



PENGALAMAN BIDAN YANG MENGALAMI PERSALINAN TRAUMATIS

THE EXPERIENCE OF MIDWIVES WHO EXPERIENCED THE TRAUMATIC CHILDBIRTH

 Rayanti Sagala¹, Nining Febriana², Linda Dewanti³

1. Program Studi Pendidikan Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya

2. Universitas Airlangga

Alamat Korespondensi :

Jln. Apel II No 19-21 RT/RW 1/26 Komp. Graha Sari Endah, Kab. Bandung, Indonesia

Email : rayanti.sagala23@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : Tingginya angka medikalisasi pada seorang perempuan mengurangi kemampuannya untuk melahirkan dan berdampak negatif pada persalinan. *Negative birth emotion* pada seorang bidan mempengaruhi kualitas asuhannya. **METODE :** Penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* yang terdiri dari 10 responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Data diperoleh dengan melakukan wawancara secara *indepth interview*. Analisis data dengan mereduksi data, penyajian data, pengkodean, kategorisasi, dan menarik kesimpulan. **HASIL :** Tiga tema yang teridentifikasi penyebab trauma persalinan pada bidan di penelitian ini adalah komplikasi, nyeri saat persalinan maupun post sc, dan ketiadaan pengasuh anak. Selain disebabkan karena memiliki penyakit sebelumnya, provider yang kurang sabar dan memprioritaskan agendanya menyebabkan perempuan mengalami komplikasi sehingga membuatnya trauma. sikap provider dan hal-hal disekitar perempuan dapat mempengaruhi persepsi perempuan terhadap rasa nyeri perempuan. Ketidadaan pengasuh anak menyebabkan stress yang intens bagi perempuan selama kehamilan. **KESIMPULAN :** Provider sebaiknya memiliki *skill* komunikasi efektif baik dan memperhatikan kesiapan mental perempuan selama kehamilan dan persalinannya. Pemerintah memastikan bahwa pelayanan yang diberikan selama persalinan berpusat pada kebutuhan perempuan sehingga dapat mengurangi jumlah trauma pada persalinan.

Kata Kunci : Gambaran, Traumatik, Persalinan

Abstract

Background: The high rate of medicalization in a woman reduces her ability to give birth and negatively impacts labor. *Negative birth emotion* in a midwife affects the quality of care. **METHOD:** This research is a descriptive qualitative research. The sampling technique was purposive sampling consisting of 10 respondents based on inclusion and exclusion criteria set by the researcher. Data was obtained by conducting in-depth interviews. Data was analysed by reducing data, presenting data, coding, categorizing, and drawing conclusions. **RESULTS:** Three themes that identified the causes of labor trauma to midwives in this study were complications, pain during labor and post sc, and the absence of a baby sitter. Besides being caused by having previous illnesses, providers who are impatient and prioritize their agendas cause women experience complications that make them traumatized. The attitude of providers and things around women can influence women's perceptions of women's pain. The absence of a baby sitter causes the intense stress for women during pregnancy. **CONCLUSION:** Providers should have good effective communication skills and pay attention to women's mental readiness during pregnancy and birth. The government ensures that the services provided during childbirth focus on the needs of women so as to reduce the number of trauma.

Keywords : Description, Brith, Trauma



PENDAHULUAN

Menurut WHO, pengalaman persalinan yang positif didefinisikan sebagai pengalaman yang memenuhi dan bahkan melampaui keyakinan dan harapan pribadi dan sosial budaya perempuan, termasuk melahirkan bayi yang sehat dilingkungan yang aman dan secara psikologis berkesinambungan adanya dukungan praktis dan emosional dari seorang pendamping kelahiran dan provider yang baik dan kompeten secara teknis. (World Health Organization, 2018). Definisi trauma persalinan yang diungkapkan oleh Hoyers and Ayers (2016) yaitu bahwa dalam beberapa kasus, persalinan dapat dialami sebagai hal yang traumatis pada perempuan.

