

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Data Demografi Responden

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1, Yogyakarta pada bulan Desember 2018. Responden dalam penelitian ini berjumlah 96 ibu hamil. Hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi responden (pekerjaan, usia ibu, usia kehamilan, usia pernikahan dan status kehamilan). Dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 (N=96)

| Karakteristik responden | Frekuensi | Persentase |
|----------------------------|-----------|------------|
| Pekerjaan | | |
| IRT | 51 | 53,1% |
| Karyawan swasta | 37 | 38,5% |
| PNS | 8 | 8,3% |
| Total | 96 | 100% |
| Trimester kehamilan | | |
| 1 | 21 | 21,9% |
| 2 | 39 | 40,6% |
| 3 | 36 | 37,5% |
| Total | 96 | 100% |
| Status kehamilan | | |
| Primigravida | 44 | 45,8% |
| Multigravida | 52 | 54,2% |
| Total | 96 | 100% |

Berdasarkan table 4.1 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga

(IRT) berjumlah 51 orang dengan persentase sebesar 53,1%. Berdasarkan usia kehamilan sebagian besar responden berada pada usia kehamilan trimester 2 berjumlah 39 orang dengan persentase sebesar 40,6%. Karakteristik responden berdasarkan status kehamilan pada penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden adalah multipara berjumlah 52 orang dengan persentase sebesar 54,2%.

Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan Usia

| Variable | Median | SD | Min-Maks |
|-----------------|---------------|-----------|-----------------|
| Usia (tahun) | 27,50 | 5,163 | 20-43 |

Berdasarkan table 4.2 diatas, nilai tengah usia responden adalah 27,50 tahun. Usia termuda adalah 20 tahun dan usia tertua adalah 43 tahun.

2. Kecemasan Ibu Hamil

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi karakteristik kecemasan ibu hamil (N=96)

| Tingkat kecemasan | Frekuensi | Persentase |
|--------------------------|------------------|-------------------|
| Normal/Tidak cemas | 51 | 53,1% |
| Kecemasan Ringan | 39 | 40,6% |
| Kecemasan Sedang | 6 | 6,2% |
| Kecemasan Berat | 0 | 0% |
| Total | 96 | 100% |

Berdasarkan table 4.3 karakteristik tingkat kecemasan responden pada penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden berada dalam keadaan Normal/Tidak cemas sebanyak 51 orang dengan persentase 53,1%. Sebagian kecil responden memiliki karakteristik tingkat kecemasan sedang sebanyak 6 orang dengan persentase 6,2% .

3. Kualitas Tidur Ibu Hamil

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi karakteristik kualitas tidur ibu hamil (N=96)

| Kualitas Tidur | Frekuensi | Persentase |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Kualitas Tidur | | |
| Baik | 9 | 9,4% |
| Buruk | 87 | 90,6% |
| Total | 96 | 100% |

Berdasarkan table 4.4 karakteristik kualitas tidur responden pada penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki kualitas tidur buruk sebanyak 87 orang dengan persentase 90,6%.

4. Hasil Analisis Uji Korelasi Antara Kecemasan dengan Kualitas Tidur Ibu Hamil

Hubungan kecemasan dengan kualitas tidur ibu hamil menggunakan uji Spearman. Hasil analisis hipotesis uji korelasi menunjukkan $p < 0,05$ menunjukkan korelasi bermakna antar dua variabel. Nilai r menunjukkan kekuatan dan arah korelasi (Dahlan, 2014).

