan tidak berubah. Selain itu tidak terjadi dilatasi serviks dan tidak ada lendir darah yang keluar.

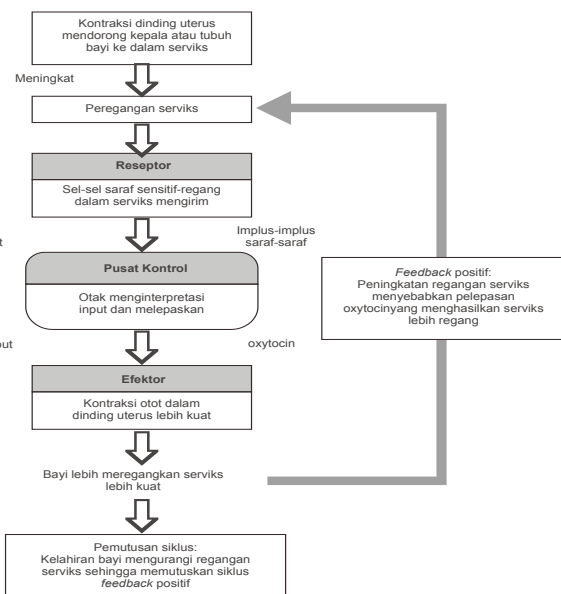
Komponen penting dalam persalinan meliputi "5Ps" yaitu powers, passanger, pelvis, passge-away, psyche (Davidson dkk., 2006). Power merupakan tenaga berupa kontraksi uterus yang menyediakan kekuatan mendorong fetus maupun placenta. Passanger adalah keadaan fetus, passageway terdiri dari serviks dan vagina, panggul atau pelvis dan psyche.

Kontraksi uterus adalah tenaga persalinan, yang utama diperoleh dari kontraksi otot involunter uterus yang menyebabkan pelebaran dan pemendekan serviks ketika kala I (Klossner & Hatfield, 2006). Kekuatan kedua adalah kontraksi otot volunter abdomen ibu ketika kala II persalinan yang membantu mengeluarkan fetus. Persalinan merupakan proses fisiologis, dimulai dengan kontraksi uterus teratur yang menyebabkan pemendekan dan pembukaan serviks (Reeder

dkk., 2000). Tenaga fisiologis dalam persalinan terdiri dari frekuensi, durasi, intensitas kontraksi uterus sebagai penggerak fetus melalui jalan lahir dan efektifitas kekuatan mengejan ibu. Ketika kala I ibu dianjurkan jalan-jalan jika belum ada robekan selaput ketuban. Tenaga tambahan adalah upaya mendorong ibu yang menambah kontraksi volunter dalam upaya terkoordinir. Upaya volunter tersebut datang saat berespons terhadap keinginan mengejan dan umumnya hanya efektif pada kala Menurut Bobak (2004), persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, placenta, membran, dari dalam uterus menuju jalan lahir. Kontraksi uterus seperti gelombang peristaltik, mulai dari fundus ke bawah dan berakhir dengan pengeluaran fetus. Kontraksi uterus sebagai salah satu penentu kemajuan persalinan menjadi sumber kekuatan penting yang menghasilkan dilatasi serviks, menjadikan fetus keluar dan lepasnya placenta (Burroughs & Leifer, 2001). Untuk pengeluaran fetus, uterus melalui tahapan kontraksi. Setiap kontraksi uterus involunter terjadi dalam tiga tahap yaitu 1) periode ketika intensitas kontraksi meningkat (*increment*), terpanjang; 2) periode ketika kontraksi pada puncaknya (*acme*); 3) periode penurunan intensitas (*decrement*), kemudian diikuti periode relaksasi.

Otot di serviks tidak terlalu banyak sehingga mudah tertarik dan membuka. Penipisan dan pembukaan terjadi, terutama jika ada tekanan oleh bagian janin yang keras misalnya kepala. Pada akhir kehamilan, relaxin yang dihasilkan ovarium meningkat (Dewhurst, 1980) sehingga meningkatkan fleksibilitas simfisis pubis dan membantu dilatasi serviks uteri yang akan

memfasilitasi persalinan. Adanya periode relaksasi diantara dua kontraksi sangat penting untuk kesejahteraan ibu dan fetus. Pembuluh darah yang mensuplai placenta ditekan pada setiap kontraksi sehingga menurunkan jumlah oksigen yang mengalir ke fetus. Periode relaksasi memungkinkan pembuluh darah mengisi dengan darah kaya oksigen untuk mensuplai uterus dan placenta. Relaksasi juga perlu sehingga otot-otot ibu tidak menjadi terlalu lelah dan memperkenankan ibu yang sedang bersalin meredakan nyeri persalinan.



Gambar 1. Feedback positif mengontrol kontraksi persalinan ketika melahirkan.

Sumber: Tortora & Grabowski, 2006

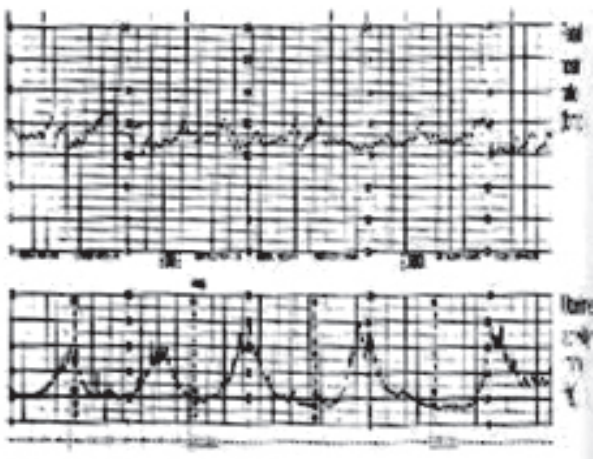
Pola kontraksi penting karena dapat menunjukkan tahapan persalinan, kesulitan yang dialami ibu atau fetus dan kemungkinan terjadinya persalinan disfungsi. Rata-rata persalinan dimulai dengan kontraksi yang intensitasnya ringan tiap 10 menit dan durasi 30 detik (Sherwen dkk., 1991). Ketika persalinan berjalan, kontraksi

menjadi lebih sering dan lebih lama dengan intensitas lebih kuat. Kontraksi persalinan yang baik adalah kontraksi yang efektif, membawa kemajuan persalinan, tidak berkaitan dengan nyeri, mengabaikan tonus uteri ketika ditentukan dengan palpasi fundus, dan mengabaikan jumlah "unit Montevideo" yang dikaji dengan monitoring tekanan intrauterin (Reuwer dkk., 2009). Dalam hal ini tidak mengevaluasi kualitas kontraksi. Efisiensi dan efektifitas uteri ditunjukkan oleh kemajuan dilatasi serviks.

Ketika kontraksi ada penurunan aliran darah ke arteri uterina dan ruang-ruang intervili. Pengurangan aliran darah menurunkan denyut jantung janin. Jika kontraksi menjadi lebih sering dan lebih lama, penurunan aliran darah dapat menumpuk sehingga membahayakan fetus. Penerimaan suplai oksigen fetus berkurang dan mengalami stres ketika kontraksi (Burroughs & Leifer, 2001). Berkurangnya pertukaran oksigen tersebut dapat menimbulkan gawat janin .

Kontraksi uterus merupakan refleks neuroendokrin. Kontraksi miometrium menyebabkan bayi turun sehingga meregangkan serviks. Reseptor regangan di serviks mengirim impuls saraf ke sel-sel neurosekretori dalam hipotalamus, terjadi sekresi oksitosin. Oksitosin kemudian dibawa darah ke uterus yang akan menstimulasi miometrium lebih kuat. Ketika kontraksi sangat kuat, tubuh bayi makin meregangkan serviks sehingga menjadi lebih lebar. Regangan tersebut menghasilkan impuls saraf yang menstimulasi sekresi oksitosin lebih banyak. Demikian terjadi terus menerus sehingga pelebaran serviks makin lengkap. Dengan kelahiran bayi, siklus umpan balik positif selesai.

Aktivitas uterus hipertonic dapat mengurangi waktu untuk pertukaran oksigen dan hasil metabolisme dalam placenta (McKinney dkk., 2000). Kontraksi dapat terlalu panjang (>90 detik) atau sering (setiap <2 menit) atau interval terlalu pendek (<60 detik). Pada saat persalinan, uterus terbagi dua. Pembagian ini diketahui dari adanya cincin retraksi fisiologis. Bagian atas segmen kontraktile secara progressif, bagian bawah meliputi segmen uteri yang pasif. Setelah serviks dilatasi penuh, otot abdomen ibu berkontraksi. Ketika kepala fetus menuruni dasar panggul berakibat tekanan di serviks maka ketebalan daerah perineum berkurang (<1 cm).



Gambar 2.

Sumber: Klossner & Hatfi eld, 2006

Kardiotokografi (KTG) merupakan salah satu alat elektronik yang digunakan untuk mendeteksi adanya gangguan berkaitan dengan hipoksia janin dalam rahim. KTG melakukan penilaian pola denyut jantung janin dalam hubungannya dengan adanya kontraksi uterus atau aktifitas/ gerak janin dalam rahim. Cara pemantauannya dapat dilakukan secara invasif.