Trauma pada persalinan dapat berdampak buruk pada perempuan dan keluarganya. Mereka merasa kewalahan, marah, tingkat percaya diri yang rendah, ikatan bayi ibu dan menyusui terganggu, *sleeping disorder*, *maternal neonaticide*, dan bahkan dapat berdampak jangka panjang yaitu ketidakinginan memiliki anak lagi, depresi, keinginan untuk bunuh diri, serta adanya gangguan fungsi kognitif, fisik, emosi, perilaku, dan bahasa pada bayi yang dilahirkan dengan traumatis (Simpson & Catling, 2016).

Salah satu bentuk emosi yang dimiliki oleh bidan yang memiliki pengalaman persalinan traumatis adalah “*Negative Birth Emotion*” (Toohill, Fenwick, Sidebotham, Gamble, & Creedy, 2019). “*Negative Birth Emotion*” pada seorang bidan mempengaruhi kualitas asuhan mereka.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif yaitu desain penelitian yang memiliki fokus pada fenomena sosial yang terjadi dan mencoba untuk menggambarkan hal tersebut.

Purposive sampling adalah tipe sampling yang digunakan dalam penelitian ini dan untuk menentukan partisipannya dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu usia 24-40 tahun, jarak minimal 2 tahun atau lebih, sedangkan kriteria eksklusi adalah sakit berat dan perawatan psikologis. Tidak ada kriteria formal untuk menentukan besar sampel yang terpenting adalah sudah tidak ada lagi variasi jawaban atau dirasa sudah jenuh. Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Soetomo, RSUD. Haji, dan puskesmas Mojo. Waktu penelitian dilakukan bulan Maret – Desember 2019.



Data diperoleh berdasarkan wawancara mendalam (*Indepth interview*) yang dilakukan sesuai dengan kesepakatan bersama partisipan. Proses wawancara kualitatif berbeda dengan proses wawancara kuantitatif, karena wawancara pada pendekatan kualitatif relatif tidak berstruktur dan tidak diarahkan. Wawancara mendalam dipilih karena cocok untuk menggali informasi, pengalaman, memahami pandangan, pengetahuan partisipan secara utuh dan mendalam. Teknik ini digunakan agar partisipan lebih terbuka dalam menggambarkan pengalamannya terhadap persalinannya dan tidak terpengaruh dengan jawaban yang diberikan partisipan lain.

Peneliti menggunakan wawancara semistruktur yang berisi pedoman daftar pertanyaan. Lama wawancara penulis batasi kurang lebih 45 menit sampai 1 jam. Peneliti terlebih dahulu memberi tahu bahwa semua pembicaraan akan direkam dan meminta persetujuan sehingga partisipan tidak merasa dirugikan. Data sekunder berasal dari laporan-laporan yang berkaitan dengan masalah yang diteliti, sumber-sumber bahan pustaka, literatur yang relevan dengan masalah yang akan diteliti. Instrument yang digunakan adalah panduan wawancara dan alat perekam berupa *microphone, recorder/hand phone*, dan alat tulis. Proses analisis yang penulis lakukan *categorization, thematising, dan interpreting*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut pemaparan identitas responden dalam penelitian ini :

Tabel 2 Identitas responden, tempat bekerja, dan tempat bersalin

No	Responden	Inisial responden	Lokasi Penelitian	Tempat Bekerja	Tempat Bersalin
1.	1	R001	RSU Haji	RSU Haji	RSU Haji
2.	2	R002	RSU Haji	RSU Haji	RSU Haji dan RS Tipe B gresik
3.	3	R003	RSU Haji	RSU Haji	RS Tipe B di Malang
4.	4	R004	Rumah	RSU Haji	RSU Haji
5.	5	R005	RS DS	RSU Haji	RSU Haji
6.	6	R006	RS DS	RSUD Dr. Soetomo	RS Tipe B di Malang

7.	7	R007	RS DS	RSUD Dr. Soetomo	RSUD tipe B di Jombang
8.	8	R008	RS DS	RSUD Dr. Soetomo	RSUD Sidoardjo
9.	9	R009	PKM Mojo	PKM Mojo	RS Tipe B Surabaya
10.	10	R010	PKM Mojo	PKM Mojo	RS Tipe B Surabaya

Peneliti membagi penyebab persalinan traumatis berdasarkan tempat pemeriksaan kehamilan dan persalinan menjadi 3 tema yaitu komplikasi, nyeri saat persalinan atau pasca persalinan, dan ketiadaan pengasuhan anak. Peneliti membagi komplikasi menjadi 3 subtema, yaitu komplikasi pada kehamilan dan persalinan baik pada ibu maupun janin, penanganan selama komplikasi, dan *mistreat atau wrong treatment*. Peneliti pun membagi tema nyeri menjadi 7 sub tema yaitu gangguan/kebingungan, ketakutan akan intervensi persalinan, asuhan kasar/tidak menyenangkan/menyakitkan, diabaikan/tidak diperhatikan/kurangnya dukungan dari keluarga/provider, laporan hasil pemeriksaan oleh provider, konflik batin, dan Post SC.

