

# **HUBUNGAN SKOR KECEMASAN DENGAN LAMA PERSALINAN KALA I**

**Diajukan kepada Bagian Obstetri Ginekologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
sebagai syarat memperoleh gelar Dokter Spesialis  
dalam bidang Obstetri Ginekologi**

**Oleh :**

**WAHYU JATMIKA**

**BAGIAN / SMF OBSTETRI GINEKOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. KARIADI  
SEMARANG  
1999**

## HALAMAN PENGESAHAN

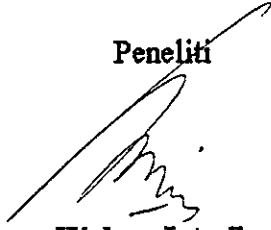
---

Judul Penelitian : HUBUNGAN SKOR KECEMASAN DENGAN  
LAMA PERSALINAN KALA I  
Ruang lingkup : OBSTETRI GINEKOLOGI  
Pelaksana penelitian  
Nama : Wahyu Jatmika  
NIP : 140 236 411  
Pangkat / Golongan : Penata / III c  
Pembimbing penelitian : Prof. Dr. Noor Pramono, MMed Sc, SpOG  
Dr. Supriyono K, SpOG

---

Semarang, September 1999

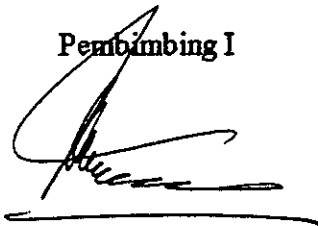
Peneliti



Wahyu Jatmika  
NIP. 140 236 411

disetujui oleh,

Pembimbing I



Prof. Dr. Noor Pramono, MMed Sc, SpOG  
NIP. 130 345 800

Pembimbing II



Dr. Supriyono K, SpOG  
NIP. 140 090 806

Penelitian ini dilakukan di Bagian Obstetri Ginekologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi

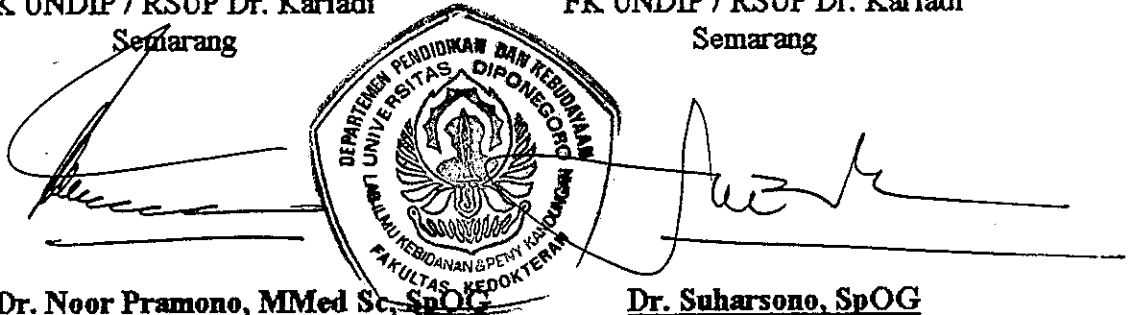
Hasil penelitian ini milik

Bagian / SMF Obstetri Ginekologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi  
Semarang

Telah diajukan dan disetujui  
Semarang, September 1999

Ketua Bagian / SMF Obstetri Ginekologi  
FK UNDIP / RSUP Dr. Kariadi  
Semarang

KPS PPDS I Obstetri Ginekologi  
FK UNDIP / RSUP Dr. Kariadi  
Semarang



Prof. Dr. Noor Pramono, MMed Sc., SpOG  
NIP. 130 345 800

Dr. Suharsono, SpOG  
NIP. 130 354 875

## KATA PENGANTAR

Pertama - tama saya ingin mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kasih, yang telah memimpin, menyertai, melimpahkan berkat dan karuniaNya selama saya mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang, dan dengan segala keterbatasan saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul : "Hubungan Skor Kecemasan Dengan Lama Persalinan Kala I", yang merupakan syarat untuk menempuh ujian akhir. Dengan hati yang tulus saya ingin menyampaikan rasa hormat, penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Noor Pramono, M.Med.Sc, SpOG Ketua Bagian/SMF Obstetri dan Ginekologi sekaligus pembimbing dalam penyusunan tesis ini.
2. Dr. Supriyono Kartodarsono, SpOG dan Dr. Suharsono, SpOG sebagai pembimbing dan KPS PPDS I Obstetri dan Ginekologi FK Undip.
3. Prof. Dr. Ariawan Soejoenoes, SpOG yang telah memberikan bahan bacaan dalam penyusunan tesis.
4. Semua guru saya di Bagian Obstetri dan Ginekologi yang telah membimbing, mendidik, memberikan ilmu dan teladan sebagai bekal yang sangat berharga dalam pelayanan saya nanti di masyarakat.
5. Almarhumah Ibu Siti Alfinah, S.Psi. yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan proposal penelitian ini.
6. Kepala Puskesmas Jatingaleh, Halmahera dan staf yang telah memberikan bantuannya selama saya melakukan penelitian.
7. Dr. Wahyu Rochadi, Msc dan Dr. Herman Kristanto, MS, SpOG yang telah membantu dalam analisis data.
8. Orang tua saya Bapak Widyo Soenarto dan Ibu Sunarti yang senantiasa memberikan dukungan dan mendo'akan saya, serta Bapak dan Ibu mertua Drs. Soetrisno Prodjomoeto atas dorongan semangat dan do'a restu selama pendidikan.
9. Istri saya Agnes Dewi Kartika A.D.T dan kedua anak saya terkasih, Angela Asiani Muraya dan Gizela Yuanita yang senantiasa memberikan motivasi, sabar dan penuh pengertian mendampingi saya selama mengikuti pendidikan.
10. Sejawat Residen, Bidan dan Paramedis RSUP Dr. Kariadi Semarang atas kerja sama yang baik selama ini.

Saya berharap semoga tulisan ini walaupun kecil memberikan manfaat dalam bidang Obstetri dan Ginekologi, khususnya dalam pelayanan persalinan.

Semarang, September 1999

Wahyu Jatmika

## ABSTRAK

Selain 3 faktor yang berpengaruh terhadap kelancaran persalinan, yaitu 3 "P" : "Power" (tenaga), "Passage" (jalan lahir) dan "Passenger" (bayi), dikenal faktor "P" lain yang diduga ikut mempengaruhi lama persalinan yaitu "Psikis" termasuk kecemasan. Kecemasan pada ibu bersalin akan memacu pengeluaran adrenalin, adrenalin menyebabkan konstiksi pembuluh darah sehingga vaskularisasi ke uterus berkurang dan akhirnya kekuatan kontraksi berkurang, akibatnya persalinan berlangsung lebih lama.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan skor kecemasan dengan lama persalinan kala I. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan penelitian menggunakan studi kohort prospektif terhadap 92 subjek.

Didapatkan hasil rata-rata  $\pm$  simpang baku skor kecemasan  $15.87 \pm 6.15$  dan lama persalinan kala I  $9.18 \pm 3.54$  jam. Didapatkan korelasi positif hubungan antara skor kecemasan dengan lama persalinan kala I, koefisien korelasi 0.895, koefisien regresi 0.515 dengan  $p < 0.05$  dan persamaan regresi  $Y = 1.010 + 0.515 X$  ( $Y$  = lama persalinan kala I,  $X$  = skor kecemasan). Ini menunjukkan makin tinggi skor kecemasan makin lama persalinan kala I. Faktor-faktor lain seperti paritas, kadar hemoglobin, pemeriksaan antenatal dan skor Bishop juga mempunyai hubungan kuat dengan lama persalinan kala I (koefisien korelasi  $> 0.5$ ), namun setelah dilakukan analisis multivariat hanya skor Bishop yang ikut menentukan lama persalinan kala I ( $p < 0.05$ ).

Simpulan dari penelitian adalah makin tinggi skor kecemasan makin lama persalinan kala I. Bertitik tolak dari hasil penelitian ini, perlu diperhatikan oleh petugas kesehatan, bahwa faktor kecemasan ibu bersalin juga ikut berperan menentukan lamanya persalinan kala I.

## DAFTAR ISI

Halaman judul	.....	i
Halaman pengesahan	.....	ii
Kata Pengantar	.....	iii
Abstrak	.....	iv
Daftar isi	.....	v
Daftar tabel	.....	viii
<b>Bab I. Pendahuluan</b>		
1.1. Latar belakang	.....	1
1.2. Permasalahan	.....	5
1.3. Keaslian penelitian	.....	5
1.4. Tujuan penelitian	.....	5
1.5. Manfaat penelitian	.....	5
<b>Bab II. Tinjauan pustaka</b>		
2.1. Kecemasan		
2.1.1. Pengertian kecemasan	.....	6
2.1.2. Teori kecemasan		
a. Teori psikodinamik	.....	8
b. Teori psikososial	.....	9
c. Teori organobiologik	.....	10
2.1.3. Gejala kecemasan	.....	11
2.2. Persalinan		
2.2.1. Pengertian persalinan	.....	12
2.2.2. Stadium persalinan		
a. Stadium prodromal	.....	13
b. Stadium "true labor"	.....	14
2.2.3. Faktor-faktor yang berperan pada persalinan		
a. Kecemasan	.....	19
b. Kondisi ibu	.....	21
c. Paritas	.....	21

d. Umur .....	22
e. Jarak antara 2 kelahiran .....	22
f. Pemeriksaan antenatal .....	23
g. Pengaruh obat analgetika, sedativa dan anestesi.....	23
h. Riwayat obstetri ..	24
i. Skor Bishop ..	24
2.3. Kerangka teori .....	25
2.4. Kerangka konsep .....	25
<b>Bab III. Hipotesis .....</b>	<b>26</b>
<b>Bab IV. Cara penelitian</b>	
4.1. Rancangan penelitian .....	27
4.2. Tempat penelitian .....	27
4.3. Subjek penelitian	
4.3.1. Syarat penerimaan sampel .....	27
4.3.2. Syarat penolakan sampel .....	28
4.4. Besar sampel .....	28
4.5. Cara pengambilan sampel .....	29
4.6. Alur penelitian .....	30
4.7. Definisi operasional variabel .....	30
4.8. Keterbatasan penelitian .....	32
4.9. Analisis data .....	32
4.10. Etika penelitian .....	33
<b>BAB V. Hasil penelitian</b>	
5.1. Penelitian awal .....	34
5.2. Karakteristik subjek penelitian.....	34
5.3. Analisis bivariat .....	38
5.4. Analisis multivariat .....	40
<b>Bab VI. Pembahasan</b>	
6.1. Karakteristik subjek penelitian.....	42
6.2. Hubungan skor kecemasan	
dengan lama persalinan kala I.....	45

6.3. Analisis multivariat .....	46
BAB VII Simpulan .....	50
BAB VIII Saran .....	51
Daftar Pustaka	
Lampiran :	
Tes- T Mas	
Form penelitian	
Surat ijin penelitian	



## DAFTAR TABEL

Tabel I	Angka persalinan lama, Bedah Caesar dan kematian perinatal sebelum dan sesudah pemakaian partograf .....	17
Tabel II	Skor Bishop .....	24
Tabel III	Deskripsi karakteristik ibu bersalin .....	37
Tabel IV	Distribusi frekuensi riwayat obstetri .....	38
Tabel V	Hubungan lama persalinan kala I dengan tiap-tiap variabel yang diteliti .....	39
Tabel VI	Analisis multivariat variabel-variabel yang mempunyai hubungan kuat dengan lama persalinan kala I .....	40
Tabel VII	Analisis multivariat skor kecemasan, skor Bishop dan paritas terhadap lama persalinan kala I .....	41

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar belakang.