Sifat kontraksi uterus yang baik adalah teratur, makin sering dan makin kuat (amplitudo makin tinggi) serta durasi makin lama. Kontraksi uterus tersebut didominasi oleh fundus uteri, sehingga menghasilkan dilatasi serviks dan atau penurunan janin.

Jalan Lahir

Faktor jalan lahir meliputi ukuran panggul ibu (diameter pintu atas panggul, midpelvis, dan pintu bawah panggul), tipe panggul ibu (gynecoid, android, anthropoid, platypelloid, atau kombinasi), kemampuan dilatasi dan penipisan serviks maupun kemampuan introitus vagina membuka. Serviks dan vagina termasuk jaringan lunak yang merupakan bagian jalan lahir. Ketika awal kehamilan bentuknya panjang dan tertutup. Saat mulai persalinan, kontraksi uterus mempengaruhi serviks sehingga memendek/menipis (effacement). Selain itu serviks juga mulai melebar. Saluran vagina berpartisipasi dalam persalinan melalui distensi pasif. Rugae dinding vagina terhapus selama persalinan diikuti pelebaran. Jaringan otot primipara memberi tahanan yang lebih besar untuk relaksasi dan kontraksi dibandingkan dengan multipara sehingga waktu persalinan primipara lebih panjang dari multipara.

Nyeri persalinan merupakan proses fisiologis normal. Karakteristik ini berbeda dengan tipe nyeri lainnya. Karena hal itu dapat diprediksi, ibu dapat menyiapkan diri dan menanggulangi nyeri lebih baik. Proses-proses psikologis seperti pengalaman sebelumnya, perhatian, dan emosi, dapat mempengaruhi persepsi serta respons

nyeri. Hal ini meliputi gosokan punggung (back rub), penekanan sacrum, effleurage, anjuran/bisikan (suggestion), distraksi, pengkondisian/persiapan (Olds dkk., 2000). Tingkat rasa tak nyaman yang dialami selama persalinan sangat bervariasi diantara individu (Reeder dkk., 2000). Rasa nyeri saat kontraksi yang mungkin disebabkan iskemi dalam korpus uteri, akan diteruskan serabut saraf yang ada disitu melalui saraf sensorik dupleksus hipogastrik ke sistem saraf pusat. Nyeri di pinggang sering terasa pada kala pembukaan dan jika bagian bawah uterus turut berkontraksi maka serabut sensorik turut terangsang. Menurut Meizack et al. (1965 cit. Reeder, 2002) endorfin berperan dalam teori nyeri. Rangsang sebanding yang diterima manusia, ada yang diterima sebagai nyeri hebat, yang lain nyeri sedang, lainnya tidak nyeri sama sekali. Hal ini memberi kesan bahwa mekanisme tersebut melibatkan faktor-faktor yang dapat menentukan eksistensi nyeri dan pengaruh sifat pengalaman nyeri. Faktor-faktor tersebut tidak hanya stimulasi serabut nyeri, tetapi juga stimulus cutaneus, input sensori lain, pikiran dan perasaan.

Sensasi nyeri berhubungan dengan aktifitas (labor) dari tempat-tempat yang berbeda, tergantung tahap persalinan. Nyeri persalinan pada kala I mempunyai karakteristik sesuai tipe nyeri abdomen lain. Pada saat ini stimulasi reseptor nyeri dalam serviks dan segmen bawah uteri berkuasa dalam berespons terhadap regangan yang dikehendaki untuk menipiskan dan membuka cervix. Nyeri sering menyebar, terjadi di perut bagian bawah, mungkin menyebar ke punggung yang lebih bawah, bokong dan paha. Seringkali dijelaskan peristiwanya seperti

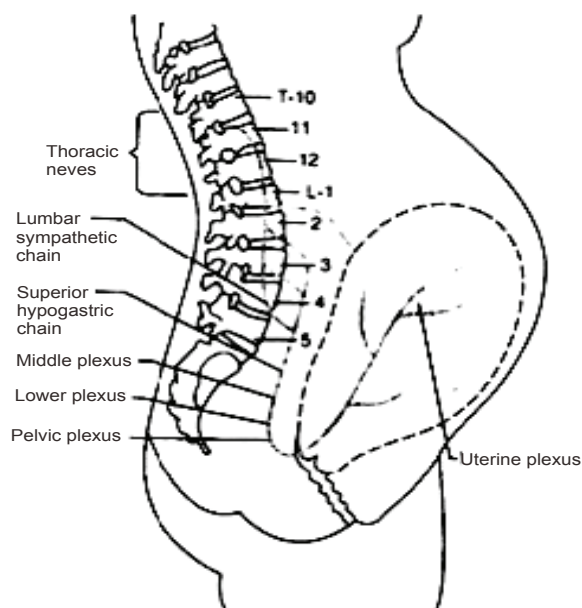
gelombang, dengan beberapa gelombang yang lebih kuat dari yang lain. Kontraksi mulai seperti kram dalam perut atau punggung bagian bawah. Setelah itu secara bertingkat, kekuatannya mencapai puncak kemudian pelan-pelan berkurang sampai nyeri hilang.

Pada kala II sumber utama nyeri berasal dari tekanan perineum dan kanal persalinan ketika fetus turun. Rasa tak nyaman kala II berhubungan dengan (1) hipoksia akibat kontraksi sel-sel otot uteri, (2) distensi vagina dan perineum, serta (3) tekanan pada struktur yang berdekatan.

Nyeri ketika kala III hasil dari kontraksi uterus dan dilatasi cervix ketika placenta dikeluarkan. Nyeri jika tidak diredakan menyebabkan perubahan-perubahan yang dapat mempengaruhi ibu dan fetus. Kontraksi adalah stimuli yang mengawali nyeri. Ketika nyeri menjadi kuat untuk menekan reseptor nyeri, berbagai faktor akan mempengaruhi persepsi dan interpretasi nyeri. Faktor-faktor tersebut meliputi kecemasan, ketakutan, kelelahan, intensitas kontraksi, pengalaman sebelumnya, norma budaya, makna peristiwa ini, kesiapan melahirkan, dan support ketika melahirkan, seluruhnya berpotensi mengubah pengalaman nyeri.

Tanpa pertolongan interpretasi nyeri yang tidak enak dan negatif, peningkatan respons otonom akan memicu perubahan-perubahan berikutnya yang dapat mempengaruhi ibu dan bayi. Perubahan-perubahan tersebut dapat meliputi peningkatan cardiac output, tahanan perifer, tekanan darah, hiperventilasi, produksi asam laktat, konsumsi oksigen, dan pelepasan katekolamin. Pada saat yang sama,

ada kemungkinan penurunan aktivitas kontraksi uterus, suplai darah uterus, dan perfusi cerebral. Ketika kontraksi menjadi cukup kuat untuk memunculkan tekanan pada reseptor nyeri, banyak faktor yang akan mempengaruhi persepsi dan interpretasi nyeri.



Gambar 3. Lintasan Nyeri.
Sumber: Davidson, 2008: 596

Banyak faktor yang mempengaruhi nyeri persalinan. Faktor psikososial meliputi tingkat ketakutan dan kecemasan ibu, budaya, dan seputar pengalaman melahirkan misalnya apakah kehamilan direncanakan atau tidak, anak diinginkan atau tidak, kelahiran sudah waktunya atau belum, dan bayi hidup atau mati. Intensitas nyeri persalinan yang diterima dipengaruhi oleh berbagai variabel. Ibu yang lebih muda, primipara, lebih sering mengatakan sangat nyeri.

Atensi dan distraksi dapat mempengaruhi nyeri (Olds dkk., 2000). Untuk menghilangkan rasa takut sebelum terjadi kontraksi, Reeder dkk.

(2000) berpendapat, sebaiknya ibu diarahkan bahwa perubahan rasa nyaman yang terjadi adalah karena kontraksi uterus yang akan memajukan persalinan, bukan nyeri yang perlu ditakuti. Persiapan melahirkan melalui membaca, bicara dengan orang lain, atau menghadiri kelas persiapan melahirkan sering berefek positif bagi ibu dan suaminya (Olds dkk., 2000).

Hormon-Hormon yang Terlibat Pada Persalinan

Berbagai penelitian tentang permulaan partus berfokus pada keseimbangan antara kadar hormon yang menstimulasi kontraksi dan kadar hormon yang cenderung merelaksakan otot-otot uterus (Reeder dkk., 2000). Hipotesis lain adalah teori oksitosin. Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi. Beberapa ilmuwan mengemukakan bahwa kenaikan kadar oksitosin menyebabkan terjadinya persalinan. Prostaglandin mempengaruhi persalinan dengan cara melunakkan serviks dan menstimulasi kontraksi uterus. Menurut Burroughs dan Leifer (2001), ketika kehamilan sampai saatnya, ada perubahan kadar hormon. Oksitosin dan prostaglandin meningkat sehingga menimbulkan sensitifitas uterus untuk berkontraksi. Oksitosin meningkatkan kontraksi uterus melalui dua cara yaitu (1) menggiatkan sel-sel otot polos uterus sehingga uterus berkontraksi dan (2) menstimuli pembentukan prostaglandin dalam decidua (Ganong, 2003).