Komplikasi

RSU Haji

Masalah yang terjadi baik saat kehamilan dan persalinan meningkatkan kecemasan dan stress pada seorang perempuan.

“dari SMP aku emang ada alergi dingin dan debu..... sejak hamil UK 5 bulan itu mengalami serangan asma..rasanya mau mati... “Ya Allah, apakah aku mau mati? Aku makin gelisah, sampai pada saat itu aku berpikir, “gimana anak ku, gimana nanti perkembangan otaknya? (R01)”

RSUD Soetomo

Sebagian perempuan berkecil hati tidak memiliki *moment* indah selama kehamilan seperti ibu hamil pada umumnya, bahkan memberikan ketakutan ketika penanganan tidak memberikan solusi pada keadaan ibu.

“akhirnya aku dapat terapi BV dan PPI. Itu usia kehamilan 20 minggu... tidak ada perbaikan dan tetap ngflek, disana malah stress ku bertubi-tubi, harapan ku pada pengobatan ini tapi tidak membantu“(R08/02/11)



RS Tipe B Lainnya

Ketidaksabaran provider menyebabkan responden harus mengalami intervensi yang tidak dibutuhkan.

“sudah pembukaan lengkap, semua bidan yang jaga turun kesaya semua. Pas gak ada his, aku disuruh ngeden ‘ayo ngeden..!!’ belum ada buk! Apanya yang gak ada? ada 2 orang dibawah, 2 orang diatas, itu aku dikristeler. Itu aku rupture sampai grade 3. Aku trauma disana mba, mangkanya kenapa anak kedua itu aku memutuskan untuk SC, saya ngebayangin robekan derajat 3 mbak sampai anus!!” (R06)

Provider yang memprioritaskan agendanya dibandingkan kebutuhan perempuan meninggalkan berkas trauma pada perempuan

“langsung sama dr. I disuruh operasi karena besoknya dokternya mau ke Kamboja, soalnya katanya ketubannya tinggal sedikit., enggak dikasih tau AFInya berapa, celana dalam ku loh kering mbak, sebelumnya ta bawa periksa ke RS oleh PPDS enggak ada pembukaan padahal sudah UK 40 minggu. Saya jadi takut mba, saat itu rasa takut saya lebih tinggi. Menata hati ini susah mba, sebenarnya aku pengen ngerasain kenceng-kenceng.. sedih aku mbak, ya kaget mendadak.... ternyata bayi ku juga sehat langsung rawat gabung.” (R09)

Nyeri

RSU Haji

Adanya alat bantuan rumah sakit bahkan jam mengganggu fokus responden. Pikiran responden lebih fokus pada hal-hal disekitar atau waktu yang akan ditempuh untuk persalinannya daripada menikmati sensasi pada tubuhnya.

“aduh baru pembukaan dua? stress lah aku, udah lihat-lihatin jam, ternyata tiba-tiba rasa stressbku tuh mengakibatkan rasa nyeri banget kontraksinya, serangan asmaku kambuh saat itu.” (R01)

Mengingat akan intervensi yang akan diterima di persalinannya meningkatkan rasa stress dan mengubah persepsi nyerinya.

“usia kehamilan ku 39 minggu, pada saat itu ‘pugh’ ketuban ku pecah dirumah. STRESS aku. Stress ku karena apa, aku bakal di drip, itu yang aku lupa, aku stress, aku gak bisa ngontrol rasa stress aku.” (R01)

Ketiadaan seorang terdekat selama proses persalinan karena peraturan instansi rumah sakit membuat ibu tidak mampu mengatasi rasa sakitnya.