Manusia dalam kehidupan sehari-hari pasti pernah mengalami kecemasan. Ini terjadi apabila terjadi perubahan-perubahan dalam hidup yang tidak diduga sebelumnya, misalnya seseorang yang terkena pemutusan hubungan kerja, pindah kerja, baru menikah dan menghadapi kehamilan / persalinan [1]. Persalinan merupakan peristiwa yang membahagiakan bagi ibu dan keluarga. Sudah banyak diketahui bahwa lancar atau tidaknya proses persalinan tergantung pada kondisi biologis yang khusus pada ibu. Namun juga dimengerti bahwa hampir tidak ada tingkah laku manusia dan proses biologisnya yang tidak dipengaruhi oleh proses psikis. Pertumbuhan janin dalam rahim menyebabkan calon ibu mudah terasa lelah, tidak bisa tidur nyenyak dan sesak nafas. Bahkan bagi wanita yang paling sehatpun, kehamilan dan kondisi saat persalinan dirasakan berat dan tidak menyenangkan yang dapat menimbulkan gangguan psikis [2,3].

Kosim (1970) berpendapat bahwa ketidakpastian keadaan bayi yang akan dilahirkan yaitu cacat/sehat, laki -laki / perempuan dan ketakutan menghadapi rasa nyeri saat persalinan dapat menimbulkan kecemasan [4]. Empat faktor yang mempengaruhi lancar tidaknya persalinan dikenal dengan 4 P, yaitu : "Power" (tenaga), "Passage" (jalan lahir), "Passenger" (bayi) dan faktor lain, termasuk Psikis [5, 6,7]. Soejoenoes (1982) mengemukakan bahwa dalam menghadapi pasien, dokter

harus memperhatikan pasien tersebut secara keseluruhan baik fisik maupun psikis [8]. Bahkan sejak zaman Hippocrates telah ditegaskan, agar setiap penderita dipandang sebagai "seorang manusia seutuhnya" dan bukan sebagai sesosok tubuh yang lengkap dengan organ-organnya. Pasien mempunyai kepribadian, jiwa, pandangan hidup, agama dan sebagainya [4].

Kecemasan pada ibu bersalin menimbulkan rasa khawatir terus menerus terhadap sesuatu yang akan terjadi, perasaan tidak menentu dan diliputi oleh semacam ketakutan pada hal-hal yang tidak pasti atau tidak nyata. Ibu biasanya mengalami kegelisahan, kurang percaya diri dan perasaan tidak aman [9,10]. Kecemasan tidak hanya menyangkut psikis saja, tetapi juga mempengaruhi fisik, karena terjadi perubahan kimiawi di otak, sehingga tubuh membutuhkan karbohidrat dan vitamin dibandingkan dengan orang normal. Manifestasi kecemasan akan timbul berupa keluhan neuromuskuler, kardiovaskuler, gastrointestinal, respiratorik, genitourinarius, mental emosional [1,11-13].

Fase laten persalinan dimulai sejak awal persalinan yang ditandai adanya his yang teratur 2 kali dalam 10 menit sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm. Pembukaan serviks pada fase ini berjalan sangat lambat, kalau fase ini berlangsung lebih dari 8 jam, persalinan cenderung mengalami kesulitan. Pada fase laten penolong persalinan tidak boleh terlalu ikut campur tangan, pemberian analgetika dan hipnotika terlalu awal akan memperlama fase ini. Fase aktif persalinan dimulai sejak akhir fase laten dan berakhir pada saat serviks membuka lengkap. Fase ini terdiri atas 3 fase yaitu akselerasi, kemiringan maksimal dan deselerasi, yang keseluruhannya memerlukan waktu 6 jam. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada

multigravida juga terjadi demikian, akan tetapi fase laten dan fase aktif terjadi lebih singkat [5,14-16].

Adamsons dan Rosenfeld melaporkan bahwa kecemasan memperlambat pembukaan serviks. Reaksi neurofisiologik terhadap kecemasan berupa peningkatan sekresi adrenalin ke dalam sirkulasi darah, yang pengaruhnya pada uterus adalah vasokonstriksi pembuluh darah uterus dan rasa nyeri, hal ini membuat kekuatan kontraksi uterus berkurang, sehingga pembukaan serviks menjadi lambat [17,18]. Read (1994) menerangkan dinamika nyeri dalam hubungannya dengan lama persalinan : hamil yang disertai ketakutan akan menimbulkan ketegangan, ketegangan ditambah faktor lain misalnya anemia, kelelahan, keputusasaan dan panik menyebabkan nyeri hebat, hasil akhirnya adalah persalinan menjadi lebih lama. Sebaliknya ibu bersalin yang penuh percaya diri, rileks akan merasakan nyeri ringan, sehingga persalinan berjalan normal [19]. Josoprawiro (1986) berpendapat bahwa gangguan proses persalinan dapat diterangkan sebagai sindroma takut - tegang - nyeri. Kecemasan menghadapi persalinan menginduksi timbulnya ketegangan otot-otot polos dan pembuluh darah, manifestasinya berupa kekakuan serviks dan hipoksia pada uterus yang menyebabkan impuls nyeri bertambah banyak. Impuls nyeri melalui sistem thalamo-limbik ke korteks serebri dengan akibat menambah rasa takut, kemudian kembali ke lingkaran setan semula [20]. Pengelolaan psikologis yang tepat pada wanita bersalin adalah penenang dasar yang besar nilainya. Seorang pasien yang tenang dan mempunyai kepercayaan penuh kepada staf obstetri yang merawatnya, akan mengalami kala pertama persalinan yang relatif nyaman [5].

Persalinan lama memberikan prognosis yang buruk bagi ibu dan bayi yang dilahirkan, sehingga dalam pelayanan obstetri merupakan masalah yang harus dihindari [21,22]. Hal ini merupakan tantangan bagi para ahli obstetri yaitu bukan saja menurunkan morbiditas dan mortalitas bagi ibu maupun bayinya, namun bayi yang dilahirkan juga dapat tumbuh secara optimal, baik fisik mental maupun emosionalnya. Soejoenoes (1982) mengatakan, ini merupakan tantangan yang sulit, karena banyak faktor yang berperan dalam persalinan, yaitu menyangkut sarana, sosial ekonomi, adat istiadat dan budaya masyarakat [8]. Pelayanan bagian obstetri tidak pada ketrampilan teknis saja yaitu dalam bentuk kuratif dan rehabilitatif, akan tetapi juga dalam bentuk promotif, preventif dan suportif, termasuk di dalamnya aspek psikososial penderita harus diperhatikan [4,5,8,16].

Alat bantu diagnosis kecemasan pada penelitian ini menggunakan instrumen "Taylor's Manifest Anxiety Scale" atau yang dikenal dengan T. Mas, yang terdiri atas 50 butir pernyataan yang telah diseleksi oleh para klinisi sesuai dengan diskripsi tentang gejala-gejala kecemasan, dengan validitas dan reliabilitas yang cukup tinggi [23].

Hubungan faktor psikis terhadap lama persalinan telah dilakukan beberapa penelitian. Diantaranya Primus dan Burstein melaporkan bahwa faktor kecemasan pada ibu dapat menyebabkan terjadinya persalinan berlangsung lebih lama, sehingga morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi meningkat [6,23], kecemasan juga mempengaruhi proses persalinan dan menyebabkan bayi lahir mati [24,25].

Berdasarkan uraian di atas perlu diamati hubungan antara skor kecemasan ibu dengan lama persalinan kala I yang belum pernah dilakukan penelitian di Semarang.

## **1.2. Permasalahan**

Permasalahan yang timbul adalah : Apakah ada hubungan antara kecemasan yang dialami oleh ibu-ibu yang sedang bersalin dengan lama persalinan kala I ?

## **1.3. Keaslian penelitian.**

Penelitian tentang hubungan kecemasan dengan lama persalinan pernah dilakukan di dalam maupun diluar negeri. Di luar negeri dilakukan oleh Burstein dan Beck [6,24], sedangkan di dalam negeri oleh Primus [23]. Di Semarang penelitian ini belum pernah dilakukan.

## **1.4. Tujuan penelitian.**

Mengetahui hubungan skor kecemasan dengan lama persalinan kala I

## **1.5. Manfaat penelitian.**

Apabila hubungan kecemasan dengan lama persalinan kala I sudah diketahui, dapat diupayakan pencegahan dini pada ibu hamil yang mengalami kecemasan agar dapat tenang kembali dan lebih percaya diri, sehingga persalinan tidak menjadi lebih lama. Dengan demikian dapat dilakukan tindakan pencegahan selama perawatan antenatal, dan aspek psikologis penderita lebih diperhatikan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kecemasan.**

##### **2.1.1. Pengertian kecemasan**

Mamusia dalam kehidupan sehari-hari selalu berupaya untuk memenuhi kebutuhannya, baik fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual. Dalam usaha pemenuhan kebutuhan-kebutuhan tersebut sering menghadapi berbagai masalah dan hambatan sehingga timbul kecemasan [26]. Kecemasan merupakan bagian intrinsik kemanusiaan, suatu respon natural yang diterapkan dalam pola kemanusiaan terhadap rangsangan dari luar maupun psikologik. Kecemasan akan dialami sepanjang kehidupan mulai dari ayunan sampai usungan [27].