Kortisol disekresi oleh korteks adrenal, merupakan hormon yang disekresi oleh tubuh dalam berespon terhadap stres fisik dan emosi. Karena

kadar kortisol segera meningkat dalam berespons terhadap stres fisik atau emosi, hormon tersebut disebut sebagai "hormon stres" (Kabat, 2004). Kadar kortisol dan katekolamin meningkat saat partus dan berkorelasi dengan kecemasan serta nyeri ibu (Burroughs & Leifer, 2001). Pengeluaran kortisol diaktifkan terutama oleh stres negatif seperti rasa takut, cemas, depresi, dan tidak ada kontrol (Alihagen dkk., 2001; 2005). Menurut Frankenhaeuser (1991 dalam Alehagen dkk., 2001), pengeluaran kortisol diaktifkan oleh stres mental, tetapi dibandingkan dengan adrenalin, kortisol diaktifkan lebih selektif terutama oleh stres negatif seperti takut, cemas, depresi, dan kurang kontrol. Dosis kortisol yang tinggi dapat menimbulkan atrofi jaringan limfosit dalam timus, limfa dan kelenjar limfe (McCance, 1996 dalam Nursalam, 2005). Ketika kortisol dikeluarkan berlebihan secara kronik, akibat fisiologis yang merusak dapat berkembang seperti peningkatan tekanan darah, diabetes, atherosclerosis, supresi kekebalan, resorpsi tulang (osteoporosis) dan atrofi otot.

Endorfin merupakan peptida opioid, termasuk penghilang nyeri alami (Tortora & Grabowski, 2003). Endorfin mempengaruhi transmisi impuls-impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Adanya endorfin pada sel saraf menurunkan sensasi nyeri. Kadar endorfin berbeda satu sama lain. Pada situasi tertentu, misalnya stres & hamil menyebabkan kenaikan kadar endorfin. Ketika hamil dan melahirkan, ibu dan fetus dapat menurun sensitifitasnya terhadap nyeri karena peningkatan kadar endorfin. Ketika usia kehamilan 36 mg, ibu dengan sikap positif terhadap kehamilannya ditemukan memiliki

kadar endorfin dalam darah lebih tinggi. Ketika melahirkan, ibu memiliki kadar endorfin 30x lebih tinggi dibandingkan saat tidak hamil (Newnham, 1984 cit Reeder & Koniak, 2000) dan dari kadar tersebut ditemukan 20x lebih tinggi pada ibu yang partus lama, sulit, dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa komplikasi.

Peningkatan endorfin menurunkan sensitifitas nyeri. Ibu yang tidak tahu peristiwa yang sedang dan akan terjadi dapat takut, cemas, dan akan makin cemas kalau perubahan rasa nyaman makin hebat. Akibat yang merugikan adalah terjadinya peningkatan tonus simpatis. Tanpa adanya peredaan hal tersebut dapat menimbulkan gangguan kontraksi uterus, partus lama, peningkatan kadar kortisol ibu. Perubahan-perubahan yang selalu terjadi pada setiap tahap persalinan perlu dikenal ibu yang akan bersalin sehingga dia mampu menerima perubahan tersebut dan mengupayakan penyelesaian akibat perubahan serta menangani perubahan tersebut sebaik-baiknya.

Katekolamin (hormon stres) yang disekresi ketika ibu cemas dan takut, diketahui menghambat kontraksi uterus dan aliran darah placenta. Aktivasi sistem stres memimpin perubahan perilaku dan periferal yang meningkatkan kemampuan organisme mengatur homeostasis dan meningkatkan kesempatan bertahan (Chrousos & Gold, 1992). Produksi katekolamin pada wanita melahirkan sebenarnya menguntungkan karena akan menyiapkan tubuh dalam menyimpan dan mengeluarkan energi. Meskipun demikian, jumlah yang berlebihan dapat mengganggu persalinan dan janin, termasuk kurangnya efi

siensi kontraksi uterus, proses persalinan lama, dan hambatan pengeluaran darah dari uterus dan placenta. Fetus juga menghasilkan peningkatan katekolamin terutama nor epinefrin sebagai respon terhadap stres akibat persalinan normal dan hipoksia temporer.

Masalah Psike yang Mempengaruhi Persalinan

Psike atau respons psikologis ibu dapat mempengaruhi kemajuan persalinan atau kemungkinan melemahkan tenaga (Reeder dkk., 2000). Psike ibu adalah kemampuannya rileks dan berkonsentrasi kepada sekelompok otot, mempertahankan kecemasan tetap rendah, juga berperan dalam kemajuan persalinan normal (Burroughs & Leifer, 2001). Rasa takut atau senang dan kesiapannya menghadapi persalinan mempengaruhi kemajuan persalinan (Bobak, 2004).

Stres maternal ketika partus adalah respons psikologis kompleks yang dapat dipengaruhi berbagai faktor termasuk harapan klien, tingkat pendidikan ibu, kehebatan nyeri, lingkungan ruang bersalin, dan adanya pemberi dukungan (Pascali - Bonaro & Kroeger, 2004). Menurut Burrough & Leifer (2001), budaya, harapan, pengalaman sebelumnya, hambatan bahasa, dan kehadiran pemberi dukungan adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan ibu mengelola (to cope) stresor persalinan.

Kesiapan psikososial orang tua meliputi rasa takut, cemas, bayangan melahirkan, dan dukungan sosial. Faktor-faktor psikososial termasuk

perubahan peran dan harapan mereka berdua selama persalinan yang sesuai mempengaruhi calon ibu maupun ayah. Berbagai faktor mempengaruhi reaksi ibu terhadap persalinan dan berkontribusi terhadap pengalaman melahirkan yang positif. Kemampuannya menyelesaikan tugas-tugas kehamilan, penggunaan mekanisme koping dalam berespon terhadap peristiwa kehidupan yang penuh stres, pengalaman sebelumnya, sistem suport, persiapan melahirkan, pengaruh budaya, merupakan faktor-faktor penting (Mullaly 2004 cit Davidson dkk., 2008).

Kemajuan persalinan sangat tergantung pada hubungan yang saling melengkapi antara jalan lahir, fetus, kekuatan persalinan dan faktor psikososial ibu. Takut melahirkan dapat dilihat sebagai takut biologis (takut nyeri), psikologis (berhubungan dengan kepribadian, peristiwa traumatik sebelumnya, atau takut dengan peran sebagai orang tua pada waktu yang akan datang), sosial (tidak ada pemberi dukungan, ekonomi tak menentu), spiritual (mis. merasa berdosa dengan peristiwa kehamilan tanpa pernikahan), atau takut secara sekunder (berasal dari pengalaman melahirkan sebelumnya (Saisto & Helmiski, 2003). Ketika ibu merasa percaya diri dengan kemampuannya mengatasi dan menemukan cara kerja kontraksinya, proses persalinan dipermudah. Ibu yang takut dan cemas atau merasa nyeri hebat, dia akan menjadi tegang dan melawan kontraksi sehingga menurunkan kemampuannya dalam mengatasi gangguan rasa nyaman selama persalinan. Situasi ini sering menjadi siklus antara takut, tegang, dan nyeri yang mengganggu kemajuan persalinan (Klossner & Hatfi eld, 2006).

Waldenstrom (2004-2005) dalam penelitiannya menyatakan bahwa faktor resiko yang ditemukan pada ibu dengan pengalaman negatif ketika melahirkan meliputi: 1) Faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah medis yang tidak diharapkan seperti misalnya harus dilakukan operasi emergensi, induksi; 2) Faktor-faktor yang berhubungan dengan kehidupan sosial ibu misalnya kehamilan yang tidak diinginkan, tidak ada dukungan dari suami; 3) Faktor-faktor yang berhubungan dengan perasaan ibu saat persalinan, seperti misalnya nyeri dan tidak ada kontrol; 4) Faktor-faktor yang mungkin lebih dipengaruhi penyedia asuhan misalnya tidak ada kesempatan bertanya saat check up antenatal, tidak ada pemberian dukungan selama persalinan.

Kecemasan dapat merupakan respons emosional bagi orang sakit, orang yang dirawat, dan mereka yang mengalami perubahan dalam diri maupun lingkungannya, termasuk mereka yang sedang dalam persalinan. Kecemasan dan ketakutan pada ibu melahirkan bisa terjadi meskipun tetap dalam batas normal. Menurut Klossner & Hotfield (2006), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi psike ibu adalah pengalaman kehamilan sekarang, pengalaman melahirkan yang lalu, harapan terhadap persalinan, persiapan/kesiapan melahirkan, dukungan dan budaya. Penyediaan informasi termasuk informasi sensorik spesifik, informasi tentang prosedur, efektif dalam menurunkan stres dan kecemasan pada beberapa populasi pasien (McKinney, 2004)

Informasi dapat memotivasi ibu sehingga tahan terhadap perubahan rasa nyaman (Reeder, 2000). Ibu yang mengetahui bahwa dia dan bayinya

tidak dalam keadaan bahaya juga menurunkan kecemasan. Pemberitahuan bahwa rasa tak nyaman berhubungan dengan proses normal bukan gangguan yang mengancam kehidupan kemungkinan dapat membantu ibu. Rasa tidak berdaya juga dapat menimbulkan kecemasan sehingga penting memahami sesuatu yang sedang terjadi. Pemahaman ini akan meningkatkan perasaan mengontrol ibu terhadap peristiwa persalinannya.