“saya tenaga baru, jadi suami tidak boleh masuk.... his saya semakin sakit gak ada siapa-siapa tambah sendirian gak ada yang ngusap punggung saya, saya kekamar mandi sendiri, kaya merasa tersiksa sendiri mba, akhirnya saya muntah dan pasang

infus. akhirnya saya kecapean, ada kekuatan itu ya karena di dorong (kristeller) sama teman-teman itu.” (R04)

Respon nyeri dipada perempuan di pengaruhi oleh hasil pemeriksaan oleh provider meskipun itu adalah hasil dari pemeriksaan rutin.

“VT sama teman aku, ‘pembukaan 2 mba’. Pembukaan 2 stress lah aku! Ternyata rasa stress aku mengakibatkan rasa kontraksi dan akhirnya asma ku kumat. Pegang sembarang alat gak bisa, Aku dah kaya orang gila. Kumat langsung ngiikkk. Aku dengar temen-temen bilang ‘ina kumatt’” (R01)

RS Tipe B Lainnya

Konteks nyeri pun berubah ketika pikiran ibu fokus pada alat rumah sakit. Ketika alat ini membantu provider akan tetapi memberikan dampak pada persepsi nyeri dan penilaian terhadap persalinannya

“selama di OD sambil NST, dokter bilang kalau denyut janin tiba-tiba menurun, ya langsung operasi. Disana wes saya sudah gak karu-karuan... aku cek monitornya jangan sampe bayi ku kenapa-kenapa.... tapi disisi lain sakit ku makin nambah-nambah.” (R08)

Konteks rasa nyeri berubah ketika mendapatkan asuhan yang menyakitkan dari provider.

“Pertama kali di VT itu sakit ya Allah panas... habis di vt itu udah mulai kenceng-kenceng, semakin nyeri, aku ngerasa banget aku tuh kaya di kayak dibesarin serviks, di stripping aku sama dokternya mba. Baru sadar aku pas lahiran itu... rasanya masih ingat sampai sekarang mba” (R03)

Perasaan tidak didukung menyebabkan perempuan tidak aman secara emosional, merasa sendiri, dan tidak berdaya sehingga tidak lagi memiliki kepercayaan terhadap kemampuan alami tubuhnya untuk melahirkan secara fisiologis.

“his ku makin sakit, aku makin khawatir karena bidannya jauh toh mbak, aku gak ditungguin bidannya. Jadi pas sakit, ‘aduh mba sakit’ aku cuman dibilang ‘bu nafas panjang (suara pelan, tapi bagi ku tak mengurangi rasa sakit ku” (R03)

Kekecewaan karena melihat pendamping persalinannya tertidur dapat mengubah konteks rasa nyeri sehingga responden tidak lagi memiliki kekuatan untuk melewati proses persalinan

“akhirnya saya di OD oleh dokter karena tidak ada kemajuan. Rasanya mau mati mba, mengerikan, saya kecapean, tapi yang paling menyakitkan ngeliat suami ku tetap enak aja tidur. Alhasil pembukaan tetap 3 cm.” (R08).



Responden berikut mengalami intervensi yang tidak dibutuhkan karena provider yang nilai terburu-buru dan tidak mempertimbangkan keadaan dan keputusannya

“saat itu enggak ada indikasi untuk di drip, padahal semuanya masih bagus, ketuban dan djj masih bagus, dokternya minta ngedrip, kata dokternya karena sudah 1x24 jam jadi kontraksinya harus ditambah. Aku enggak sanggup sama sakitnya mbak sampai aku nendang-nendang tembok, itulah kenapa aku trauma banget” (R10)

Trauma persalinan sebelumnya menyebabkan beberapa responden memilih persalinan operatif untuk menghindari rasa takutnya. Akan tetapi, nyeri post SC menambah rasa trauma perempuan.

“dokter ku bilang, ‘nanti kita rangsang yah, dikasih misoprostol habis itu diinduksi.... Aku pun sudah merasakan nyeri pembukaan gimana, jadi aku mau melewati proses pembukaan itu.... ternyata post op nya lebih sakit sampai 1 bulan aku masih ngerasa nyeri rasanya bener-bener panas kaya disayat-sayat gitu (R07)

Persalinan di Rumah

Lingkungan sosial dan tempat bersalin tidak sesuai harapan dan pengetahuan responden, hal ini memberikan rasa tidak aman dan mengubah konteks rasa nyeri.