Pengertian kecemasan masih belum dapat diperoleh suatu kesepakatan sehingga masih banyak pendapat dan teori. Salah satu diantaranya menyebutkan bahwa kecemasan adalah suatu perasaan seperti khawatir atau "was-was" yang sifatnya tidak jelas dapat menghebat menjadi panik dan serius disertai gejala-gejala jasmaniah seperti : nyeri kepala, sesak napas, jantung berdebar, keringat berlebihan, mual, rasa ingin buang air kecil dan buang air besar [1,2,11-13,27]

Menurut Bahar (1995), dalam Ilmu Kedokteran Jiwa normalitas dan gangguan kesehatan jiwa dipandang sebagai satu garis kesinambungan ("continuum"), pada ujung yang satu terletak keadaan normal, pada ujung yang lain terletak gangguan jiwa

berat. Peralihan antara normalitas ke abnormalitas sering kali tidak jelas. Secara klinis fase peralihan antara keduanya dapat dikenali sebagai sindrom kecemasan. Dengan perkataan lain kecemasan adalah perbatasan antara normal dan gangguan jiwa. Pada taraf ini individu masih dapat melaksanakan fungsi sehari-hari dengan cukup baik [13].

Hall (1983) mengatakan bahwa kecemasan terjadi pada saat orang mengalami konflik dengan dirinya sendiri. Pendapat ini didukung oleh Sulaeman (1995) yang merumuskan bahwa kecemasan sebagai keadaan psikologis yang disebabkan adanya rasa khawatir terus menerus yang ditimbulkan oleh adanya "inner conflict", disamping itu kecemasan merupakan perasaan yang samar-samar atau tidak jelas yang bersumber dari ketakutan individu terhadap sesuatu yang akan terjadi [9,10]. Sedangkan Kartono (1977) berpendapat bahwa kecemasan adalah merupakan reaksi terhadap adanya ancaman, hambatan terhadap keinginan pribadi atau adanya perasaan tertekan. Kecemasan juga merupakan bentuk perasaan yang tidak menentu dan diliputi oleh semacam ketakutan pada hal-hal yang tidak pasti atau hal-hal yang tidak nyata, ditandai adanya rasa khawatir, kegelisahan, perasaan tak aman, ketidakmampuan dalam menghadapi tantangan, kurangnya kepercayaan diri atau ketidakberdayaan dalam menentukan dan memperoleh penyelesaian masalah [2]. Dalam PPDGJ II kecemasan dimasukkan dalam gangguan jiwa neurosa, yaitu kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya suatu konflik tak sadar. Kecemasan yang timbul dirasakan secara langsung atau diubah oleh mekanisme pembelaan psikologis dan muncul gejala-gejala subyektif yang mengganggu [28].



Terdapat perbedaan yang fundamental antara kecemasan dengan ketakutan, tetapi penderita biasanya tidak dapat membedakannya. Kecemasan merupakan respon individu terhadap bahaya yang mengancam dari dalam (suatu stimulus intern) yang berbentuk dorongan instinktual tersembunyi yang berusaha melepaskan diri dari pengendalian kesadaran, atau bahaya dari luar yang oleh penderita ditafsirkan lain karena persepsi yang keliru dari realitas lingkungannya. Sedangkan ketakutan adalah reaksi emosional terhadap bahaya yang nyata dan dapat dimengerti orang lain [12]. Menurut faham organobiologik tidak ada perbedaan prinsipil antara kecemasan dan ketakutan, keduanya mengacu pada satu kualitas afektif yang sama, dengan keterlibatan syaraf otonomik yang sama pula [27].

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu keadaan yang dapat dialami oleh setiap manusia dari waktu ke waktu sebagai tanggapan terhadap keadaan yang dirasakan tidak menyenangkan yang akan terjadi. Gejala kecemasan dapat dilihat nyata pada gejala fisiologis maupun psikologis [11-13,27].

### **2.1.2. Teori kecemasan**

Ada tiga teori terjadinya kecemasan, yaitu : teori psikodinamik, teori psikososial dan teori organobiologik [27,29,30].

#### **a. Teori psikodinamik**

Pada abad XIX Freud, seperti dikutip oleh Prawirohusodo (1988) mengemukakan ada 3 komponen mental : id, ego dan super ego. Ego mewakili kesadaran dan pribadi

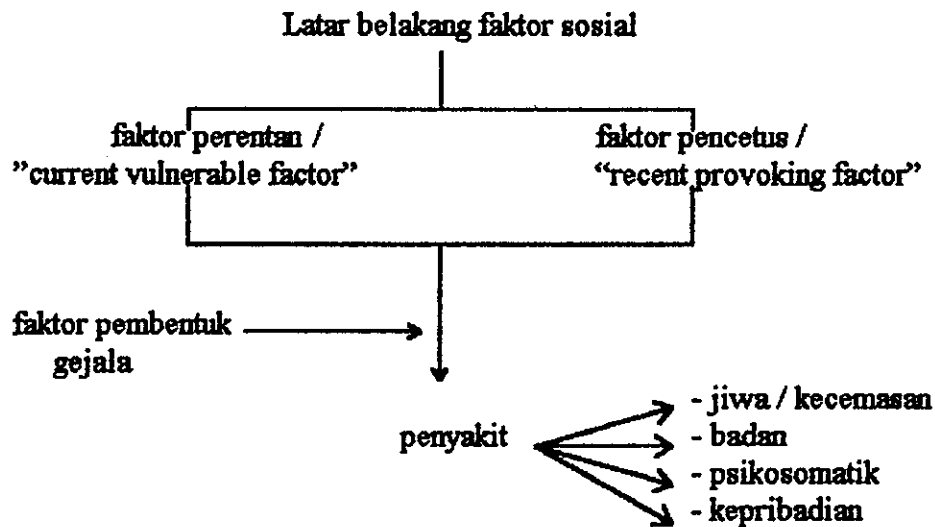
individu, menerima rangsangan dari lingkungan melalui kelima panca indera dan bertugas memperingatkan individu untuk bersiaga menentukan respons tertentu terhadap rangsangan tersebut. Disamping rangsangan dari luar, ego juga menerima rangsangan dari dunia psikis atau dunia bawah sadar. Apabila rangsangan dari bawah sadar ini bersifat mengancam lahiriah kecemasan. [27]

Kecemasan pertama kali timbul dalam kehidupan manusia saat manusia dilahirkan dan selanjutnya merasakan lapar yang pertama kali. Waktu itu ego masih lemah, belum mampu memberikan respons terhadap kedinginan dan kelaparan sehingga lahiriah kecemasan yang pertama kali. Kecemasan berikutnya adalah mengenai hubungan fungsional antara ego dan super ego. Bila ada suatu keinginan (umumnya datang dari id) menuntut pelepasan melalui ego tetapi tidak mendapat restu dari super ego (super ego mengancam dengan sangsi dan dosa), maka terjadi konflik dalam ego, antara id yang ingin pelepasan dan sangsi dosa dari super ego, sehingga timbul kecemasan yang kedua. Konflik-konflik tersebut biasanya diredam dalam dunia bawah sadar, yang akan muncul di permukaan kesadaran melalui 3 peristiwa : sensor super ego menurun, desakan id meningkat dan adanya stresor psikososial [27,29].

#### **b. Teori psikososial.**

Menurut Brown & Harris (1978) adanya stresor psikososial menyebabkan terjadinya penyakit jiwa termasuk kecemasan, penyakit badan, penyakit psikosomatik dan

penyakit kepribadian. Teori tersebut dikenal dengan paradigma Brown & Harris, yang dapat dijelaskan dengan bagan berikut :



Latar belakang faktor sosial : strata sosial, kebudayaan, agama, falsafah hidup.  
 Faktor pencetus adalah penyebab utama : kematian suami, kehilangan pekerjaan.  
 Faktor perentan : hubungan suami isteri kurang baik, tidak mempunyai pekerjaan.  
 Faktor pembentuk gejala antara lain : pendidikan , pekerjaan [12,29,30].

### c. Teori organobiologik

Disamping pengetahuan mengenai psikodinamik dan psikososial, dalam menerangkan terjadinya kecemasan perlu dipertimbangkan pengetahuan mengenai organobiologik. Psikiatri modern sekarang giat melakukan penelitian psikiatri biologik, yang meliputi penelitian neurokimia spesifik di otak, proses transmisi impuls dan peran fisiologik beberapa peptide neuroaktif. Penelitian juga diadakan untuk mengetahui abnormalitas neurokimia selama terjadinya kecemasan [27,31].

### 2.1.3. Gejala kecemasan

Gejala kecemasan dapat diketahui dari adanya gangguan fisik maupun psikis. Gejala-gejala tersebut dapat berupa [11-13] :

- a. Neuromuskuler : akibat tonus otot yang meningkat dapat timbul berbagai bentuk rasa nyeri, misalnya nyeri kepala, tengkuk, leher, punggung.
- b. Kardiovaskuler : naiknya tekanan darah, denyut jantung yang cepat disertai pompaan jantung dan konsumsi oksigen yang meningkat dapat menimbulkan nyeri pada otot-otot dada.
- c. Gastrointestinal : rasa tersumbat di kerongkongan, mual, diare.
- d. Respiratorik : sesak napas, serangan asma.
- e. Genitourinarius : sering kencing, libido menurun.
- f. Mental dan emosional : sulit berkonsentrasi, pelupa, emosi labil, pemarah, mudah kesal, mudah tersinggung dan gangguan tidur.

Untuk menentukan derajat kecemasan diperlukan pengukuran dan penilaian. Saat ini dikenal beberapa cara pengukuran kecemasan, antara lain : "Hamilton Rating Scale for Anxiety", "Hospital Anxiety and Depression Scale", "Zung Self Rating Anxiety Scale" dan "Manifest Anxiety Scale" dari Taylor atau yang dikenal dengan Tes T. Mas [23,29,32].

Penelitian tentang kecemasan dengan mempergunakan alat bantu diagnosis T.Mas pernah dilakukan oleh beberapa peneliti, yaitu oleh Utari (1978) meneliti hubungan antara kecemasan dan prestasi belajar pada siswa kelas III SMAN 6 Yogyakarta, Hendrastuti (1981) meneliti hubungan antara kecemasan dengan lama

infertilitas, Primus (1990) meneliti hubungan antara kecemasan dengan lama persalinan dan Wicaksono (1992) tentang Anxietas pada wartawan anggota PWI cabang Yogyakarta dengan validitas dan reliabilitas yang cukup tinggi [23,29].

Instrumen T. Mas untuk mengukur derajat kecemasan terdiri atas 50 butir pernyataan yang telah diseleksi oleh para klinisi sesuai dengan diskripsi tentang gejala-gejala kecemasan. Jawaban dari butir-butir pernyataan adalah "Ya" atau "Tidak" sesuai dengan kondisi subyek penelitian, dengan memberi tanda "X". Selanjutnya jawaban dicocokkan dengan kunci T.Mas, jawaban yang sesuai diberi nilai 1, sedangkan yang tidak sesuai diberi nilai 0. Jadi skor kecemasan antara 0 sampai 50, semakin tinggi nilainya semakin tinggi derajat kecemasannya [23,29,34].