Stres sangat berperan dalam pengembangan penyakit (Chitty, 1997), berhubungan dengan respons imun. Mereka yang stres lebih rentan terhadap infeksi dan jika sakit penyembuhannya terhambat. Menurut Alihagen dkk. (2001), aktivitas sistem stres saat partus menguntungkan ibu dan fetus. Stres ibu saat bersalin adalah respons psikologis kompleks yang dapat dipengaruhi berbagai faktor termasuk harapan, tingkat pendidikan, kehebatan nyeri, lingkungan ruang persalinan, dan adanya pemberi dukungan (Pascali-Bonaro & Kroeger, 2004). Ketika persalinan aktivitas sistem stres menguntungkan ibu dan fetus (Alihagen, dkk., 2001). Simkin menjelaskan keadaan distokia emosional dimana distress emosi yang mendalam akibat ketidaktahuan menyebabkan produksi katekolamin berlebihan sehingga menurunkan sirkulasi ke uterus dan placenta yang berakibat persalinan tidak maju.

Mekanisme Koping (Coping Mechanism)

Mekanisme koping merupakan usaha pemecahan masalah yang lebih dilaksanakan secara sadar,

menyangkut mekanisme pengaruh psikis pada sistem imun. Menurut Notoedirdjo (dalam Putra, 2005) mekanisme mengelola stresor disebut "coping mechanism". Roy telah menggunakan istilah mekanisme koping (coping mechanism) atau mekanisme mengelola stresor untuk menjelaskan proses kontrol individu sebagai suatu sistem adaptasi (Notosudirdjo, 2005). Ibu yang akan melahirkan dan kesiapannya menjadi orang tua yang disiapkan dengan baik akan merasa pasti dan menggunakan langkah koping positif (Klossner & Hatfield, 2006). Pengetahuan ibu perlu dikaji dengan menanyakan segala sesuatu yang mereka ketahui tentang persalinan sehingga dapat diketahui hal-hal yang sudah dipelajari dan difahami (Potter & Perry, 1997). Memahami sesuatu yang sedang terjadi ketika persalinan tampaknya meningkatkan perasaan mengontrol ibu terhadap peristiwa ini (Reeder, 2000).

Sistem limbik merupakan pusat emosi, memuat amygdala yang membantu mengontrol tingkah laku, dan hipokampus menginter-pretasikan sebagian pengalaman sensorik. Keyakinan ibu terhadap nilai yang diyakini dapat mempengaruhi mekanisme pengelolaan (coping mechanism) stresor secara sadar (Callister dkk., 1999). Keyakinan beragama ibu membantunya dalam mendefinisikan makna melahirkan dan menyediakan pengelolaan stresor terhadap intensitas persalinan.

Konseling Persalinan

Konseling dan atau pemberian informasi tentang kesehatan klien merupakan bagian penggabun-

gan konsep asuhan pasien yang dirawat, bahkan merupakan aspek terpenting dalam asuhan keperawatan. Konseling dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat) atau tenaga sosial yang sudah dilatih (WHO, 1993). Tujuannya adalah: 1) memberi informasi tentang segala hal yang berkaitan dengan keadaan kesehatan klien, meliputi penyebab, gejala, pola penularan, pencegahan penyakit dan lain-lain; 2) memberi dorongan psikologis dan sosial kepada klien dalam menghadapi masalah fisik dan psikologis sehingga pasien dapat menghadapinya secara mandiri; 3) memberi dorongan kepada klien agar menyesuaikan diri dengan keadaannya yang baru, antara lain dengan mengadakan perubahan perilaku.

Proses belajar terjadi di sistem limbik yaitu pada hipokampus. Sistem limbik berperan erat pada emosi dan tingkah laku (Putra, 2005), menjadi penghubung antara fungsi kognitif yang lebih tinggi misalnya pertimbangan atau alasan dengan respon emosi yang lebih primitif misalnya kecemasan dan takut. Amygdala berhubungan dengan emosi dan memori. Hipokampus menyangkut proses belajar dan memori. Menurut Rogers & Read (1997) manusia adalah makhluk yang mampu tumbuh, tetapi mereka perlu mendapat peringatan tentang cara menggunakan potensinya. Seseorang yang sedang mengalami penyakit atau luka sering memiliki respon emosi kuat (Chitty, 1997). Dampak psikologis yang dapat muncul pada klien merupakan salah satu respon individu terhadap situasi yang mengancam atau mengganggu integritas diri (Kozier, 1991). Dampak tersebut disebabkan karena ketidaktahuan prosedur maupun peristiwa yang akan terjadi.

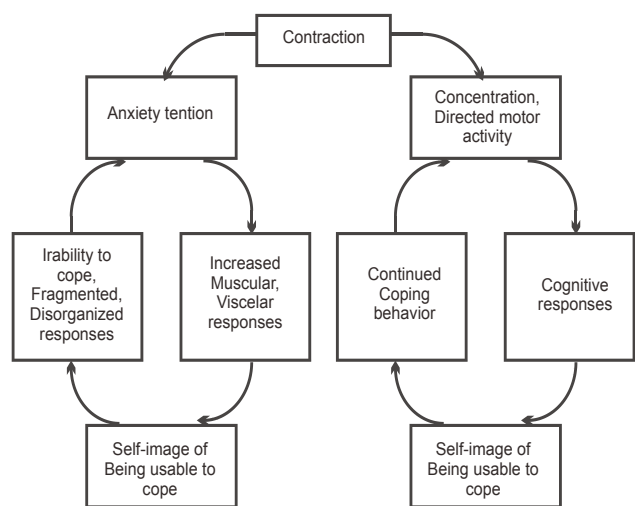
Pendidikan sebelum bersalin penting untuk meningkatkan pengalaman melahirkan ibu dan pengurangan nyeri persalinan (Reuwer dkk., 2009). Menurut Sherwen dkk. (1991), respon ibu yang disiapkan pengetahuannya akan berkonsentrasi, aktivitas motoriknya terarah sehingga merasa mampu menanggulangi kontraksi. Ibu yang tidak siap dapat tegang, respon viseral dan otot meningkat sehingga menjadi tidak mampu menanggulangi diri.

Berdasarkan penelitiannya, intervensi konseling singkat (40-60 menit) pada ibu yang mengalami distress melahirkan ternyata efektif dalam mengurangi trauma, depresi, stres, dan perasaan menyalahkan diri (Gamble dkk., 2005). Pemberian pengertian disertai intervensi konseling dapat digunakan untuk membantu klien dengan proses berduka, membantu mereka menyesuaikan peristiwa hidup yang dapat dan tidak dapat diantisipasi (Baird-Crooks dkk., 2000). Menurut Reeder & Koniak (2002), penjelasan tentang segala sesuatu yang akan terjadi dengan bahasa yang dapat dimengerti akan merupakan dukungan emosional.

Peran konselor penting dalam hal membatasi klien dari kemungkinan masuknya sumber-sumber dari komunitas sekeliling. Topik yang diperlukan dalam kelas pendidikan melahirkan adalah aspek emosi dan psikologis kehamilan, perkembangan fetus, perubahan anatomi dan fisiologi dalam kehamilan dan melahirkan, induksi persalinan: indikasi induksi dan harapannya, tahapan persalinan: perubahan emosi dan fisik setiap tahap, peran pasangan dalam menyediakan dukungan pada setiap tahap

persalinan, langkah-langkah nyaman melahirkan (Hatfield & Klossner, 2006).

Persiapan melahirkan tidak berarti bebas dari nyeri atau rasa tak nyaman selama persalinan. Ibu harus disiapkan terhadap perasaan tersebut secara realistis (McKinney, 2000). Penting bagi ibu dan pasangannya memahami peristiwa yang terjadi pada persalinan dan cara menghindari kehebohan tersebut. Fase laten adalah waktu yang baik sekali untuk mengajarkan ibu dan pasangannya, dan untuk melatih dalam membantu proses persalinan (Klossner & Hatfield, 2006). Pada kala I fase laten ibu masih mampu memfokuskan secara jelas tentang penjelasan atau panduan yang diarahkan konselor sehingga konseling masih bisa dilaksanakan pada saat ini (Burroughs & Leifer, 2001).



Gambar 4. Model yang menggambarkan nyeri kontraksi pada persalinan (Model depicting pain of contractions in labor)
Sumber: Sherwen, 91.

Hal-hal yang penting diajarkan meliputi perkiraan peristiwa yang dialami selama

persalinan. Jelaskan secara singkat frekuensi dan Tujuan pengkajian serta intervensi setiap tahap persalinan. Kemampuan mendengarkan dengan penuh perhatian diperlukan bagi seorang konselor. Bersikap respek, penerimaan (acceptance), percaya, caring, akan memfasilitasi komunikasi, dan sikap-sikap tidak percaya, menolak, dan merendahkan akan menghambat komunikasi (Blais dkk., 2002).