“jadi ibu mertua ku itu pengen aku lahir dirumahnya, ditolong sama keponakannya, bidan senior...sedangkan aku, dari hati kecilku aku merasa lebih aman dan lebih tenang kalau dirumah sakit... dan ternyata pembukaan ku gak nambah, sedangkan nyeri ku sudah gak karu-karuan. Aku nangis, aku merasa tidak leluasa, semakin panik, semakin gak kuat nahan nyerinya, akhirnya aku muntah, dan minta dirujuk (R07)

Ketiadaan pengasuhan bagi bayi yang akan dilahirkan

Ketidakhadiran seorang pengasuhan bagi calon bayinya menjadi sumber kekhawatiran terbesar selama hamil.

“Aku gak mau hamil, Sama sopo nanti anakku. Tak titipin sopo? jadi stress ku dikehamilan keempat, ada rasa penolakan dari diriku. Karena stress ku ini, asma ku malah jadi lebih sering kumat-kumat di awal-awal kehamilan, 2 hari setelah control keluar sa janinnya, sa ari-arinya sa selaputnya, utuh!.... aku wes gak mau punya anak lagi, “ (R01)

Hasil analisis faktor-faktor yang menyebabkan persalinan traumatis pada bidan dihasilkan bahwa sebagian besar responden mengalami trauma akibat mengalami komplikasi baik selama kehamilan maupun persalinan dan nyeri baik selama persalinan maupun setelah persalinan operatif post SC. Trauma yang diakibatkan oleh komplikasi

menyebabkan perempuan merasa di dalam keadaan yang terancam kematian dan penuh kekhawatiran akan perkembangan janinnya (R01). Responden pun tidak memiliki moment yang berkesan selama kehamilan akan tetapi digambarkan dengan pengalaman yang menyiksa dan melelahkan (R09). Komplikasi yang dialami oleh bayi baru lahir hingga mendapatkan perawatan intensif meninggalkan pengalaman traumatis terutama jika bayi mengalami kesakitan karena kurangnya pengetahuan responden sehingga meninggalkan perasaan bersalah yang mendalam (R02). Gambaran respon yang diberikan oleh responden sesuai dengan DSM IV kriteria A1 dan A2 yaitu perasaan takut, kengerian, ketidakberdayaan, terancam kematian baik bagi dirinya maupun janin atau bayinya. Komplikasi juga merupakan suatu kejadian yang tidak terduga, hal yang serius, dan tidak diharapkan yang mana tentunya menyebabkan hal traumatis bagi orang yang mengalaminya. (Henriksen et al., 2017).

Penanganan yang diberikan berulang-ulang menjadi hal yang traumatis. Hal ini menyebabkan trauma karena selama penanganan, responden merasa tersiksa dan mengalami kelelahan (R05). Kepatuhan meminum obat digambarkan dengan suatu perlombaan antara dirinya dengan virus didalam tubuhnya (R01). Selain itu, penanganan selama komplikasi menimbulkan trauma bagi responden karena menimbulkan rasa ketakutan dan kekhawatiran kehamilan. Penanganan selama komplikasi merupakan hal kerentanan yang dapat mempengaruhi persepsi ibu tentang penilaiannya akan kepuasan dan harapannya akan kehamilan dan persalinannya (Horsch & Ayers, 2016).

Peneliti juga menemukan bahwa komplikasi yang di alami oleh responden diakibatkan karena kesalahan provider. Peneliti menemukan adanya kesalahan provider dalam pemeriksaan ANC menyebabkan wanita harus mengalami *emergency caesarean* (R05/03/15). Hal ini sesuai dengan Boorman (2014) bahwa persalinan baik dengan section caesarean baik terencana maupun darurat merupakan salah satu prediktif terjadinya kelahiran traumatis. Salah satu responden mengalami ruptur derajat 3 karena dilakukan *manuver kristeler* oleh providernya (R06/03/13). Manuver Kristeler sangat bertentangan dengan asuhan sayang ibu dan asuhan yang berpusat pada perempuan (*women centre care*) dan rekomendasi WHO. WHO tidak merekomendasikan penekanan pada fundus uteri untuk membantu persalinan selama kala II (WHO, 2018) hal ini dapat meningkatkan cedera/avulsi pada otot levator ani (Wen et al., 2013). Penelitian tentang risiko morbiditas akibat manuver kristeller telah diteliti sejak dahulu. Matsuo (2009) pada



telah melakukan dampak menggunakan manuver kristeler pada wanita bersalin kala II. Penelitiannya mengatakan bahwa, Manuver tekanan fundus uterus selama tahap persalinan kedua meningkatkan risiko laserasi perineum yang parah. (Fukami et al., 2019).