Tabel 4.5 Analisis Uji Korelasi Spearman (r) Hubungan Kecemasan dengan Kualitas Tidur Ibu Hamil

| Kualitas Tidur Ibu | Tingkat Kecemasan | | | | | | Total | <i>P value</i> | R | |
|--------------------|-------------------|------|--------|------|--------|-----|-------|----------------|-------|-------|
| | Normal | | Ringan | | Sedang | | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | | |
| Baik | 9 | 9,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9,4 | 0,004 | 0,295 |
| Buruk | 42 | 43,8 | 39 | 40,6 | 6 | 6,2 | 87 | 90,6 | | |
| Total | 51 | 53,2 | 39 | 40,6 | 6 | 6,2 | 96 | 100 | | |

(N=96)

Berdasarkan tabel 4.5 diatas, diperoleh hasil nilai signifikansi sebesar 0,004 ($p < 0,005$) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kecemasan dan kualitas tidur. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,295 menunjukkan kekuatan korelasi yang lemah dengan arah korelasi positif, artinya semakin tinggi kecemasan maka semakin buruk kualitas tidur responden. Besaran hasil analisis tabel *crosstab* di atas dapat di simpulkan bahwa sebanyak 43,8% responden dengan kualitas tidur buruk berada dalam rentan normal/tidak cemas.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Ibu Hamil

a. Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pekerjaan responden adalah IRT. Hal ini sesuai dengan data yang di peroleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) (2018) tercatat sebanyak 39,92 juta wanita usia produktif bekerja sebagai IRT. Pengalaman dan informasi yang dimiliki seseorang akan menambah informasi yang bersifat informal. Hal tersebut dapat diperoleh ketika seseorang melakukan interaksi sosial (Hasim, 2018). Ibu yang memiliki pekerjaan memungkinkan ibu untuk mendapatkan informasi dan pengalaman mengenai kehamilan dari orang lain dikarenakan ibu yang memiliki pekerjaan akan memiliki kesempatan lebih tinggi untuk bertemu dengan orang lain dan melakukan interaksi sosial. Selain itu, ibu yang memiliki pekerjaan akan mempunyai kemampuan yang lebih baik dalam menentukan stressor sehingga ibu

dapat mengendalikan rasa cemas dengan lebih baik (Kusumawati, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Cholisiyyana (2014) menunjukkan bahwa pekerjaan seseorang berpengaruh terhadap hubungan sosial seseorang yang memungkinkan individu untuk berinteraksi dan bertukar informasi. Pekerjaan berpengaruh dalam menentukan stressor, seseorang yang memiliki aktivitas di luar rumah akan mendapatkan pengaruh dari banyak orang seperti teman dan kolega sehingga akan mempermudah ibu dalam berbagi informasi serta pengalaman yang dapat mengubah cara pandang seseorang dalam menerima dan mengatasi stressor (Kusumawati, 2011).

b. Trimester Kehamilan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada usia kehamilan trimester dua. Hasil yang didapat pada penelitian ini sesuai dengan hasil yang didapatkan oleh Hasim (2018) yang juga didominasi oleh ibu dengan usia kehamilan berada di trimester dua. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shariat, Abedinia, Noorbala, Raznahan (2017) yang menunjukkan bahwa responden penelitian mayoritas berada pada usia kehamilan trimester dua. Adaptasi psikologis yang dialami oleh ibu hamil bervariasi berdasarkan usia kehamilan. Perubahan fisiologis yang terjadi di trimester pertama seperti mual, muntah, pusing dan gangguan nafsu makan dapat menjadi tekanan bagi ibu hamil yang dapat mempengaruhi keadaan emosionalnya. Selama usia kehamilan trimester dua biasanya ibu

hamil sudah dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada dirinya sehingga ibu hamil trimester dua akan cenderung memiliki keadaan emosional yang stabil. Pada trimester ketiga seorang ibu hamil akan mengalami gejolak emosional kembali dipengaruhi oleh hari kelahiran yang semakin dekat dan perubahan peran yang akan segera dijalani (Nayak, et al, 2015). Selain adaptasi psikologis ibu juga mengalami adaptasi fisiologis seperti, perubahan dalam sistem respirasi. Selama masa kehamilan akan terjadi peningkatan permintaan oksigen yang cukup signifikan disebabkan oleh peningkatan metabolisme yang terjadi pada wanita hamil. Kehamilan dapat menyebabkan ibu mengalami sesak nafas yang dirasakan secara subjektif tanpa disertai hipoksia (Soma-Pillay, et al, 2016). Perubahan ini terjadi dikarenakan perbesaran uterus yang terjadi selama masa kehamilan, uterus yang membesar seiring meningkatnya usia kehamilan dan pengembangan thoraks akan menyebabkan peningkatan ventilasi per menit pada ibu hamil (LoMauro & Aliverti, 2015).