Metode

Penelitian yang telah dilaksanakan adalah penelitian pre- eksperimental, membandingkan kelompok (Static-Group Comparison), untuk mengetahui pengaruh konseling terhadap kadar kortisol, kontraksi uterus, lama bersalin, kecemasan dan mekanisme coping (Campbell & Stanley, 1966). Desain penelitian adalah sebagai berikut:

Perlakuan	Post	
X	01	Kelompok Perlakuan
.....	02	
		Kelompok Pembanding

Keterangan:

X : Konseling

O1: Kontraksi uterus, kadar kortisol, kecemasan, lama bersalin, dan coping kelompok perlakuan

O2: Kontraksi uterus, kadar kortisol, kecemasan, lama bersalin, dan coping kelompok pembanding

(Campbell & Stanley, 1966, Polit & Hungler, 1995).

Pengelompokan menjadi kelompok perlakuan dan kelompok pembanding dilakukan dengan cara mengikuti jadwal mingguan yang telah disiapkan sebelum penelitian. Dalam seminggu digunakan lima hari pengambilan data. Ibu yang datang minggu pertama di Puskesmas M menjadi kelompok perlakuan dan yang datang di puskesmas T menjadi kelompok pembanding.

Pada minggu kedua sebaliknya, ibu yang datang di Puskesmas M menjadi kelompok pembanding dan yang datang di puskesmas T menjadi kelompok perlakuan. Demikian seterusnya sampai penelitian selesai

Penelitian dilakukan di Puskesmas M dan Puskesmas T Kota Yogyakarta. Ruang bersalin dan ruang istirahat ibu bersalin digunakan sebagai lokasi pengamatan. Alasan pemakaian ruangan ini sebagai lokasi pengamatan karena ruang-ruang tersebut untuk mengobservasi ibu dalam masa persalinan. Waktu penelitian dilaksanakan selama 20 bulan yaitu sejak November 2007 sampai dengan Agustus 2009. Populasi penelitian adalah ibu-ibu yang melahirkan pada kedua Puskesmas tersebut. Total populasi berjumlah 538 orang. Subyek penelitian ditentukan ketika ibu yang akan bersalin di Puskesmas datang pada hari pengumpulan data. Kriteria inklusi yaitu primigravida, diperkirakan akan partus normal, umur ibu 20-35 tahun, umur kehamilan 36-42 minggu, ketuban belum pecah, frekuensi kontraksi 2x/10 menit. Kriteria eksklusi adalah ibu berpenyakit kronis, tidak mampu berinteraksi normal dan ketuban pecah dini.

Seluruh populasi menjadi sampel penelitian. Teknik sampling yang digunakan adalah teknik

non probabilitas sampling. Teknik sampling ini digunakan karena tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sugiyono, 2009). Selain itu sampel nonprobabilitas digunakan karena total populasi tidak diketahui atau tidak tersedia (Brink & Wood, 2000). Hasil pengeluaran dihitung sebagai subyek yang menjadi kelompok perlakuan dan kelompok pembanding sesuai tempat dan jadwal yang telah ditentukan sebelum penelitian. Dengan demikian seluruh populasi yang telah dipilih menjadi sampel penelitian.

Sampel pada penelitian ini termasuk consecutive samples yaitu sampel yang pengambilannya secara berurutan. Sejumlah minimum subyek telah ditentukan sebelumnya. Setiap orang yang memenuhi kriteria diminta berpartisipasi. Dalam satu tempat sampel diambil berurutan sesuai kedatangan subyek sampai jumlah yang ditentukan.

Perhitungan jumlah subyek penelitian menurut Lemeshow dkk. (1997) adalah berdasarkan kebutuhan sampel.

Rumus:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} [2\sigma^2]}{d^2}$$

(Lemeshow, dkk., 1997)

Catatan:

n = jumlah sampel

σ = SD dari penelitian yang pernah dilakukan

d = 1/3 SD

$Z_{1-\alpha/2} = 1,960$ dengan kepercayaan 95%

Dari variabel-variabel yang ada ditentukan jumlah sampel setiap variabel kemudian dipilih jumlah yang paling besar.

Besar sampel untuk pengukuran mekanisme koping

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} [2\sigma^2]}{d^2}$$

$\sigma = 10,96$ (Johnson & Slade, 2002:1213)

$n = 1,960 \times 1,960 [2(10,96 \times 10,96)] / 3,653 \times 3,653 = 69,1596$ (dibulatkan = 70).

Dari hasil perhitungan di atas besar sampel untuk pengukuran mekanisme koping minimal 70 sampel.

Definisi operasional:

Mekanisme koping adalah upaya ibu mengatasi diri selama proses persalinan, meliputi upaya-upaya konsentrasi, menerima perubahan rasa nyaman yang terjadi akibat kontraksi, relaksasi, doa. Mengatur sikap: jalan-jalan, istirahat, mengatur posisi. Mengatur aktivitas: pernafasan, minum, makan. Relaksasi otot - otot ekstremitas dan tidak mengejan sebelum waktu.

Observasi dilakukan ketika kontraksi uterus terjadi 4–5 x/10 menit, dan dilatasi serviks > 8 cm. Lama pengamatan maksimal 30 menit. Hasil mekanisme koping baik jika nilai 16-20, kurang baik 11-15, buruk jika nilai 6-10 dan sangat buruk jika nilainya 1-5. Pemberi dukungan dapat mengikuti persalinan sejak kala I dengan melakukan sentuhan, membantu sikap istirahat

sesuai keinginan ibu, memberi rasa nyaman misalnya dengan menekan atau memberi sentuhan pada punggung bagian bawah, mengingatkan hal-hal yang sudah diinformasikan.

Skala: Rasio

Konseling adalah aktivitas konselor meliputi: Pertama, mengkaji pemahaman subyek tentang proses dan lama bersalin serta penanggulangan terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Kedua, memberi informasi tentang proses dan lama bersalin serta mekanisme koping berupa usaha-usaha sebagai berikut: Konsentrasi, menerima perubahan rasa nyaman yang terjadi akibat kontraksi, relaksasi, doa. Mengatur sikap: jalan-jalan, istirahat, mengatur posisi. Mengatur aktifi tas: pernafasan, minum, makan. Relaksasi otot-otot ekstremitas dan tidak mengejan sebelum waktunya. Ketiga mendengarkan komentar atau pertanyaan dari ibu. Keempat memberi alternatif jalan keluar.

Konseling dilaksanakan ketika kala I fase laten; lama 40 -60 menit, maksimal tiga kali se-lama persalinan kala I. Hal ini dilakukan di ru-ang bersalin atau ruang konsultasi (jika di ruang bersalin ada ibu lain yang sudah fase aktif), sub-yeK duduk atau tiduran berhadapan dengan konselor, dapat sendiri atau didampingi suami atau penunggu (1 orang). Waktu pelaksanaan konseling yaitu awal fase laten dalam kala I. Konseling dapat dilaksanakan lagi jika fase laten lebih dari 8 jam, dan atau ketika dilakukan pengamatan kontraksi uterus (KTG) jika ada pertanyaan dari penunggu. Konseling dilakukan

setelah ditentukan bahwa subyek sudah masuk dalam kala I fase laten, yaitu ketika frekuensi kontraksi 2x/10 menit, dilatasi serviks 1-2 cm dalam keadaan aman dan nyaman.

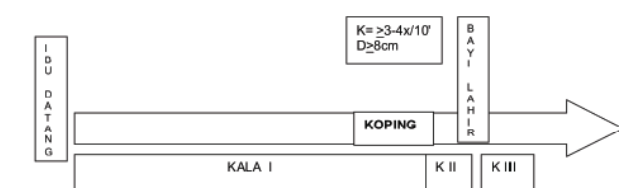
Analisis data menggunakan rumus X2-test:

Pengambilan dan Pengumpulan Data

Urutan pengambilan data adalah: ibu primipara yang datang akan melahirkan diterima oleh bidan jaga untuk ditentukan keadaan selaput ketuban. Jika diperkirakan akan terjadi persalinan normal ditentukan letak tahap persalinan. Adanya kontraksi teratur 2x/10 menit dan dilatasi serviks 1-2 cm. Jika tanda-tanda sudah menunjukkan seperti tersebut di atas, peneliti mulai melakukan pengumpulan data: Pertama akurasi data: memastikan umur ibu, umur kehamilan, frekuensi kontraksi, kemampuan berkomunikasi, tidak berpenyakit kronis. Kedua penentuan subyek menjadi kelompok perlakuan atau kelompok pembanding dengan cara mengikuti ketentuan yang sudah disiapkan berdasarkan waktu dan tempat. Ketiga mengisi format observasi dan wawancara

Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan menggunakan format wawancara dan format observasi yang telah disiapkan (Lampiran 10).

Urutan Pengambilan Data



Gambar 5. Urutan pengambilan data

Koping: diobservasi mulai kontraksi 4-5x/10 mnt, dilatasi serviks > 8 cm

Mekanisme koping diamati ketika frekuensi kontraksi 4-5 x/ 10 menit dan dilatasi serviks > 8 cm.