Di penelitian ini pun, responden menggambarkan bagaimana provider menentukan waktu persalinan yang disesuaikan dengan agenda provider. Responden mengalami persalinan operatif tanpa indikasi jelas (R09). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Reed (2017) bahwa trauma digambarkan dengan bagaimana tindakan dan interaksi pemberi asuhan yaitu salah satunya dimana ketika provider memprioritaskan agendanya dibandingkan kebutuhan perempuan tersebut meninggalkan trauma pada perempuan tersebut.

Sebagian besar responden mengalami trauma karena rasa nyeri saat persalinan dan post SC. Berdasarkan pada *modern pain science*, nyeri adalah pengalaman subjektif yang berhubungan kuat dengan lingkungan. Nyeri sangat dipengaruhi oleh proses kognitif dan pada akhirnya dialami dalam konteks maknanya bagi individu. Persepsi seorang perempuan tentang nyeri selama persalinan ditentukan oleh gabungan faktor-faktor psikososial, dikombinasikan dengan apa yang terjadi di tubuhnya (Whitburn et al., 2017).

Ketika ibu bersalin fokus pada proses dan sensasi yang terjadi saat persalinan, hal ini dapat membentuk persepsi positif terhadap rasa nyeri. Akan tetapi ketika fokus perempuan teralihkan dengan ada gangguan yang dirasa mengancam atau takut, maka nyeri yang dirasakan negatif. Jam dinding dan alat-alat rumah sakit seperti NST bisa menjadi hal yang mengganggu fokus saat proses persalinan. Hal ini digambarkan responden berulang kali melihat jam sehingga meningkatkan rasa stress (R01), (R03), dan hilangnya fokus responden karena kekhawatiran selama penggunaan NST (R08).

Peneliti pun menemukan ketika bidan mendengar induksi persalinan atau persalinan dengan SC, responden mengalami ketakutan karena rasa nyeri yang dibayangkannya (R01). Laura (2017) dalam penelitiannya *The Meaning of Labour Pain* dihasilkan bahwa rasa takut dapat menggiring perempuan yang sedang bersalin mengalami nyeri persalinan yang intens dan pengalaman yang lebih negatif.

Beberapa responden pun mengalami rasa nyeri karena mendapatkan asuhan yang menyakitkan atau tanpa *inform consent* dan komunikasi yang menenangkan responden. Responden lainnya mengalami pembukaan serviks secara paksa (*stripping*) ketika

dilakukan pemeriksaan dalam oleh providernya. Beberapa responden lainnya menggambarkan rasa trauma nyerinya karena merasa diabaikan, (R02) dan setting ruangan yang dinilai kurang efektif dan strategis sehingga responden merasa kurang diperhatikan (R02). Responden merasa sendiri ketika suami tidak hadir dalam persalinannya karena peraturan instansi rumah sakit (R04). Sebagian responden merasa tidak berdaya dalam mengekspresikan rasa nyerinya karena ketidakhadiran orang-orang terdekat responden sehingga nyeri hanya dirasakan sendiri dan menjadi sangat intens (R07). Selain itu, meningkatkannya rasa nyeri dan membuat pengalaman persalinannya lebih traumatis, yaitu ketika orang terdekat tidak mendukung keinginan responden atau tidur ketika responden mengalami rasa nyeri (R08). Peneliti pun menemukan rasa sakit karena intervensi yang diberikan tidak sesuai indikasi. Responden menerima induksi persalinan ketika semua hasil pemeriksaan tidak ada indikasi untuk dilakukan induksi (R10).