## **2.2. Persalinan**

### **2.2.1. Pengertian persalinan**

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina atau jalan lain ke dunia luar [5,16]. Sedangkan persalinan normal adalah persalinan spontan dari ibu hamil aterm, janin tunggal, presentasi belakang kepala, serta tidak melukai ibu dan bayi, dengan berat badan bayi lahir 2.500 - 4.000 gram, dan berlangsung kurang dari 24 jam [16].

Tentang batas waktu persalinan normal, terdapat perbedaan pendapat diantara para ahli, yang pada intinya berdasarkan risiko terjadinya morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Greenhill (1973) menetapkan lama persalinan normal adalah

kurang dari 18 jam untuk primigravida dan kurang dari 12 jam untuk multigravida. Benson (1984) menetapkan 24 jam baik untuk primigravida maupun multigravida, sedangkan Stronge (1994) hanya 12 jam. Cunningham (1995) menetapkan lama persalinan normal tidak lebih dari 25 jam untuk nullipara dan tidak lebih dari 18 jam untuk multipara, semuanya berdasarkan lama persalinan kala I [5,19,34,35]. O' Driscoll K seperti dikutip Koesoemaprada (1977) mengatakan bahwa persalinan biasanya akan berlarut-larut, bila lebih dari 12 jam sejak mulai persalinan bayi belum dilahirkan. Sedangkan Soejoenoes (1987) melaporkan Angka Kematian Perinatal akan meningkat bila persalinan berlangsung lebih dari 12 jam [36,37].

### **2.2.2. Stadium persalinan**

Persalinan pada dasarnya dibedakan menjadi 2 stadium, yaitu stadium "prodromal" dan stadium "true labor" [5,16,19,21,34,36].

#### **a. Stadium "prodromal"**

Stadium ini bukan merupakan persalinan yang sebenarnya, gejala yang timbul sangat ringan, terdiri atas : "lightening", "false labor" dan "bloody show".

##### **1. "Lightening"**

Dalam beberapa minggu terakhir menjelang persalinan terjadi perubahan bentuk perut ibu hamil, yaitu tinggi fundus uteri akan turun oleh karena kepala janin

masuk ke pintu atas panggul, yang membuat ibu sedikit merasa lega . Dengan turunnya kepala ini akan menekan organ-organ di panggul, sehingga timbul gejala sering kencing dan adanya edema pada tungkai bawah [5,16,21].

## **2. "False labor"**

Sering dikatakan persalinan palsu. Sifat persalinan pada fase ini ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang berlangsung dalam interval tak teratur, interval tetap lama, intensitas tidak berubah, rasa nyeri di perut bagian bawah, tidak berpengaruh terhadap pembukaan serviks dan biasanya kontraksi menghilang dengan pemberian sedasi [5,21,34,36]

## **3. "Bloody show"**

Ditandai adanya lendir bercampur darah, yang berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai teregang, sedangkan darahnya berasal dari pembuluh darah kapiler yang teregang dan pecah, biasanya timbul kurang lebih 24 jam menjelang mulainya persalinan [5,16,21,36].

### **b. Stadium " true labor" atau persalinan yang sebenarnya**

Pada stadium ini ditandai kontraksi dengan interval yang teratur, interval secara bertahap memendek, intensitas secara bertahap meningkat disertai rasa nyeri yang

dijalarkan dari pinggang ke perut bagian bawah, serviks mengalami pembukaan dan kontraksi tidak hilang dengan pemberian sedasi. Stadium ini dibagi menjadi 4 kala, yaitu kala I, II, III, IV [5,16,21,22,36].

### **1. Kala I**

Disebut juga kala pembukaan, yaitu waktu dari permulaan persalinan yang ditandai oleh adanya his yang teratur 2 kali dalam 10 menit, sampai serviks membuka lengkap. Apabila pengelolaan kurang baik, akan terjadi pemanjangan kala I dan dapat berakhir dengan persalinan lama. Lama persalinan kala I pada primipara rata-rata 13 jam sedangkan pada multipara 7 jam, tetapi banyak terdapat variasi individual, oleh karena itu pernyataan yang memastikan lamanya persalinan tidaklah bijaksana [5]. Proses membukanya serviks dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif [5,14,15,38].

#### **a. Fase laten**

Fase laten persalinan dimulai sejak awal persalinan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm (permulaan fase aktif). Pembukaan serviks pada fase ini berjalan sangat lambat dan berlangsung selama  $\pm$  8 jam. Kalau fase ini berlangsung lebih dari 8 jam, persalinan cenderung mengalami kesulitan. Pada fase laten, penolong tidak boleh terlalu ikut campur tangan, misalnya dalam pemberian obat analgetika dan hipnotika, karena akan memperlama fase ini [5,21,36,38].



### **b. Fase aktif**

Fase aktif dimulai sejak akhir fase laten sampai pembukaan serviks lengkap.

Cunningham membagi fase ini menjadi 3 fase lagi, yaitu :

- 1). Fase akselerasi : dari pembukaan serviks 3 cm menjadi 4 cm, ini memerlukan waktu 2 jam.
- 2). Fase kemiringan maksimal : dari pembukaan serviks 4 cm menjadi 9 cm pembukaan berlangsung sangat cepat, fase ini memerlukan waktu 2 jam.
- 3). Fase deselerasi : dari pembukaan 9 cm menjadi lengkap, pembukaan pada fase ini menjadi lambat lagi dan memerlukan waktu 2 jam.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida maupun multigravida, akan tetapi pada multigravida semua fase berlangsung lebih pendek [5,16,21,36,38].

Untuk mengurangi persalinan abnormal dengan segala akibat buruknya, sejak tahun 1970 dipergunakan partograf. Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin, yang menjadi petunjuk untuk melakukan tindakan bedah kebidanan dan menemukan DKP ( Disproporsi Kepala Panggul ) jauh sebelum persalinan menjadi macet [14,15]. Koesoempradja (1993) melaporkan bahwa partograf telah dipakai di banyak negara, termasuk Indonesia, oleh karena sangat efektif, tidak mahal, sesuai untuk negara yang sedang berkembang maupun sudah berkembang, terbukti efektif dalam mencegah terjadinya persalinan lama, menurunkan tindakan bedah kebidanan dan menurunkan kematian perinatal [15].

Tabel I menggambarkan manfaat pemakaian partograf.

**Tabel I. Angka persalinan lama, bedah Caesar dan kematian perinatal sebelum dan sesudah pemakaian partograf**

	Zimbabwe		Malawi	
	sebelum (%)	sesudah (%)	sebelum (%)	sesudah (%)
Persalinan > 24 jam	13.0	0.6	14.0	3.0
Kematian perinatal	5.8	0.6	5.3	3.8
Bedah Caesar	9.9	2.6	12.3	9.5

Dikutip dari Sumapraja (1993).

## 2. Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan serviks lengkap dan berakhir sampai lahirnya bayi. Pada kala II his menjadi lebih kuat, timbulnya lebih sering dan kontraksinya lama. Biasanya bagian terbawah janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada saat ada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris timbul rasa ingin mengejan. Tekanan pada rektum menyebabkan perasaan hendak buang air besar, disusul perineum mulai menonjol dan melebar disertai anus dan vulva membuka. Dengan kekuatan his dan tenaga mengejan ibu maka bayi dapat dilahirkan. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1½ jam, sedangkan pada multipara ½ jam [5,16,21,22].

## 3. Kala III

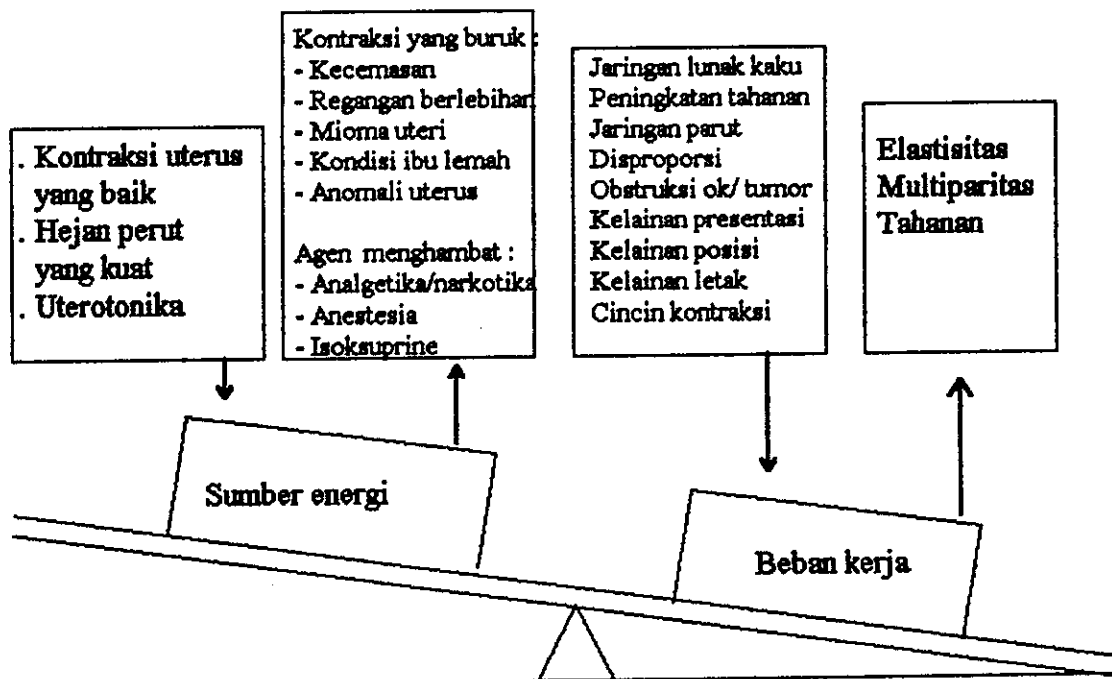
Waktu dari lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta. Setelah bayi lahir, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan

atau dengan tekanan pada fundus uteri. Sebelum plasenta terlepas dari dinding uterus usaha untuk mengeluarkan akan sia-sia dan membahayakan, oleh karena itu tanda-tanda pelepasan plasenta harus diketahui dengan benar [5,16,21,22].

#### 4. Kala IV

Masa 2 jam setelah plasenta lahir. Dalam masa ini penderita masih memerlukan pengawasan intensif kemungkinan adanya perdarahan postpartum [16].

#### 2.2.3. Faktor-faktor yang berperan pada persaliman



Gambar 1. Diagram hubungan antara sumber energi dengan beban kerja pada persaliman. Diagram ungkit ini menunjukkan efek kumulatif antara kontraksi uterus yang baik dengan hasil kerja dalam bentuk dilatasi serviks, turunnya bagian terendah janin sampai lahir. Faktor-faktor yang memperkuat atau memurunkan efektivitas kekuatan kerja ditunjukkan bersama-sama faktor yang berperan dalam memperbaiki atau merintanggi hasil daya kerja

Friedman (1983) dikutip oleh Primus (1990)

Persalinan dipengaruhi oleh 4 faktor, yaitu "Power" (kekuatan), "Passage" (jalan lahir), "Passenger" (janin) dan faktor lain [5,16,19,21,22,36].