c. Status Kehamilan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden adalah multigravida. Hasil yang di dapat pada penelitian ini sesuai dengan hasil yang di dapatkan oleh Huda, Utami dan Harahap (2018) yang menunjukkan bahwa sebanyak 61,8% responden ibu hamil di dominasi oleh multigravida. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Sukorini (2017) yang menunjukkan mayoritas

responden ibu hamil di dominasi oleh paritas multigravida dengan persentase 80,6%. Penelitian yang dilakukan Tylik (2013) menunjukkan bahwa ibu dengan multigravida biasanya lebih mampu menangani perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami selama masa kehamilan sehingga menurunkan resiko mengalami depresi atau kecemasan dibandingkan dengan wanita primigravida. Penelitian yang dilakukan oleh Pięta, B., Jurczyk, M., Wszolek, K., & Opala, T (2014) menjelaskan bahwa ibu primigravida akan mengalami ketakutan dalam menjalani persalinan dibandingkan dengan ibu multigravida, pada ibu primigravida gangguan emosional seperti kecemasan dan stress dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan atau pengalaman. Ibu multigravida dengan pengalaman hamil dan melahirkan sebelumnya akan membantu ibu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi selama kehamilannya sehingga menurunkan resiko terjadinya gangguan emosional seperti kecemasan, stress, depresi dan frustrasi (Din, et al, 2015).

d. Usia

Hasil penelitian pada penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa ibu dengan usia < 20 tahun dan > 35 tahun beresiko untuk hamil dan melahirkan (Cunningham, 2014). Menurut Noer, Ermawati & Afdal (2016) usia ideal bagi ibu untuk mengandung adalah usia 20-35 tahun, hal itu dikarenakan pada usia ini organ reproduksi telah matang dengan sempurna sehingga siap menerima kehamilan. Hal itu

menunjukkan bahwa responden ibu hamil dalam penelitian ini berada dalam usia ideal untuk mengandung. Pada usia < 20 tahun organ reproduksi belum matang sehingga akan sangat beresiko untuk mengalami komplikasi saat hamil dan melahirkan (Noer, et al, 2016). Mengandung pada usia >35 tahun rentan mengalami komplikasi saat kehamilan seperti preeklampsia, eclampsia, diabetes gestasional, anemia dan *meiotic error oocyte* yang sering mengakibatkan abnormalitas kromosom dikarenakan fungsi organ reproduksi yang cenderung menurun (Sulfiana, et al, 2016). Semakin tua usia ibu saat kehamilan berpengaruh terhadap produksi progesterone yang tidak adekuat dan dapat menyebabkan hasil konsepsi tidak dapat berimplantasi dengan baik (Purwaningrum & Fibriyana, 2017).

2. Kecemasan dan Kualitas tidur Responden

a. Kecemasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden ibu hamil berada dalam rentan normal/tidak cemas. Perubahan fisiologis, psikologis, hormonal dan sosial yang terjadi selama kehamilan dapat meningkatkan resiko terjadinya gangguan emosional dan tekanan psikologis seperti perubahan emosi, dan perubahan suasana hati menjadi negative seperti kecemasan, stress, depresi dan frustrasi. Hal tersebut dapat terjadi ketika ibu sedang mencoba untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi (Din, et al, 2015). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni dan Kurniawati