Hasil

Penelitian tentang pengaruh konseling terhadap mekanisme koping ibu primipara telah selesai dilakukan. Setelah hasil dan pembahasan akan disampaikan rekomendasi sehingga diharapkan ada peningkatan asuhan terhadap ibu melahirkan. Hal ini sesuai dengan pendapat Jolivet (2009) bahwa hasil penelitian tentang asuhan efektif dengan kerugian paling minimal bagi ibu dan bayi ditujukan untuk mengamati proses melahirkan secara alami dan intervensi asuhan maternitas perlu direkomendasikan.

Ibu yang datang akan bersalin ditentukan sebagai primipara (G1P1A0) oleh bidan berjumlah 538 orang. Sampel yang diambil berdasarkan kedatangan subyek yang datang berurutan (consecutive samples). Dari jumlah tersebut dipastikan bahwa yang dapat dilanjutkan observasinya 218. Dengan demikian tidak diikuti 320 orang dengan berbagai alasan, antara lain 258 orang tidak memenuhi kriteria inklusi, 2 orang tidak mampu berinteraksi, 2 orang tidak bersedia berpartisipasi dan alasan lain subyek dirujuk ke rumah sakit dan ketuban pecah dini 58 orang. Ada 1 orang tidak mampu berinteraksi disebabkan karena keterbatasan pendengaran dan keterbatasan penglihatan 1

orang. Jika ada calon subyek yang frekuensi kontraksinya masih belum 2x/10 menit diminta pulang dulu kemudian datang lagi setelah kontraksi tiap 2x/10 menit. Dari subyek yang demikian, terdapat 5 orang yang tidak kembali lagi sehingga dimasukkan kedalam subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi.

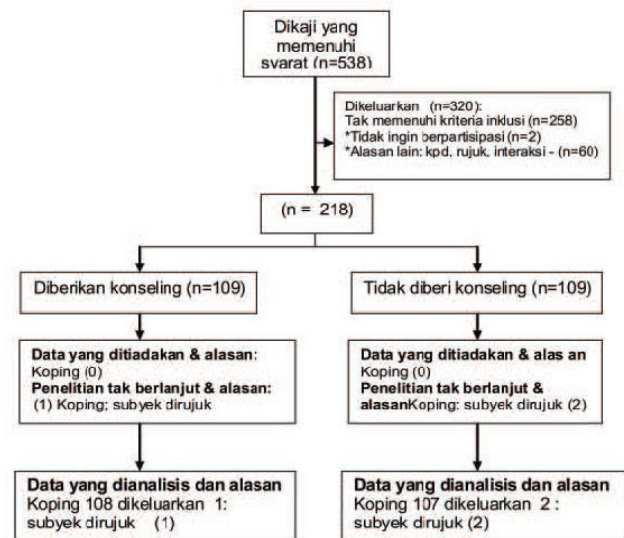
Pengambilan data dilaksanakan tanggal 12 November 2007 sampai dengan 17 Juli 2009. Beberapa data kelompok perlakuan maupun pembanding dihilangkan karena berbagai alasan antara lain kebutuhan dipindah ke rumah sakit karena perlu pertolongan khusus bagi ibu maupun janin (Gambar 6).

Tabel 1
Karakteristik, Kelompok Perlakuan dan Kelompok Pembanding

Karakteristik	Perlakuan (n=109)	Pembanding (n=109)
Umur		
20-25	75 (69%)	77 (71%)
26-30	25 (23%)	25 (23%)
31-35	9 (8%)	7 (6%)
Suku:		
Jawa	105 (95,5%)	106 (96%)
Luar Jawa	4 (4,5%)	3 (4%)
Pendidikan		
< SLTP	22 (20%)	22 (21%)
SLTA	77 (71%)	76 (69%)
PT	10 (9%)	11 (10%)
Status:		
Menikah	93 (85%)	95 (86%)
Belum menikah	16 (15%)	14 (14%)
Usia kehamilan		
36-40 minggu	87 (80%)	89 (81%)
> 41 minggu	22 (20%)	20 (19%)

Berhentinya pengumpulan data karena diperhitungkan sudah memenuhi kriteria besar sampel. Dari perhitungan didapat untuk mekanisme koping minimal diperlukan 70 sampel.

Subyek penelitian terdiri dari 109 diberi konseling dan 109 tidak diberi konseling. Dari kedua kelompok tersebut distribusinya hampir merata yaitu kelompok umur didominasi pada umur 20-25 tahun (> 75%); suku Jawa mendominasi subyek (>95%); pendidikan terbanyak SLTA; status pernikahan lebih banyak yang sudah menikah (>93%) dan usia kehamilan paling banyak 36-40 minggu (87%). Dari 109 subyek kelompok perlakuan, data yang dianalisis untuk mekanisme koping 108 subyek, kelompok pembanding yang berjumlah 109 subyek, 107 untuk mekanisme koping (Gambar). Dari data kelompok perlakuan yang berjumlah 108 dan kelompok pembanding 107 dianalisis masing-masing kelompok untuk menentukan seberapa subyek yang ada pada kelompok baik, kurang baik, buruk, sangat buruk.



Gambar 6. Alur penentuan subyek

Hasil mekanisme koping baik jika Nilai usaha subyek 16-20, kurang baik jika nilai usaha subyek 11-15, buruk jika nilai usaha subyek 6-10 dan sangat buruk jika nilai usahanya 1-5. Mekanisme koping diobservasi ketika frekuensi kontraksi uterus 4-5x/10 menit dan dilatasi serviks >8 cm. Hasil yang signifikan diperoleh pada pengujian mekanisme koping ($p=0.00000327$). Nilai $p<0.01$ mengindikasikan perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dengan kelompok pembanding (Tabel).

Tabel 2

Mekanisme Koping Primipara Kelompok Perlakuan dan Kelompok Pembanding.

Kelompok	N	Sangat buruk	Buruk	Kurang Baik	Baik	Total	P
Pembanding	F	1	10	40	56	107	0.000
	%	9%	93%	37.4 %	52.3	100.0%	
Perla-kuan	F	0	6	12	90	108	0.000
	%	0%	56%	11.1%	80.3	100.0%	

Sumber : Hasil pengujian deskriptif

Pembahasan

Tidak semua subyek dapat diambil datanya karena dirujuk ke rumah sakit. Alasan perlunya dirujuk karena terjadi gejala fetal distress ketika kala I. Selain itu ada subyek yang tidak tahan nyeri sehingga ingin dioperasi. Pengambilan data mekanisme koping diambil ketika sudah masuk fase transisi, yaitu ketika kontraksi uterus 4-5x/10 menit dan dilatasi serviks >8 cm. Data mekanisme koping yang tidak dapat diambil karena ibu tidak sampai pada fase aktif sudah harus dirujuk ke rumah sakit.

Konseling persalinan dapat dilakukan kepada siapa saja yang akan bersalin termasuk keluarganya. Usia ibu, usia kehamilan, primi atau multipara dapat dilakukan kepada mereka. Demikian pula suku bangsa di Indonesia dari dan dimana saja termasuk status pernikahan mereka tidak mempengaruhi asalkan konselor tetap memperhatikan aspek psikososio budaya dan spiritual klien.

Melahirkan adalah proses fisiologis alami yang menyebabkan nyeri (Reuwer dkk., 2009). Sistem saraf otonom berfungsi memelihara homeostasis. Lintasan refleks saraf otonom secara sentral maupun ganglionik mengatur lingkungan internal. Meskipun pengaturan sentral sistem saraf otonom berkontribusi terhadap homeostasis, kondisi steady state tidak selalu optimal. Melahirkan adalah proses parasimpatis sehingga perlu ketenangan, kepercayaan, nyaman, dan rasa aman (Reuwer dkk., 2009). Saat persalinan respon stimulus stres yang kuat meningkatkan tonus simpatis. Stimulus simpatis menghambat persalinan karena persalinan menjadi lama dan berakibat komplikasi.

Pada ibu bersalin diperlukan peningkatan sekresi kortisol untuk memper-tahankan homeostasis. Nyeri saat kontraksi akan diteruskan serabut saraf yang ada disitu melalui saraf sensorik di pleksus hipogastrik ke sistem saraf pusat. Selain itu kontraksi uterus juga dipengaruhi oleh aktifitas yang dilakukan ibu, khususnya aktifitas jalan-jalan. Dari hasil penelitiannya, Kuczkowski (2003) menyatakan bahwa keuntungan pokok berjalan dengan posisi tegaklurus selama persalinan meliputi peningkatan diameter pelvis, peningkatan koordinasi (frekuensi dan intensitas) kontraksi uterus, meningkatkan rasa nyaman dan kepuasan, meningkatkan hasil neonatus (nilai APGAR>) menurunkan persepsi nyeri persalinan, mengurangi kebutuhan analgetik selama persalinan.

Tujuan penelitian ini memberi konseling untuk meningkatkan mekanisme koping ibu bersalin. Dari penelitian, konseling pada kelompok perlakuan menunjukkan hasil mekanisme koping yang sangat bermakna dibandingkan kelompok pembanding ($p < 0,001$). Mekanisme koping mengungkapkan kemampuan ibu dalam menanggulangi diri selama proses persalinan, meliputi usaha ibu.