Peneliti menyimpulkan bahwa rasa nyeri menjadi prediktor utama pengalaman yang traumatis. Aspek lingkungan sosial sangat mempengaruhi bentuk persepsi wanita terhadap nyeri. Aspek lingkungan yang ditemukan dalam penelitian ini yaitu provider, orang-orang yang mendukung perempuan, staf rumah sakit, dan orang-orang disekitar responden yang dapat mempengaruhi kondisi pikiran responden. Selain itu, kata-kata dan tindakan orang-orang di sekitar responden dapat mempengaruhi konteks rasa nyeri tersebut, apakah nyeri tersebut dirasakan produktif atau apakah dirasakan sebagai hal yang mengancam dan menyiksa.

Selain itu, melaporkan pembukaan serviks dapat mengubah pikiran responden terhadap penilaiannya atas nyeri yang dialaminya (R01). Seorang perempuan bersalin mengartikan pengukuran itu berarti bahwa dia tidak mengalami kemajuan pada tingkat yang diinginkan sehingga rasa sakitnya tidak produktif dan membuatnya berpikir bahwa dia tidak akan memiliki kapasitas untuk mengatasi saat persalinan berlangsung (Whitburn et al., 2017).

Peneliti pun menemukan bahwa konflik batin sebagai sumber traumatis responden (R07/09/18). Whitburn (2017) menyatakan bahwa jika orang-orang dan interaksi yang terjadi di sekitar perempuan bersalin memicu rasa kerentanan, maka pengalaman rasa sakit akan berubah menjadi perasaan yang mengancam.



Ketiadaan akan pengasuhan anak menjadi sumber kekhawatiran selama hamil yang menyebabkan ibu stress hingga berakhir pada kematian janin (*dead conceptus*) (R01). Hal ini merupakan faktor kerentanan domain kedua yaitu depresi atau kecemasan saat kehamilan yang dapat menyebabkan pengalaman trauma pada seorang perempuan (Ayers *et al.*, 2016).

Perbandingan gambaran pengalaman persalinan traumatis berdasarkan tempat persalinan

Responden yang diteliti dalam penelitian ini adalah bidan yang tentunya akan mempengaruhi pengetahuan dan keyakinannya dalam memilih tempat persalinan. R7 mengalami konflik batin selama persalinan pertamanya. R7 meyakini bahwa rumah sakit adalah tempat yang paling aman untuk bersalin karena dekat dengan fasilitas-fasilitas kesehatan yang akan membantunya kapan saja ketika mengalami komplikasi.

Keyakinan R7 tidak sesuai dengan Olsen (2002) dan Walker (2017). Sebagian besar kehamilan di antara perempuan sehat adalah normal dan kelahirannya dapat terjadi tanpa intervensi medis yang tidak perlu. Persalinan di rumah sakit berisiko perempuan tersebut mengalami *iatrogenic effects* dari intervensi obstetrik pada perempuan yang tidak membutuhkan hal-hal klinis untuk hal-hal tersebut (Wallis, 2009)

Hal ini didukung oleh Walker (2017) bahwa persalinan di rumah bisa relatif aman. Bahkan perempuan yang memiliki minim resiko lebih baik melahirkan di rumah selama memiliki integrasi rujukan yang baik. Berdasarkan penelitiannya, alasan perempuan memutuskan untuk melahirkan di rumah adalah karena aman, terhindar dari intervensi yang tidak dibutuhkan, pengalaman persalinan yang lebih baik, nyaman, dan berada dilingkungan yang dikenal. Akan tetapi melahirkan di rumah juga memiliki risiko yaitu sekitar 45% kasus primigravida harus dirujuk ke rumah sakit, pilihan analgesia yang lebih sedikit, dukungan tindakan kebidanan yang terampil kurang (Walker, 2017) Selain itu cara pandang R7 terhadap persalinannya bertentangan dengan filosofi kebidanan. Dalam *midwifery model care*, bidan memandang persalinan adalah sebuah kejadian fisiologis (Helen, 2015)