(2014) dimana di temukan sebanyak 46,67 responden primigravida dan 86,66% responden multigravida dinyatakan normal atau tidak mengalami kecemasan. Pada masa kehamilan terjadi perubahan psikologi, perubahan ini akan terus terjadi selama kehamilan dan akan meningkat seiring usia kehamilan.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang di lakukan oleh Harahap dan Fazdria (2014) yang menunjukkan mayoritas responden memiliki gejala tingkat kecemasan sedang dan berat sebanyak 48% dan minoritas memiliki tingkat kecemasan ringan sebanyak 4%. Penelitian yang dilakukan di Samarinda oleh Sarifah (2016) menunjukkan sebanyak 22.5% memiliki cemas ringan, 30% memiliki cemas sedang, 27.5% memiliki cemas berat. Salah satu faktor yang memungkinkan perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Harahap dan Fazdria (2014) serta Sarifah (2016) adalah status kehamilan, penelitian yang dilakukan oleh Harahap dan Fazdria menunjukkan bahwa 100% responden yang mengalami kecemasan berat memiliki status primipara serta salah satu faktor yang memungkinkan perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian Sarifah (2016) adalah status kehamilan (*graviditas*), sebagian besar responden penelitian yang di lakukan oleh Sarifah memiliki status primigravida. Status kehamilan terbukti mempengaruhi kecemasan ibu hamil terutama dalam menghadapi persalinan.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keadaan emosional ibu dengan status kehamilan primipara dan primigravida salah satunya adalah kurangnya pengetahuan dan persiapan persalinan mengenai persiapan persalinan, jenis persalinan (pervagina spontan, seksio sesarea), intervensi medis (analgesik, penggunaan oksitosin, prosedur kateterisasi kandung kemih, transfusi darah, penilaian APGAR pada menit pertama kehidupan bayi dan kontak kulit awal antara ibu dan bayinya. Sebagian besar ibu hamil terutama ibu yang belum memiliki pengamalan hamil dan melahirkan sebelumnya mendapatkan informasi melalui internet dan berdiskusi dengan ibu yang sudah melahirkan sebelumnya. Kurangnya pengetahuan mengenai persiapan persalinan dan kurangnya akses informasi melalui tenaga kesehatan professional dapat menyebabkan ibu primipara dan primigravida lebih rentan mengalami gangguan emosional seperti kecemasan (Pięta, et al, 2014).

Sebagaimana yang disebutkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Fajrin (2018) bahwa tingkat kecemasan pada ibu hamil dihubungkan dengan kejadian abnormal yang dialami sebelumnya seperti pengalaman abortus dan riwayat persalinan sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Silva, Nogueira, Clapis, Leite (2017) menunjukkan bahwa sebanyak 26,8% ibu hamil mengalami kecemasan dan angka kejadian kecemasan meningkat pada kasus seperti riwayat aborsi, kelahiran premature dan kematian dini neonatal. Penelitian yang dilakukan oleh Chen, Cai, Liu, Qian, Ling, Zhang, Lou, Chen dan Shi

(2016) mengemukakan bahwa beberapa faktor psikologis yang dapat mempengaruhi episode kecemasan pada ibu hamil diantaranya, riwayat episode depresi sebelum kehamilan, riwayat depresi pada keluarga, episode kegelisahan yang terjadi setelah kehamilan, kehamilan tidak direncanakan, jenis kelamin anak, peran suami dalam rumah tangga pasca kehamilan, hubungan dengan orang tua selama 3 bulan terakhir, kualitas hubungan pernikahan dalam 3 bulan terakhir dan peristiwa kehidupan yang terjadi selama 3 bulan terakhir. Penelitian yang dilakukan oleh Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante (2016) menemukan bahwa prevalensi seorang ibu mengalami kecemasan dan depresi pada masa antenatal sebesar 11,0% pada trimester pertama, kemudian turun menjadi 8,5% di trimester kedua dan ketiga.