Pertama, konsentrasi: menerima perubahan rasa nyaman yang terjadi akibat kontraksi, memohon pertolongan kepada Yang Maha Pemelihara Manusia dari segala buruknya kejahatan Yang Dia Ciptakan;

Dan Tuhanmu berfirman: Berdo'alah kepadaKu, Niscaya akan Kuperkenankan bagimu.....(S. Al Mu'min: 60)

Kedua, mengatur sikap dan aktivitas selama persalinan: jalan-jalan, istirahat, atur posisi, minum;

Dan janganlah kamu iri hati terhadap apa yang dikaruniakan Allah kepada sebagian kamu lebih banyak dari sebagian yang lain. Bagi laki-laki ada bagian dari apa yang mereka usahakan, dan bagi perempuan juga ada bagian dari apa yang mereka usahakan. Dan bermohonlah kepada Allah sebagian dari karuniaNya, sesungguhnya Allah Maha Mengetahui segala sesuatu. (S. An Nisa: 32)

Ketiga, mengatur pernafasan; keempat relaksasi otot-otot ekstremitas; dan kelima tidak mengejan sebelum diberi instruksi.

Pengukuran 218 ibu primipara terdiri dari 109 kelompok perlakuan dan 109 kelompok pembandingan. Kelompok perlakuan yang memiliki kemampuan coping baik 83,3%, sedangkan kelompok pembandingan yang memiliki kemampuan coping baik 52.3%. Coping yang sangat buruk pada kelompok perlakuan 0% dan kelompok pembandingan 0.9%. Kesan keperawatan ideal meliputi peran pemberi dukungan emosional, pemberi rasa nyaman, penyedia informasi/ advis, penyedia ketrampilan teknik /profesional, dan advokat. Penemuan ini dapat membantu anggota tim obstetri lebih baik memahami kebutuhan pasien, dan membolehkan/ memungkinkan mereka menyediakan dukungan yang lebih baik selama persalinan dan mencegah perilaku keperawatan yang tidak memberi bantuan (Chen dkk., 2001). Perawat perlu berprinsip bahwa keyakinan beragama ibu membantunya dalam mendefinisikan makna melahirkan dan

menyediakan pengelolaan stresor terhadap intensitas persalinan.

Dia percaya terhadap ayat 47 Surat Fussilat:

..... dan tidak seorang perempuanpun mengandung Dan tidak (pula) melahirkan kecuali dengan sepengetahuannya

Lowe (2007) telah meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan fenomena distokia yang mempertimbangkan karakteristik fisik dan psikis ibu, faktor-faktor fetal, asuhan dan intervensi intrapartum, pengkajian dan pembuatan keputusan klinik pemberi asuhan kesehatan, lingkungan sosiopolitik, dan lingkungan sosial maupun fisik melahirkan. Mekanisme coping merupakan upaya penyelesaian masalah yang lebih dilaksanakan secara sadar. Menurut Davidson dkk. (2008), Faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap nyeri persalinan meliputi pendidikan, kepercayaan budaya, kelelahan dan gangguan tidur, makna nyeri, pengalaman sebelumnya, kecemasan dan adanya teknik coping. Dengan konseling ada tambahan pengetahuan tentang bersalin dan cara menangani dirinya sehingga ibu secara sadar akan berusaha mengatasi perubahan rasa nyaman yang terjadi, berusaha menguasai dan mengontrol dirinya selama persalinan.

Persalinan adalah proses parasimpatis, kondisi fisiologis yang perlu istirahat, ketenteraman, rasa nyaman, percaya diri, terutama harus ada rasa aman (Reuwer dkk., 2009). Dengan demikian perlu diatasi rasa nyeri sehingga tidak meningkatkan tonus simpatis. Persalinan perlu upaya fisik maupun mental untuk mendapatkan sumber coping. Ibu bersalin harus mampu

berkonsentrasi, melakukan teknik bernafas dan relaksasi, mengatur diri ketika terjadi kontraksi, tidak mengejan sebelum waktunya, sesuai tahap persalinan. Dengan demikian perlu ada perlakuan khusus yang dapat menimbulkan rasa aman dan nyaman saat bersalin (koping tercapai).

Kesimpulan

Konseling memberi pengaruh sangat bermakna terhadap mekanisme koping ($p=0,000$). Perlu

meningkatkan asuhan keperawatan ibu bersalin dengan menyiapkan persalinan yang dihadapi menggunakan konseling persalinan. Konseling yang diberikan harus berdasarkan hasil pengkajian fisik, mental, social, budaya spiritual ibu. Pelaksanaan konseling dilakukan lebih dini bersamaan ketika ibu periksa kehamilan sampai saat datang akan melahirkan. Hasil konseling perlu selalu dievaluasi pada kedatangan berikutnya sehingga hal-hal yang tidak sesuai dapat diperbaiki. Ada panduan konseling untuk ibu bersalin yang disesuaikan usia kehamilan.

Daftar Pustaka

- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrics Gynecology Scandinavia*, 80, 315-320.
- Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain, and stress hormone during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 153-186.
- Assalamah, 2001. *Al Qur'an dan terjemahnya*. Asy Syifa, Semarang.
- Bakker, P.C.A.M., Kurver, P.H.J., Kuik, D.J., Geijn, V. (2007). *Elevated uterine activity increases the risk of fetal acidosis of birth*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 190, 313.e1-313.e6.
- Bear, Mark F. & Connors, Barry, W. (2007). *Neuroscience: exploring the brain*, Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins.
- Beebe, K. R., Humphreys, J. (2006). *Expectations, perceptions, and management of labor in nulliparas prior to hospitalization*. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 51, 347-353.
- Bell, A., & Mcfarlin, B. L. (2006). Maternal and fetal stress responses during birth: adaptive or maladaptive? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5).
- Berntson, G. G. Sartir, M., & Cacioppo, J. T. (2000). Stress among new mother. *Autonomic Nervous System*, 3, 301-308.
- Blais, K. K., Hayes, J. S., Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Professional nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall. Bmj Publishing Group Limited ("Bmj Group") 2009
- Bosch, J. A., Anane, L. H., & Edwards, K. L. (2007). Cardiac autonomic, and cortisol responses during social evaluative threat. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, E1-e42.

- Brink, Pamela J. & Wood, Marilyn, J. (2000). *Langkah dasar dalam perencanaan riset keperawatan: dari pertanyaan sampai proposal*, Edisi 4, Jakarta: Egcc
- Browning, C. A. (2000). Using music during childbirth. *Birth*, 27(4), 24-43.
- Burroughs, A., & Leifer, G. (2001). *Maternity nursing*, Philadelphia: Saunders.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1966). *Experimental and quasi-experimental*. Chicago: Rand Publication.
- Callister, L. C., Semenic, S. Dan Foster, J. C. (1999). Cultural and spiritual meanings of childbirth: Orthodox jewish and mormon women. *Journal of Holistic Nursing*, 17(3), 280-295.
- Chen, C., Wang, S., Chang, M. (2001). women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in *Taiwan*. *Birth*, 28(3), 167-187.
- Chitty, K. K. 1997. *Professional nursing: Concepts and challenges*. 2nd Ed. , Philadelphia: Saunders.
- Craven, R. F. & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamentals of nursing: human health and function*. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott,
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. (2008). *Maternal-newborn nursing women's health across the lifespan*. 8th Ed., New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- De Wied, D. (1990). Hormonal influences motivation, learning, memory and psychosis. In Krieger, D. T. & Hughes, J. C. *Neuroendocrinology*. New York: Sinauer
- Djallalluddin, S., Hakimi, M., A., & Suharyanto, S. (2004). Faktor resiko terjadinya partus lama di rsud ulin banjarmasin dan rsu ratu zalecha martapura. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 54(1)147-160.
- Galbreath, J. G. (1995). Callista Roy Dalam George, J. B. *Nursing theories* (4th ed.). Norwalk: Connecticut.
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., Mcallister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 65-84.
- Ganong W. F. (2003). *Medical physiology*. 21th Ed. Philadelphia: Lange
- Gordon, I., Zagoory-sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin, cortisol, and triadic *Family Interactions*. 8(8), 143-159.
- Gorman, J.M., Kent, J.M., Sullivan, J.M., & Coplan, J.D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder: Revised. *American Journal Psychiatry*, 157, 493-505.
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30, 132-149.
- Greenspan, F.s. & Baxter, J.d. (1995). *Endokrinologi dasar & klinik*. Jakarta: Egcc