Friedman (1983) seperti dikutip Primus (1990) membuat suatu diagram ungkit, pada sisi sebelah kiri terdapat faktor-faktor yang memberi tenaga (kontraksi dan hejan perut) yang diperlukan untuk mengangkat beban kerja (dilatasi serviks, turunnya bagian terendah janin sampai lahir) pada sisi sebelah kanan ( Gambar 1).

Pada sisi kiri terdapat juga faktor-faktor yang memperkuat dan mengurangi tenaga, demikian juga pada sisi kanan terdapat faktor-faktor yang memperberat dan memperingan beban kerja [23].

#### **a.. Kecemasan**

Kosim (1970) mengemukakan beberapa hal yang dicemaskan ibu hamil dalam menghadapi persalinan antara lain : rasa nyeri waktu persalinan, apakah akan mendapatkan pertolongan dan perawatan persalinan yang semestinya, ancaman bahaya maut, bayinya cacat atau tidak [4].

Kecemasan dan ketakutan mempunyai reaksi neurofisologik yang sama, yaitu memacu pengeluaran adrenalin. Pengaruh adreanalin pada uterus saat persalinan adalah menyebabkan konstriksi pembuluh darah uterus sehingga vaskularisasi berkurang dan timbulnya perasaan nyeri, hal ini yang menyebabkan berkurangnya kekuatan kontraksi uterus, akibatnya lama persalinan bertambah panjang. Dengan adanya vasokonstriksi pada uterus, kadar oksigen berkurang dan bayi yang dilahirkan akan mengalami hipoksia [7,17,18,19].

Dinamika nyeri dalam hubungannya dengan persalinan diterangkan oleh Read sebagai berikut [19] :

1. Hamil + ketakutan = ketegangan

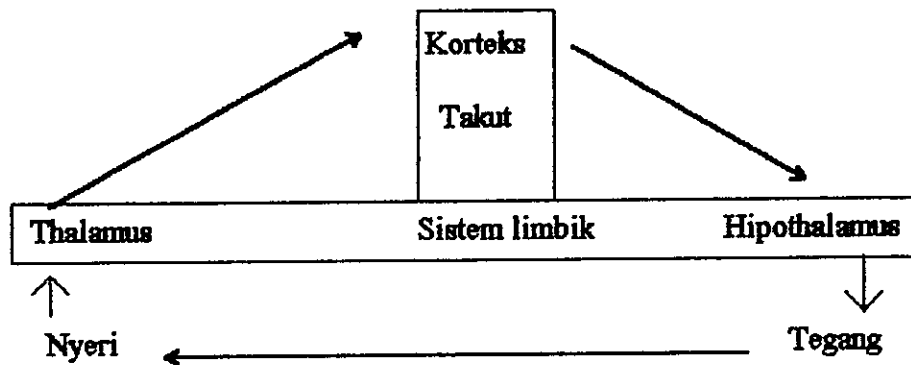
Ketegangan + anemia, kelelahan, keputus-asaan, panik = nyeri hebat  
 ───────────────────────────→ lama persalinan ↑

2. Kehamilan normal + "confidence" + "relaxation" = nyeri ringan

──────────────────────────→ persalinan normal

Pada penelitian -penelitian terdahulu, Rosenfeld (1975) melaporkan bahwa adrenalin mengurangi sirkulasi darah di uterus. Sedangkan Beck & Hall (1978) dan Adamsons (1999) melaporkan bahwa penggunaan obat - obat "beta blocking agent" dapat memperlancar persalinan. Peneliti yang lain Burstein (1974) dan Primus (1990) melaporkan bahwa kecemasan akan menyebabkan persalinan lama [5,17,18,23].

Mekanisme lain yang menerangkan gangguan proses persalinan disampaikan oleh Josoprawiro (1986) sebagai sindroma takut - tegang - nyeri ( "tense mind - tense cervix - tense labor" ). Kecemasan menghadapi persalinan menginduksi timbulnya ketegangan vegetatif pada otot-otot polos dan pembuluh darah, manifestasinya berupa kekakuan serviks dan hipoksia pada uterus yang menyebabkan impuls nyeri bertambah banyak. Impuls rasa nyeri melalui sistem thalamo-limbik ke korteks serebri dengan akibat menambah perasaan takut, kemudian kembali ke lingkaran setan semula [20,23].



**Gambar 2. Lingkaran setan sindroma Takut - Tegang - Nyeri  
dikutip dari Josoprawiro [20].**

**b. Kondisi ibu**

Keadaan ibu yang sedang bersalin, misalnya anemia akan mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Soejoenoes (1983) menyampaikan bahwa anemia menyebabkan partus tak maju dan kontraksi hipotonik [39], sehingga meningkatkan terjadinya persalinan lama [21,23]. Kabulrachman (1998) melaporkan ibu hamil dengan gizi normal, persalinannya akan berlangsung normal dan bayi yang dilahirkan dalam keadaan sehat [40].

**c. Paritas**

Koesoempradja (1977) mengatakan persalinan pada primigravida akan berlangsung lebih lama dibandingkan dengan persalinan multipara. Pada multipara, serviks sudah pernah membuka lengkap dalam persalinan sebelumnya, yang mengakibatkan

berkursangnya tahanan untuk dilatasi pada persalinan berikutnya. Selain itu dasar panggul multipara menjadi kendor dan tahanan terhadap keluarnya bayi menjadi berkurang dibandingkan dengan primigravida [36]. Sunapraja (1983) menyatakan bahwa aktivitas uterus paling baik pada persalinan kedua sampai ke empat, oleh karena pada paritas ini hanya ditemukan sedikit persalinan lama/tak maju dan kontraksi uterus hipotonik [ 41 ]. Sedangkan Suharto (1988) melaporkan persalinan lama 63.17% terjadi pada primipara [21].

#### **d. Umur**

Sunapraja (1983) menyatakan lebih dari sepertiga kelahiran setiap tahunnya adalah dari ibu yang lebih muda dari 20 tahun dan lebih tua dari 35 tahun, yakni di luar apa yang disebut kurun reproduksi sehat [41]. Persalinan primigravida pada ibu umur kurang dari 20 tahun, rata-rata persalinannya diperpanjang 10.36%, demikian juga pada primitua . Stanton seperti dikutip Koesoemaprada (1977) mendapatkan persalinan lama lebih banyak terjadi pada ibu usia  $\geq 35$  tahun dibandingkan usia ibu kurang dari 35 tahun [36].

#### **e. Jarak antara 2 kelahiran**

Apabila jarak antara 2 kelahiran sama atau lebih dari 10 tahun, kehamilan dan persalinannya seolah-olah sama seperti pada primigravida, yaitu lebih lama [21,36].

#### **f. Pemeriksaan antenatal**

Telah banyak diketahui bahwa pelayanan antenatal memberikan dampak yang cukup berarti pada hasil akhir suatu kehamilan. Waktu kunjungan antenatal pertama kali seorang ahli kebidanan harus berusaha memberikan penerangan bahwa kehamilan dan persalinan adalah suatu rangkaian kejadian yang fisiologis normal. Pemberian penerangan waktu antenatal juga akan mengurangi perasaan takut, anjuran latihan fisik memperbaiki otot-otot dasar panggul dan pernapasan serta membuat ibu hamil tenang. Keadaan ini sangat mempengaruhi lancarnya persalinan [5,7,16,19].

#### **g. Pengaruh obat analgetika, sedativa dan anestesi**

Prostaglandin yang dihasilkan sel-sel desidua uterus merupakan zat yang menyebabkan kontraksi uterus dalam persalinan, setelah terjadinya penurunan kadar progesteron. Asam salisilat dan obat anti inflamasi non steroid mempunyai efek menghambat pembentukan prostaglandin, akibatnya mengurangi kontraktilitas uterus [5]. Penyelidikan secara retrospektif pada penderita yang mengalami persalinan lama menunjukkan penderita telah mendapatkan obat sedativa atau induksi anestesi terlalu dini. Obat-obat tersebut tidak boleh diberikan pada serviks yang belum menipis dan membuka, atau pada fase laten [7,21,42].



#### **h. Riwayat obstetri**

Ibu-ibu yang pernah mengalami peristiwa yang tidak menyenangkan seperti abortus, lahir mati, kematian neonatal menderita trauma psikologis, hal tersebut dapat timbul pada kehamilan dan persalinan berikutnya [23].

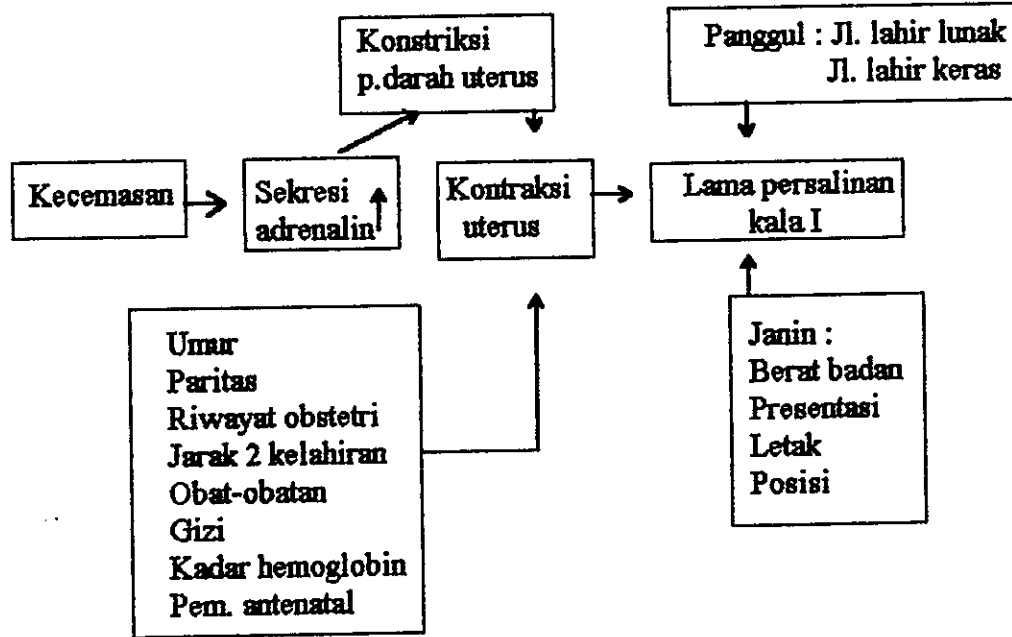
#### **i. Skor Bishop**

Skor Bishop merupakan gabungan dari beberapa penilaian yang digunakan untuk meramalkan lancar tidaknya persalinan, yang terdiri dari : pembukaan serviks, penipisan serviks, konsistensi serviks, posisi serviks dan stasion. Makin besar skor Bishop, lama persalinan akan lebih pendek, sehingga skor Bishop dimasukkan sebagai variabel yang mempengaruhi lama persalinan [23].