Episode kecemasan dan depresi lebih sering terjadi selama trimester pertama dan ketiga kehamilan dibandingkan dengan trimester kedua. Seorang wanita menjadi lebih rentan mengalami episode kecemasan dan depresi dikarenakan proses adaptasi yang terjadi semasa kehamilan dan mempersiapkan perubahan peran menjadi seorang ibu (Biaggi et al., 2016). Hal tersebut dapat menjelaskan hasil penelitian yang menunjukkan sebagian besar responden teridentifikasi normal/tidak cemas. Selain trimester kehamilan paritas kehamilan responden yang didominasi oleh multigravida membuat ibu dapat beradaptasi dengan lebih baik dalam menghadapi perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami.

b. Kualitas Tidur

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki kualitas tidur buruk. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardani, Agustina, Astika (2018) dimana 70% responden ibu hamil menunjukkan kualitas tidur yang buruk. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Robin (2015) yang menunjukkan sebanyak 68,6% ibu hamil mengalami kualitas tidur yang buruk. Rata-rata waktu tidur ibu sebelum kehamilan adalah 7,7 jam, pada usia kehamilan trimester pertama akan terjadi peningkatan rata-rata waktu tidur sebesar 8 jam setelah itu akan mengalami penurunan menjadi 7,7 jam di trimester kedua dan 7,2 di trimester ketiga. Sebanyak 11% ibu hamil tidur kurang dari 7 jam pada trimester pertama, 20,6% pada trimester kedua dan 40,5% pada trimester ketiga kehamilan (Pitault et al., 2015). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rezaei, Moghadam & Seraylu (2013) menunjukkan bahwa kurang tidur dan kualitas tidur yang buruk biasa terjadi pada trimester kedua kehamilan. Pola dan kualitas tidur pada ibu hamil dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti perubahan hormonal, emosional, mental dan fisiologis (Razaei, et al, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Kizilirmak, Timun dan Kartal (2012) menunjukkan bahwa sebanyak 51,2% ibu hamil dengan gangguan tidur 10,1% diakibatkan oleh kebiasaan mendengkur, 39,3% peningkatan frekuensi buang air kecil, 30,7% sulit menemukan posisi nyaman dan 13,7% *restless legs*. Perubahan yang terjadi selama masa

kehamilan dapat menyebabkan kesulitan dalam inisiasi dan pemeliharaan tidur. Lambung yang tertekan oleh pembesaran uterus dapat menyebabkan *gastroesophageal reflux* yang umum terjadi saat posisi berbaring. Nokturia yang terjadi selama masa kehamilan disebabkan oleh penurunan kapasitas kandung kemih yang menurun akibat efek dari pembesaran uterus juga menjadi penyebab gangguan tidur pada ibu hamil (Bourjeily, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Habr, Raker, Lin, Zouein & Bourjeily (2013) menunjukkan bahwa *heart burn* secara signifikan lebih sering dialami selama masa kehamilan sebanyak 75%.

Selain itu, penurunan kualitas tidur ibu selama kehamilan dapat diakibatkan oleh hormon kehamilan seperti progesterone mempengaruhi otot polos dan sistem saraf dapat menyebabkan pernafasan menjadi dangkal (Kizilirmak, et al, 2012). Hormon *oxytocin*, hormon yang bertanggung jawab atas kontraksi uterus diketahui kadarnya meningkat saat malam yang dapat menyebabkan gangguan tidur pada akhir kehamilan. Nokturia merupakan kejadian umum pada trimester pertama dan ketiga. Nokturia berhubungan dengan peningkatan sekresi natrium pada malam hari, yang dapat menyebabkan sekresi urin lebih tinggi di malam hari dan mempengaruhi kualitas tidur. Pada akhir kehamilan nokturia diperparah karena efek dari pertumbuhan uterus yang menekan *bladder*. Pergerakan janin dapat mengganggu tidur, dan perubahan *musculoskeletal* yang terjadi selama

masa kehamilan juga dapat menyebabkan gangguan tidur bagi ibu. Beberapa kondisi patologis seperti asma, hidung tersumbat, mulas dan penurunan *system* kekebalan tubuh dapat menyebabkan atau memperparah gangguan tidur yang dialami oleh ibu (Oyiengo, et al, 2014).