- Hakimi, M. A. (2006). *Conceptual framework for patient safety research. maternal and child health/ reproductive health*. Research report. Faculty Of Medicine: Gadjah Mada University.
- Harrison, A. (1991). Childbirth in kuwait: The experiences of three groups of Arab mothers. *Journal Pain, Symptom, & Management*, 2(6), 466-475.
- Hastuti, B., Hendarsih, S., & Herawaty, L.. (2005). Pengaruh bimbingan bernafas dan relaksasi terhadap lama partus. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 1(2), 1-7.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., Moilanen, I (2004). Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstetrics Gynecology Scandinavia*, 83, 257-261.
- Hofberg, K., Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Hollister, L.e., Davis, K.l., Davis, B.m. 1980. Hormones in the treatment of psychiatric disorder. In Krieger, D. T. & Hughes, J. C., *Neuroendocrinology*. Massachussetts: Sinauer
- Hunter, Agw., Cappeli, M., Humphreys, L., Kalantaridou, S.n., Zoumakis, E., Chrousos, G.p. (2004). Stress and the female reproductive system. *Journal of Reproductive Immunology*, 62, 61-68.
- Ip, Y. W. (2000). Chinese husbands' presence during labor: A preliminary study in Hong Kong. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 89-96.
- Johnson, R. & Slade, P. (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency cesarean section? *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1213-1221.
- Jolivet, R. R. (2009). Current resources for evidence-based practice, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neoatal Nursing*, 38(1), 135-152.
- Kabat. (2004) *Chronic pulmonary lung disease is a sress speeds HIV disease progressional: A psychoneuroimmunology case presentation*. Simposium Nasional Perdana Psikoneuroimmunologi. Surabaya.
- Kalantaridou, S.N., Makrigiannakis, A., Zoumakis, E., & Chrousos, G.P. (2004). Stress and the female reproductive system. *Journal of Reproductive Immunology*. 62, 61-68.
- Khalaf, I. Dan Callister, L. C. (1997). Cultural meanings of childbirth: muslim women living in jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 15(4), 373-388.
- Klopper, A. (1980). *The ovary dalam clinical physiology in obstetrics*, Blackwell Scientific Publications, London.
- Kopin, I. J. (1980). Catecholamine, adrenal hormones, and stress dalam krieger, In D. T. & Hughes, J.c. *Neuroendocrinology*. New York: Sinauer.
- Klossner, N. J. & Hatfi eld, N. (2006). *Introductory maternity & pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.

- Kuczkowski, K. M. (2004). Stress in new mother in African American community. *American College of Nurse-midwives*, 49(6), 154-173.
- Larson, D.b. (2007). Guidance spiritual and effect to decrease of anxiety level primigravida with phase i baby delivery colorado public hospital. *Holistic Nursing*, 36(1), 71-73.
- Lavender, T., & Walkinshaw, S.A. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial, *Birth*, 25, 215-219.
- Leifer, Gloria. (2005). *Maternity nursing. 9th.*, Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Liben, P. (2004). *Neurotransmitter sebagai komunikator antar sel saraf*. Simposium Nasional Perdana Psikoneuroimunologi.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr. David W., Klar, J., Lwanga, K., & Steven K. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*, Penterjemah Haryanto. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Levin, J.s. (1980). The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 3(32), 368-381.
- Lowdermilk, D. Dan Perry, S. (2006). *Maternity nursing (7th ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Lowe, N. K. (2007). A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *Journal Midwifery Womens Health*, 52, 216-228.
- MacIntyre, D. A., Smith, R., Yeo, G., Kwek, K., Bisits, A.m., & Chan, E. (2009). Spontaneous and induced labor are associated with different myometrial proteomes in the human. *Proteomics Clin. Appl*, 3, 288-298.
- Mckanziemcharg, K. (2004). Traumatic birth: Understanding predictors, triggers, and counseling process is essential to treatment. *Birth*, 31(3). 168-188.
- Mckinney, E. S. , Ashwill, J. W., Murray, S. S., James, S. R., Gorrie, T. M., & Droske, S. C. (2000). *Maternal – child nursing*, Philadelphia: Saunders.
- Notosudirdjo, M. (2005). Psikobiologi sebagai dasar psikoneuroimunologi. Dalam Putra, S., Suhartono T., Gramik, H. *Psikoneuro-imunologi Kedokteran*, Editor: Surabaya: FK Unair.
- Nuryani, E., Hastuti, B., & Sriyati. (2006). Pengaruh pemberian informasi tentang proses persalinan terhadap lama persalinan. *Jurnal Kebidanan & Keperawatan*. 2(2), 46-63.
- Olds, S. B., Marcia, L., & Ladewig, P. A. 2000. *Maternal newborn nursing*, New Jersey: Prentice Hall Health.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 525-533.
- Pascalibonaro, D. & Kroeger, M. (2004). Continuous female companionship during childbirth: a crucial resources in times of stressor calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 19-27.

- Perfect, M. M., Elkins, G. R., Larry, L. R., & Maxwell, B. R. (2007). Expressive prayer as a mind-body intervention to improve immunity and mood. *Brain, Behavior, and Immunity, 21*, 1-42 .
- Perfect, M. M., Elkins, G. R., Lylelahroud, T. M., & Curcio, J. M. (2007). Morning salivary cortisol associated with coping behaviors and sleep duration: preliminary findings from a pilot study. *Brain, Behavior, and Immunity, 21*, 11-25.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P., (1995). *Nursing research: Principles and methods*, Philadelphia: Lippincott.
- Qian, X., Smith, H., Zhou, L., Liang, J., Garner, P. (2001). Evidenced-based obstetrics in four hospitals in china: an observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. *BMC Pregnancy And Childbirth. 1*(1), 243-264.
- Reeder, M. & Koniak, G. (2000). *Maternity nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Reuwer, P., Bruinse, H., Franx, A. (2009). *Proactive support of labor: The challenge of normal childbirth*, New York: Cambridge.
- Roberts, C. L., Raynes-greenow, C. H., Nassar, N., Trevena, L., Mcrafer, K. (2004). Protocol for a randomized controlled trial of a decision aid for the management of pain in labour and childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 4*(24), 176-89.
- Robinson, D., & Kish, C. P. (2001). *Core concepts in advanced practice nursing*. Philadelphia: Mosby,
- Sachar, E. J. (1990). Hormonal changes in stress and mental illness. In Krieger, D. T. & Hughes, J. C. *Neuroendocrinology*. (pp.177-184). New York: Sinauer Associate Inc.
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrics Gynecology Scandinavia, 82*, 201-208.
- Scheeper, H. C.J., Thans, M. C.J., Dejong, P. A., Essed, G.G.M., Lecessie, S., & Kanhai, H.H.H. (2001). Eating and drinking in labor: The influence of caregiver advice on women's behavior. *Birth, 28*(2), 187-199.
- Sheiner, E., Levy, A., Feinstein, U. H., Mordechai, M. (2002). Risk factors and outcome of failure to progress during the first stage of labor: A population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand, 81*, 222-226.
- Sherwood, L. (2001). *Human physiology: From cells to systems*. Minneapolis: West Publishing Co
- Silverthorn, D.U., Ober, W.C., Garrison, C.W., & Silverthorn, A.C. (2001). *Human physiology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Simkin, P. D. (2011). Nurturing and protecting women's memories of their birth experiences. *Journal of Maternal Study, 19*(4), 123-140.
- Simpson, K., Rice, J. D., Knox, E. G. (2006). Nurse-physician communication during labor and birth: implications for patient safety. *Journal of Genecology Study, 35*, 547-556.

- Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., Madise, N. (2006). Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in africa. *American Journal of Public Health*. 96 (1), 84-92.
- Sugiyono, (2009). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sung, M. H., Ju, M. S., & Ju, K. S. (2003). Effect of a prepared childbirth education on the knowledge and delivery participation levels of the spouses of primiparas. *Korean J Women Health Nurs*. 9(3), 213-223.
- Talley, P., Heitkemper, M., Chizdemet, A., Sandman, C A. (2006). Male violence, stress and neuroendocrine parameters in pregnancy: a pilot study. *Biological Research for Nursing*, 7(3), 222-233.
- Tolis, G. (1990). Prolactin: Physiology and pathology. In Krieger, D. T. & Hughes, J. C. *Neuroendocrinology* (pp. 321-330). New York: Sinauer Associates, Inc.
- Tortora, G. J., & Grabowski, S. R. (2005). *Principles of anatomy and physiology*. New Jersey: John Wiley.
- Trout, K. (2004). The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *Journal Midwifery Womens Health*, 49, 482-488.
- Tumblin, A., Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28(1), 156-73.
- Van Hollen, C. (2003). *Birth on the threshold: childbirth and modernity in South India*. California: University Of California Press.
- Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., Barve, S. S., Hogan, V., Sandman, C. A., Hobel, C. J., Chiczdemet, A., Garite, T. J., Glynn, L. (2001). Stress, infection and preterm birth: biobehavioural perspective. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(2), 17-29.
- Waldenstroom, U. & Christensson, K. (2005). *Reproductive and Perinatal Health Care*. Karolinska Institutet.
- Walsh, T. C. (2009). Exploring the effect of hospital admission on contraction patterns and labour outcomes using women's perceptions of events. *Journal of Midwifery*, 25, 242-252.
- WHO (2001). Major causes of maternal morbidity and mortality in pregnancy and childbirth. *Progress In Reproductive Health Research No. 56*. New York: WHO.
- WHO (2006). *Standards for maternal and neonatal care. birth and emergency preparedness in antenatal care*. New York: WHO.
- Wiklund, I., Edman, G., Larson, C., Andolf, E. (2011). First time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1636-1644.
- Wolkomir, M. & Powers, J. (2007). Helping women and protecting the self: the challenge of emotional labor in an abortion clinic. *Qual Sociol*, 30, 153-169.