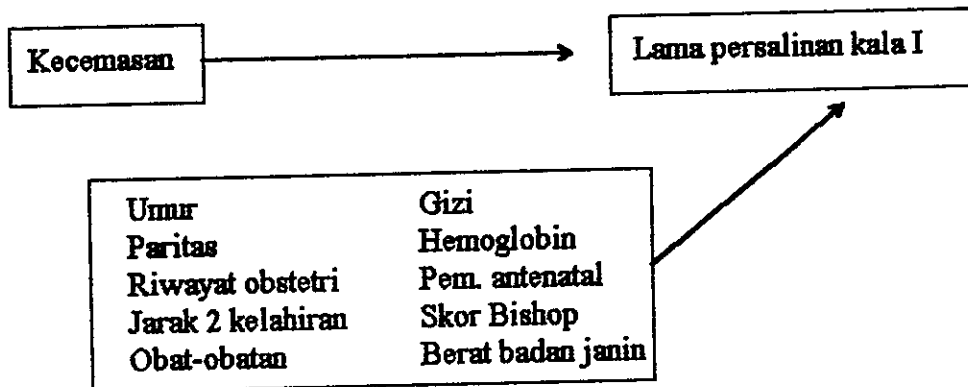
**Tabel II. Skor Bishop**

	0	1	2	3
Pembukaan serviks ( cm )	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Penipisan serviks (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	80
Stasion	-3	-2	-1 , 0	+1,2
Konsistensi serviks	keras	agak lunak	lunak	-
Posisi serviks	belakang	tengah	depan	-

**2.3. Kerangka teori**



**2.4. Kerangka konsep**



### **BAB III**

### **HIPOTESIS**

**Hipotesis pada penelitian ini adalah makin tinggi skor kecemasan seorang ibu yang melahirkan, makin lama persalinan kala I nya.**

## **BAB IV**

### **CARA PENELITIAN**

#### **4.1. Rancangan penelitian.**

Rancangan penelitian yang dipakai adalah penelitian kohort prospektif, untuk mengetahui keterkaitan skor kecemasan ibu saat bersalin dengan lama persalinan kala I.

#### **4.2. Tempat penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Jatingaleh dan Puskesmas Halmahera, Semarang.

#### **4.3. Subyek penelitian**

Adalah parturien yang dirawat dan bersalin di Puskesmas Jatingaleh dan Puskesmas Halmahera dengan ketentuan sebagai berikut:

##### **4.3.1. Syarat penerimaan sampel :**

1. Semua parturien yang telah mengisi formulir I
2. Umur kehamilan 37 minggu atau lebih

3. Berat badan janin 2500 - 4000 gram
4. Janin tunggal, presentasi belakang kepala
5. Kehamilan fisiologis
6. Parturien datang dalam persalinan kala I fase laten
7. Uterus normal dan tidak cacat
8. Tidak ada disproporsi kepala panggul
9. Panggul tak sempit

#### 4.3.2. Syarat penolakan sampel :

1. Terjadi inersia uteri pada persalinan kala I dan dilakukan perbaikan his.
2. Persalinan kala I dilakukan pengakhiran dengan tindakan operatif.

#### 4.4. Besar sampel

Penelitian ini adalah penelitian kohort prospektif. Hipotesisnya adalah adanya korelasi antara skor kecemasan dengan lama persalinan kala I. Estimasi besar sampel digunakan rumus :

$$n = \left| \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{0.5 \ln(1+r)(1-r)} \right|^2 + 3$$

n = besar sampel

$\alpha$  = tingkat kepercayaan yang dikehendaki adalah 95% atau  $p = 0.05$

sehingga  $Z_{\alpha} = 1.96$

$\beta$  = tingkat kesalahan minimal 10% (0.10), power = 90 %

sehingga  $Z\beta = 1.282$

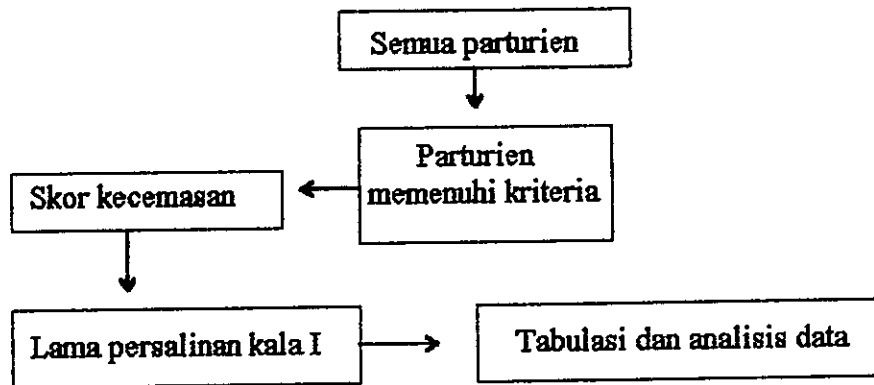
Pada penelitian Primus didapatkan nilai koefisien korelasi skor kecemasan dan lama persalinan adalah  $r = 0.705$  ( dari 103 kasus ). Maka besar sampel yang diperlukan

$$\begin{aligned} \text{adalah : } & \left| \frac{1.96 + 1.282}{0.5 \ln ( 1+0.705 ) (1-0.705)} \right|^2 + 3 \\ & = \left| \frac{3.24}{0.5 \ln 0.502975} \right|^2 + 3 \\ & = 89.023 + 3 = 92. \end{aligned}$$

#### 4.5. Cara pengambilan sampel

Setiap parturien datang dilakukan anamnesis, pemeriksaan hemoglobin, lingkaran atas dan periksa dalam vagina untuk mengetahui pembukaan serviks uteri / skor Bishop. Parturien yang memenuhi kriteria diberi kuesioner tes T. Mas (tes kecemasan) untuk diisi dengan bimbingan peneliti atau bidan yang telah dilatih sebelumnya sesuai petunjuk yang ada, dan formulir pengaruh kecemasan terhadap lama persalinan diisi oleh peneliti.

#### 4.6. Alur penelitian



#### 4.7. Definisi operasional variabel

- Lama persalinan kala I dihitung sejak mulainya persalinan, yang ditandai adanya his teratur 2 kali dalam 10 menit samai pembukaan lengkap.
- Skor kecemasan dihitung dengan mempergunakan instrumen tes T- Mas yang sudah teruji dengan skor minimal 0 dan maksimal 50.
- Paritas adalah keadaan pada wanita yang telah melahirkan janin yang beratnya 500 gram atau lebih, hidup atau mati.
- Riwayat obstetri yang dimaksud pada penelitian ini adalah jenis persalinan / kehamilan terdahulu. Dikatakan baik bila tidak pernah mengalami abortus, lahir mati, persalinan dengan tindakan, perdarahan pasca persalinan.
- Jarak 2 kelahiran dihitung waktu antara persalinan terakhir dengan persalinan sekarang, dihitung dalam bulan.

- f. Obat-obatan yang dimaksud adalah obat yang diberikan kepada parturien selama persalinan kala I.
- g. Gizi ibu bersalin ditentukan dengan mengukur lingkaran lengan atas, yaitu pada titik tengah lingkaran lengan atas kiri dengan menggunakan pita Shakir.
- h. Kadar hemoglobin diukur dengan menggunakan metode Sahli, dengan ketelitian 0.1 gram %.
- i. Pemeriksaan ante natal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil selama kehamilan sesuai dengan standar ante natal yang ditentukan.
- j. Berat badan lahir adalah hasil pengukuran berat badan setelah bayi dibersihkan (dalam keadaan tanpa penutup) dan tali pusat telah dipotong, dinyatakan dalam gram.
- k. Stasion pada skor Bishop ditentukan sebagai berikut :
  - Stasion -5 sesuai dengan belum masuk pintu atas panggul
  - Stasion -4 sesuai dengan Hodge I
  - Stasion -3 sesuai dengan Hodge II-
  - Stasion -2 sesuai dengan Hodge II
  - Stasion -1 sesuai dengan Hodge III-
  - Stasion 0 sesuai dengan Hodge III
  - Stasion +4 sesuai dengan Hodge IV



#### **4.8. Keterbatasan penelitian**

Penentuan permulaan in partu sangat subjektif, oleh karena berdasarkan anamnesis mulainya kenceng-kenceng sering pada parturien ( mulai his teratur 2 kali dalam 10 menit). Pengukuran kadar hemoglobin dengan metode Sahli sangat subyektif dan tergantung pengalaman pemeriksa.

#### **4.9. Analisis data**

Analisis data dilakukan beberapa tahap :

1. Dilakukan uji coba kuesioner kecemasan T. Mas pada beberapa ibu bersalin untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner.
2. Dilakukan analisis univariat pada semua variabel meliputi distribusi frekuensi, sebaran nilai tengah ( mean, simpang baku ).
3. Uji hipotesis hubungan skor kecemasan dengan lama persalinan kala I diuji dengan regresi linear.
4. Beberapa variabel yang diduga mempengaruhi lama persalinan kala I dan belum dapat dikendalikan, diuji dengan analisis multivariat ("multiple regression").

Proses analisis dilakukan dengan komputer, menggunakan program SPSS PC +

Batas penerimaan uji statistik ditetapkan  $p < 0.05$ .

#### **4.10. Etika penelitian**

Penelitian ini melibatkan secara langsung ibu yang sedang bersalin sebagai responden, penelitian ini tidak merugikan responden maupun puskesmas, karena prosedur persalinan di puskesmas tidak berubah. Namun demikian diperlukan kesediaan responden untuk ikut serta dalam penelitian ini, dengan mengisi pernyataan-pernyataan yang telah disediakan. Hasil penelitian tidak menyebutkan nama responden, kerahasiaan pribadi akan tetap dijaga. Apabila responden / suami / orang tua berkeberatan menjawab pernyataan-pernyataan dalam penelitian, responden tidak diikutkan dalam penelitian.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Penelitian awal**

Dilakukan uji coba kuesioner dengan melakukan wawancara terhadap 30 sampel penelitian. Kuesioner yang dipakai adalah yang disusun oleh Taylor atau yang lebih dikenal dengan Tes T-Mas. Kemudian dilakukan penilaian validitas dan reliabilitas dari pernyataan tersebut.

Hasil uji validitas didapatkan  $r$  validitas antara skor butir pernyataan dengan skor total semuanya lebih besar dibandingkan dengan  $r$  tabel, pada jumlah responden 30 dan taraf kemaknaan 5% = 0.369, dengan demikian semua pernyataan adalah valid. Hasil uji reliabilitas didapatkan  $r$  reliabilitas = 0.954. Angka ini lebih besar dari  $r$  tabel pada taraf kemaknaan 5% dengan jumlah responden 30 ( $r$  tabel = 0.369), dengan hasil tersebut dapat disimpulkan kuesioner T-Mas adalah reliabel atau cukup dapat dipercaya untuk dipergunakan sebagai alat pengumpul data.