3. Hubungan Kecemasan dengan Kualitas Tidur Ibu Hamil

Hasil penelitian pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kecemasan dan kualitas tidur pada ibu hamil. Penelitian yang dilakukan oleh Kantola, Aukia, Karlsson, Karlsson & Paavonen (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kecemasan dengan kualitas tidur yang terjadi selama masa kehamilan. Kecemasan/cemas merupakan salah satu dari respon stress yang dapat berupa ancaman baik secara fisiologis maupun psikologis atau dapat terjadi pada orang yang tidak dapat mengidentifikasi stressor yang dialaminya (Qin et al., 2015). Mekanisme yang menjelaskan hubungan antara stress dan kualitas tidur adalah *physiological arousal* (gairah fisiologis). Stress merupakan salah satu dari beberapa variabel yang mempengaruhi kualitas tidur, terutama menyangkut evaluasi subjektif (Becker, et al, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Gamaldo et al., (2014) menunjukkan bahwa faktor psikologis seperti stress dapat mempengaruhi proses yang berkaitan dengan fungsi tidur NREM

(Non rapid eye movement) dan REM (Rapid eye movement) yang tepat. Stress dapat menyebabkan efek negatif bagi kesehatan seperti penyakit kardiovaskular, secara langsung mempengaruhi sistem saraf, serta meningkatkan perilaku beresiko seperti merokok dan konsumsi alkohol yang akan mengakibatkan kualitas tidur buruk (McHugh & Lawlor, 2013; Becker, Jesus, et al, 2015). Kecemasan dan depresi sebagai respon dari stress dapat menstimulasi tubuh kita untuk mengaktifkan *fight or flight* respon, hal tersebut dapat membuat tubuh sulit untuk relaks karena otot menegang dan jantung berdetak lebih cepat sebagai efek dari *fight or flight* respon. Kesulitan untuk relaks dapat menyebabkan ibu hamil mengalami masalah tidur (Videbeck, 2014 ; Townsend, 2015).

Selama tidur, aktivitas sistem saraf simpatis umumnya menurun dan aktivitas system saraf parasimpatis meningkat. Kecemasan dapat menyebabkan aktivitas saraf simpatis meningkat dan aktivitas saraf parasimpatis menurun. Peningkatan aktifitas saraf simpatis akan meningkatkan tanda-tanda vital sebagai respon tubuh untuk bertahan saat respon *fight or flight* aktif, hal tersebut dapat menyebabkan ibu hamil kesulitan untuk relaks dan menyebabkan ibu tetap terjaga (Videback, 2014 ; Rahmawati, Ungsianik, 2017). Dampak negatif stress terhadap penurunan kualitas tidur pada ibu hamil dapat disebabkan oleh peningkatan *cortisol awakening response* dan *hyperactive hypothalamus-pituitary-adrenal* (HPA)

yang memiliki efek buruk pada tidur (Li, et al, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Chatburn, Coussens, Kohler (2014) menunjukkan bahwa orang yang memiliki koping baik secara signifikan berpengaruh terhadap kualitas tidur yang baik. Individu dengan kemampuan koping yang baik (*high cope self efficacy*, memiliki emosi yang positif, optimis dan memiliki fleksibilitas kognitif) dapat membantu beradaptasi secara positif dan mempertahankan kualitas tidur yang baik selama menghadapi stress akut atau kronis. Ibu yang memiliki koping baik mampu mempertahankan sumbu HPA pada tingkat aktivasi yang optimal, yaitu cukup tinggi untuk merespon bahaya tetapi tidak terlalu tinggi untuk merangsang perasaan takut, kecemasan dan depresi, dengan demikian dapat membantu individu terhindar dari gangguan psikomatis seperti gangguan tidur (Li, et al, 2016).