Bagi responden yang bersalin di rumah sakit baik rumah sakit tipe A dan B, trauma di hasilkan oleh karena alat-alat rumah sakit. Alat-alat rumah sakit seperti monitor kesejahteraan janin dapat mengganggu fokus pikiran responden sehingga mengubah konteks rasa nyeri responden. Selain itu, peraturan rumah sakit yang melarang suami atau

keluarga untuk menemani responden selama persalinan atau setelah Operasi SC seperti yang dialami oleh R4 dan R7, meningkatkan rasa nyerinya selama dan sesudah persalinan dan membuatnya lebih rentan, sendiri, dan tidak berdaya dalam mengatasi rasa nyerinya. Selama proses persalinan, perempuan mendapatkan kenyamanan yang diberikan oleh wajah-wajah yang akrab bagi perempuan. Ketiadaan hal ini membuatnya tidak berdaya, ketakutan, dan merasa sendiri (Ma, Bo, & Tunçalp, 2019). Hal ini pun dialami oleh perempuan Iranian yang mengalami trauma karena ketiadaan pendamping selama persalinan oleh karena peraturan rumah sakit dan kebudayaan mereka (Taghizadeh, Irajpour, Nedjat, Arbabi, & Lopez, 2014)

Peneliti pun menemukan bahwa faktor yang menyebabkan trauma bukanlah siapa provider yang menolong persalinan akan tetapi bagaimana sikap provider kepada responden selama proses persalinan. Perempuan cenderung mengalami kepuasan yang tinggi dengan kelahirannya walaupun mereka merasa ada “*threat*” jika pemberi asuhan mendukung dengan *manner* dan tindakan yang baik (Reed et al., 2017). Hal ini di dukung oleh WHO yaitu pengalaman persalinan positif adalah pengalaman yang memenuhi harapannya termasuk mendapatkan dukungan praktis dan emosional dari pemberi asuhan (World Health Organization, 2018).

SIMPULAN DAN SARAN

Sikap, kata-kata, dan tindakan pemberi asuhan merupakan faktor utama dalam menentukan pengalaman persalinan perempuan. Disamping itu, adanya orang-orang asing dan hal-hal disekitar ibu bisa menyebabkan ibu mengalami pengalaman persalinan traumatis. Provider sebaiknya lebih memperhatikan kesiapan mental perempuan terhadap kehamilan dan persalinan sehingga tidak mengalami persalina traumatis. Selain itu, provider pun perlu dibekali dengan *skill* komunikasi yang efektif dan setiap pelayanan kesehatan sebaiknya menciptakan lingkungan sosial yang mendukung kemajuan dan pengalaman persalinan yang positif. Melakukan promosi kesehatan tentang nyeri persalinan sebagai nyeri yang produktif. Pemerintah memastikan bahwa pelayanan yang diberikan selama persalinan berpusat pada kebutuhan perempuan sehingga dapat mengurangi jumlah persalinan traumatis. Dibutuhkannya penelitian lebih lanjut untuk menghasilkan panduan teknis yang diperlukan kepada pemerintah dan penyedia layanan kesehatan dalam mengurangi jumlah trauma pada persalinan.



DAFTAR PUSTAKA

- Fukami, T., Koga, H., Goto, M., Ando, M., Matsuoka, S., Tohyama, A., ... Tsujioka, H. (2019). Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage among transvaginal deliveries at a tertiary perinatal medical facility in Japan. *PLoS ONE*, *14*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208873>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, *51*, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Horsch, A., & Ayers, S. (2016). *Childbirth and stress. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00040-6>
- Ma, B., Bo, B., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2.www.cochranlibrary.com>
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, *29*(3), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Taghizadeh, Z., Irajpour, A., Nedjat, S., Arbabi, M., & Lopej, V. (2014). Iranian mothers' perception of the psychological birth trauma: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry*, *9*(1), 31–36. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25561946>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4277605>
- Toohill, J., Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2019). Trauma and fear in Australian midwives. *Women and Birth*, *32*(1), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.003>
- Walker, J. J. (2017). Planned home birth. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *43*, 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>
- Wallis, J. (2009). Planned home birth versus planned hospital birth. *Midwives*, *12*(5), 28.
- Wen, W.-S., Yuan, Z.-M., Ma, S.-J., Xu, J., Yuan, D.-T., & Sciences, L. (2013). Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with higher risk of levator ani muscle avulsion. *International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer*, 1–23. <https://doi.org/10.1002/elsc.201200179>
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: How the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3>
- WHO. (2018). Recommendation on fundal pressure to facilitate childbirth, (February), 1–17.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>