#### **5.2. Karakteristik subjek penelitian**

##### **a. Umur**

Pada penelitian ini didapatkan umur termuda adalah 18 tahun dan tertua 37 tahun dengan rata-rata  $\pm$  simpang baku  $26.70 \pm 4.41$  tahun. Kelompok umur 21-30 tahun

sebanyak 70 kasus (76.08%), sedangkan kelompok umur di bawah 20 tahun 6 kasus (6.52%) dan di atas 35 tahun hanya 3 kasus (3,26%).

#### **b. Paritas**

Rata-rata  $\pm$  simpang baku paritas pada penelitian ini didapatkan  $1.23 \pm 1.30$ , dengan paritas terendah 0 dan tertinggi 5. Paritas 0 / nulipara sebanyak 34 kasus (36,95%), grande multipara 3 kasus (3.26%).

#### **c. Jarak antara 2 kelahiran**

Jarak kelahiran terlama pada penelitian ini 108 bulan dan terpendek 14 bulan, dengan rata-rata  $\pm$  simpang baku  $21.41 \pm 21.07$  bulan. Jarak persalinan kurang dari 2 tahun sebanyak 11 kasus (18.96%), antara 2-5 tahun sebanyak 43 kasus (74.14%) dan di atas 5 tahun hanya ditemukan 4 kasus (6.89%).

#### **d. Lingkar lengan atas**

Lingkar lengan atas di bawah 23.5 cm terdapat 5 kasus (5.43%). Lingkar lengan atas rata-rata 25.20 cm dengan simpang baku  $\pm 1.24$  cm, lingkar lengan atas terkecil 22.80 cm dan terbesar 29 cm.

#### **e. Hemoglobin**

Ditemukan 1 kasus (1.08%) kadar hemoglobin dibawah 8 gr%,  $\geq 11$  gr% 33 kasus (35.85%) dan sisanya antara 8-11 gr%. Kadar hemoglobin tertinggi 12.80 gr% dan terendah 7.8 gr%, dengan rata-rata  $\pm$  simpang baku  $10.73 \pm 0.99$  gr%.

#### **f. Skor kecemasan**

Skor kecemasan di atas 30 terdapat 2 kasus (2.17%), di bawah 6 ada 2 kasus (2.17%) dan terbanyak antara 16-20 yaitu 27 kasus (29.34%). Rata-rata skor kecemasan ibu bersalin didapatkan hasil 15.87 dengan simpang baku  $\pm 6.15$ , skor terendah 4 dan tertinggi 33.

#### **g. Lama persalinan**

Lama persalinan tercepat 3 jam dan terlama 17 jam, dengan rata-rata  $\pm$  simpang baku  $9.18 \pm 3.54$  jam. Distribusi terbanyak pada kelompok lama persalinan antara 9-12 jam (42.39%).

#### **h. Pemeriksaan antenatal**

Pada penelitian ini semua penderita melakukan pemeriksaan antenatal, hanya 4 orang (4.34%) yang melakukan pemeriksaan antenatal 2 kali dan 2 orang 12 kali. Rata-rata pemeriksaan antenatal sebanyak 6.35 kali dengan simpang baku  $\pm 2.35$  kali.

### **i. Skor Bishop**

Skor Bishop rata-rata 5.99 dengan simpang baku  $\pm$  1.32, dengan nilai terendah 3 dan tertinggi 8. Skor Bishop antara 4 - 6 terdapat 59 kasus (64.13%), sedangkan antara 7-9 ada 31 kasus (33.69%).

### **j. Berat badan lahir**

Berat badan bayi lahir rata-rata 2975.54 gram dengan simpang baku  $\pm$  278.19 gram.

Berat badan lahir terendah 2500 gram dan tertinggi 3700 gram.

Deskripsi karakteristik subjek penelitian dapat dilihat pada tabel III di bawah ini.

**Tabel III. Deskripsi karakteristik ibu bersalin**

<b>Karakteristik</b>	<b>Rata-rata</b>	<b>Simpang baku</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
Umur (th)	26.70	4.41	18	37
Paritas	1.23	1.30	0	5
Jarak kelahiran (bl)	21.41	21.07	0	108
Lingkar lengan atas (cm)	25.20	1.24	22.80	29
Kadar hemoglobin (gr%)	10.73	0.99	7.80	12.80
Skor kecemasan	15.87	6.15	4	33
Lama persalinan (jam)	9.18	3.54	3	17
Pemeriksaan antenatal	6.35	2.25	2	12
Skor Bishop	5.99	1.32	3	8
Berat badan lahir	2975.54	278.19	2500	3700

### k. Riwayat obstetri

Riwayat obstetri buruk sebanyak 8 kasus, meliputi 4 kasus mengalami abortus, 2 kasus lahir mati dan 2 kasus persalinan sebelumnya dengan ekstraksi vakum. Rata-rata  $\pm$  simpang baku lama persalinan kala I subjek dengan riwayat obstetri baik  $8.98 \pm 3.60$  jam, riwayat obstetri buruk  $11.25 \pm 1.98$  jam. Perbedaan antara keduanya secara statistik tidak bermakna ( $p > 0.05$ ), kedua kelompok cenderung sama.

### l. Obat-obatan

Pada penelitian ini semua penderita tidak ada yang mendapatkan obat-obatan untuk mengurangi rasa nyeri.

Tabel IV. Distribusi frekuensi Riwayat obstetri

Karakteristik	Frekuensi	Rata-rata lama persalinan kala I	Simpang baku	Kemaknaan (p)
Riw. Obstetri :				
- Baik	84	8.98	3.60	0.549 <sup>A</sup>
- Buruk	8	11.25	1.98	

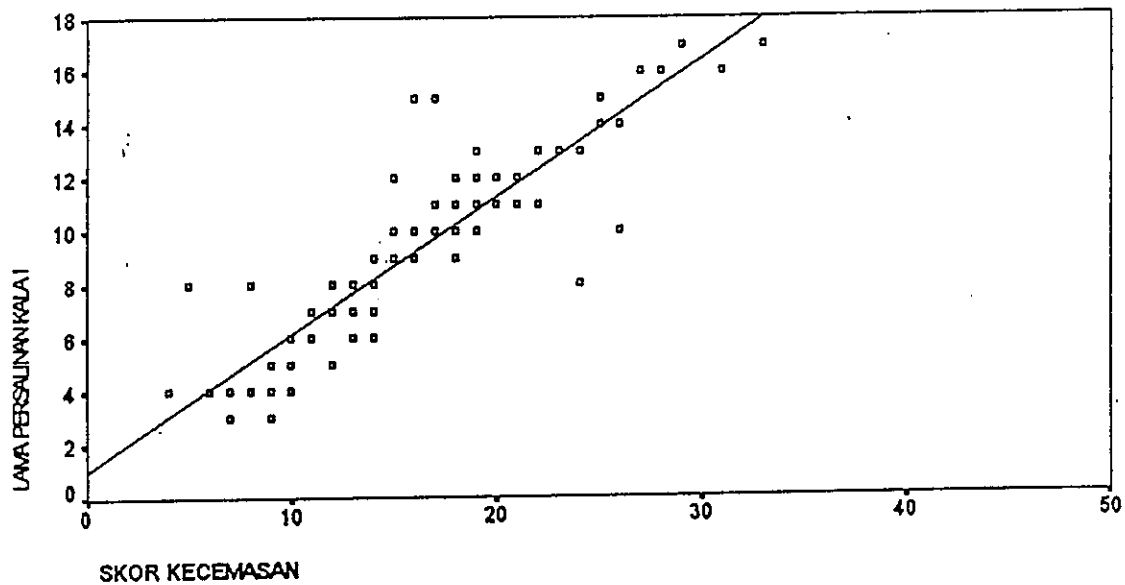
Keterangan :

<sup>A</sup> = Uji "Mann - Whitney - Wilcoxon Rank Sum"

### 5.3. Analisis bivariat

Hasil perhitungan analisis bivariat hubungan antara skor kecemasan (skor T-Mas) dengan lama persalinan kala I didapatkan korelasi dengan koefisien korelasi = 0.895, koefisien regresi = 0.515,  $t = 18.995$  dan  $p = 0.000$

Diagram hambur hubungan antara skor kecemasan dengan lama persalinan kala I dapat dilihat pada gambar 3 di bawah ini.



Beberapa variabel lain yang diduga ikut mempengaruhi hubungan skor kecemasan dengan lama persalinan kala I, dilakukan analisis regresi dan korelasi dari masing-masing variabel terhadap lama persalinan kala I (tabel V).

**Tabel V. Hubungan lama persalinan kala I dengan tiap-tiap variabel yang diteliti**

Variabel	Koef. regresi	Koef. korelasi	t	p
Skor kecemasan	0.515	0.895	18.995	0.000
Umur	-0.373	0.465	-4.975	0.000
Paritas	-1.698	0.624	-7.577	0.000
Jarak kelahiran	-0.045	0.268	-2.639	0.010
Lingkar lengan atas	-0.158	0.055	-0.526	0.600
Kadar hemoglobin	-2.667	0.743	-10.521	0.000
Pemeriksaan antenatal	-1.082	0.686	-8.956	0.000
Skor bishop	-2.389	0.891	-18.661	0.000
Berat badan lahir	0.005	0.380	3.896	0.000



Dari beberapa variabel di atas yang mempunyai hubungan kuat ( koefisien korelasi lebih besar dari 0.5 ) dengan lama persalinan kala I adalah skor kecemasan, paritas, kadar hemoglobin, pemeriksaan antenatal dan skor Bishop.

#### 5.4. Analisis multivariat

Semua variabel yang mempunyai hubungan kuat dengan lama persalinan kala I, yaitu skor kecemasan, paritas, kadar hemoglobin, pemeriksaan antenatal, skor Bishop, diuji bersama-sama dengan analisis multivariat, dan hasilnya dapat dilihat pada tabel VI di bawah ini.

**Tabel VI. Analisis multivariat variabel-variabel yang mempunyai hubungan kuat dengan lama persalinan kala I**

Variabel	Koef. regresi	Koef. korelasi	t	p
		0.925		
Skor kecemasan	0.249		3.319	0.001
Paritas	-0.317		-2.095	0.039
Kadar hemoglobin	-0.350		-1.429	0.157
Pemeriksaan antenatal	-0.075		-0.747	0.457
Skor Bishop	-1.075		-4.255	0.000

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa setelah kelima variabel diseleksi, hanya 3 variabel yang mempunyai hubungan yang bermakna, yaitu skor kecemasan, skor Bishop dan paritas dengan koefisien korelasi 0.922.

Apabila ketiga variabel dianalisa lebih lanjut, maka hanya skor kecemasan dan skor Bishop yang mempunyai hubungan bermakna dengan lama persalinan kala I. Hasilnya dapat dilihat pada tabel VII dibawah ini.

**Tabel VII. Analisis multivariat skor kecemasan, skor Bishop dan paritas terhadap lama persalinan kala I**

Variabel	Koef. regresi	Koef. regresi	t	P
		0.922		
Skor kecemasan	0.262		5.006	0.000
Skor Bishop	-1.172		-4.881	0.000
Paritas	-0.235		-1.645	0.104

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Karakteristik subjek penelitian

Dari hasil penelitian seperti terlihat pada tabel III, rata-rata umur ibu bersalin 26.70 tahun. Ini bisa terjadi oleh karena sebagian besar ibu bersalin pada kelompok umur reproduksi sehat yaitu antara 21-30 tahun, pada penelitian ini sebesar 76.08 %. Primus pada penelitiannya melaporkan kelompok umur ini mencapai sebesar 71.90% [23].

Pada penelitian ini dari 92 kasus yang diteliti, paritas ibu antara 0 sampai 5, primipara merupakan kelompok terbesar yaitu 34 kasus (36.95%), grande multipara ada 3 kasus (3.26%). Karakteristik paritas ini sama dengan yang dilakukan Primus yaitu antara paritas 0-5, sedangkan Burstein melaporkan paritas kurang dari 4, karena di negara maju jarang ditemukan grande multipara [6,23].

Jarak persalinan terbanyak antara 2-5 tahun yaitu sebesar 43 Kasus (74.14%), kurang dari 2 tahun ada 11 kasus (18.96%), tidak ditemukan jarak persalinan lebih dari 10 tahun. Primus dalam penelitiannya juga tidak menemukan kasus persalinan dengan jarak antara 2 persalinan lebih dari 10 tahun. Koesoemaprada menyebutkan apabila jarak antara 2 kelahiran  $\geq 10$  tahun persalinannya seperti pada primigravida, yaitu lebih lama [23,36].

Lingkar lengan atas kurang dari 23.5 cm didapatkan pada 5 kasus (5.43%), sedangkan yang lainnya  $\geq 23.5$  cm, dengan rata-rata 25.20 cm. Berarti ibu yang

bersalin pada penelitian ini sebagian besar dalam status gizi baik. Achadi (1995) mengemukakan berat badan ibu yang rendah berhubungan dengan lingkaran lengan atas yang rendah pula, oleh Departemen Kesehatan ukuran ini dipakai untuk memprediksikan kejadian berat badan lahir rendah [43].

Kadar hemoglobin rata-rata pada penelitian adalah 10.73 gr%, kadar hemoglobin  $\geq 11$  gr% ditemukan pada 33 kasus (35.86%). Data ini tidak jauh berbeda dengan yang dilaporkan oleh Soejoenoes (1983), yaitu hanya 28.91% ibu bersalin tidak menderita anemia. Anemia merupakan komplikasi yang paling sering dijumpai pada kehamilan, keadaan ini disebabkan oleh adanya kenaikan kebutuhan zat-zat makanan, hidremi, perubahan-perubahan dalam darah dan sumsum tulang [39].

Semua ibu hamil melakukan pemeriksaan antenatal, rata-rata pemeriksaan antenatal dilakukan 6.35 kali, hanya 10 kasus (10.86%) yang melakukan pemeriksaan antenatal kurang dari 4 kali selama kehamilan. Berbeda dengan penelitian Primus (1990), terdapat 37.9% ibu hamil tidak pernah melakukan pemeriksaan antenatal [23]. Illsley (1983) mengatakan pemeriksaan antenatal diperlukan agar ibu hamil dapat memelihara kesehatannya dan juga berfungsi deteksi dini kelompok risiko tinggi [44].

Skor Bishop rata-rata pada penelitian ini 5.99, skor terendah 3 dan tertinggi 8, kelompok terbesar yaitu skor Bishop antara 4-6 yaitu sebanyak 59 kasus (64.13%). Primus pada penelitiannya juga mendapatkan hasil yang sama yaitu kelompok skor Bishop 4-6 merupakan kelompok terbesar (49.5%) [23].

Berat badan bayi lahir rata-rata didapatkan 2975.54 gram dengan simpang baku  $\pm 278.19$  gram. Proporsi terbesar berat badan bayi lahir antara 2500-2999 gram yaitu 48 kasus (52.17%). Ini mungkin disebabkan sebagian besar ibu bersalin adalah

primipara. Cunningham (1995) mengatakan bahwa rata-rata berat badan bayi lahir pada primipara lebih kecil dibandingkan dengan multipara [5].

Skor kecemasan rata-rata 15.87 dengan simpang baku  $\pm 6.15$ , rentang skor kecemasan antara 4 sampai 33. Skor ini hampir sama dengan yang dilaporkan oleh Burstein dan Primus yaitu rata-rata skor kecemasan ibu bersalin  $\pm$  simpang baku 13.18  $\pm 7.25$  dan 17.4  $\pm 6.3$ , dengan rentang antara 2 - 39 dan 4 - 31 [6,23].

Lama persalinan rata-rata 9.18 jam, kelompok lama persalinan antara 9-12 jam menempati proporsi terbesar yaitu 39 kasus (42.39%). Dalam penelitian ini tidak ditemukan persalinan lama / partus lama, karena apabila dijumpai kasus yang lama persalinan kala I nya mendekati 18 jam penderita langsung dirujuk, oleh karena partus lama akan menimbulkan komplikasi baik pada ibu maupun bayi yang dilahirkannya. Primus (1990) dalam penelitiannya melaporkan kejadian persalinan lama 29 kasus (28.2%), tetapi tidak dilaporkan angka kematian perinatalnya. Soejoenoes (1987) melaporkan angka kematian perinatal cenderung meningkat pada persalinan lebih dari 12 jam [37].

Pada penelitian ini selama proses persalinan tidak ada yang mendapatkan obat yang dapat mengganggu kontraksi uterus, misalnya obat analgetika, sedatif dan anestesia. Demikian juga ibu bersalin dengan riwayat obstetri buruk hanya ditemukan sebanyak 8 kasus, apabila dibandingkan dengan ibu yang bersalin dengan riwayat obstetri baik, rata-rata  $\pm$  simpang baku lama persalinan kala I masing-masing 11.25  $\pm 1.98$  jam dan 8.98  $\pm 3.60$  jam, setelah dilakukan analisis statistik dengan uji "Mann - Whitney - Wilcoxon Rank Sum -test" hasilnya cenderung sama ( $p > 0.05$ ).

Ini kemungkinan disebabkan jumlah kasus riwayat obstetri buruk sangat kecil yaitu 8 kasus.

## 6.2. Hubungan skor kecemasan dengan lama persalinan kala I

Diperlihatkan pada gambar 3, bahwa skor kecemasan mempunyai korelasi positif dengan lama persalinan kala I dengan koefisien korelasi 0.895, dan persamaan regresi  $Y = 1.010 + 0.515 X$ , ini berarti menunjukkan hubungan yang kuat antara keduanya [45], makin besar skor kecemasan makin lama persalinan kala I, demikian juga sebaliknya makin kecil skor kecemasan makin cepat lama persalinan kala I.

Read (1994) serta Chen & Rivers (1999) mengatakan bahwa kecemasan akan memacu pengeluaran adrenalin, dalam sirkulasi darah adrenalin yang beredar menyebabkan konstiksi pembuluh darah uterus, akibatnya kekuatan kontraksi uterus berkurang sehingga persalinan akan berlangsung lebih lama [19,46]. Sedangkan Beck & Hall (1978) dan Josoprawiro (1986) menerangkan hubungan kecemasan/ketakutan dengan mekanisme takut - tegang nyeri. Kecemasan pada ibu bersalin akan menginduksi ketegangan otot sirkuler pada bagian bawah uterus/ kekakuan serviks, adanya kontraksi pada uterus akan menimbulkan rasa nyeri, impuls nyeri diteruskan ke korteks serebri melalui sistem thalamolimbik dan akibatnya akan menambah rasa ketakutan [20,24]. Burstein (1974) dan Primus (1990) dalam penelitiannya juga melaporkan bahwa kecemasan akan menyebabkan persalinan lebih lama, dengan nilai pisah ("cut off point") skor kecemasan 18 Primus menemukan persalinan akan terjadi partus lama atau tidak [6,23].

### 6.3. Analisis multivariat

Pada tabel V diperlihatkan bahwa faktor umur mempunyai hubungan yang negatif dengan lama persalinan kala I, artinya semakin tua umur ibu semakin cepat persalinannya. Walaupun secara statistik bermakna, tetapi hubungan antara keduanya tidak kuat (koefisien korelasi = 0.465), kemungkinan disebabkan kelompok umur 21-30 tahun / kelompok reproduksi sehat merupakan proporsi terbesar yaitu 76.08%. Burnhill, seperti dikutip oleh Primus (1990) mengatakan bahwa aktivitas uterus pada kelompok ini yang paling baik untuk pembukaan serviks [23].

Paritas ibu mempunyai hubungan negatif dengan lama persalinan kala I, semakin banyak anak yang dilahirkan semakin cepat lama persalinannya, hubungan antara keduanya kuat dengan koefisien korelasi = 0.624. Koesoemaprada(1977), Beck & hall (1978) serta Chen & Rivers (1999) mengatakan bahwa pada primipara persalinan lebih lama, sedangkan pada multipara serviks sudah pernah dilewati janin, sehingga tahanan untuk pembukaan pada persalinan berikutnya berkurang, sehingga persalinan lebih cepat [24,36,46].

Jarak antara 2 kelahiran mempunyai hubungan yang negatif dengan lama persalinan kala I, demikian juga lingkaran lengan atas, tetapi hubungannya lemah dengan koefisien korelasi masing-masing 0.268 dan 0.055. Kemungkinan karena ada faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap lama persalinan, dan pada penelitian ini hampir semua ibu bersalin dalam keadaan gizi baik / lingkaran lengan atas  $\geq 23.5$  cm yaitu 93.11% kasus. Departemen Kesehatan memberi batasan lingkaran lengan atas  $\geq 23$  cm untuk kriteria gizi baik [43].

Kadar hemoglobin mempunyai hubungan negatif dengan lama persalinan, semakin tinggi kadar hemoglobin ibu bersalin semakin cepat persalinannya, dan hubungannya kuat dengan koefisien korelasi 0.743. Hasil ini sesuai dengan yang dilaporkan Soejoenoes (1983), bahwa anemia menyebabkan persalinan lebih lama [37]. Sedangkan Steingrub & Gymovsky (1995) mengatakan bahwa kadar hemoglobin mempengaruhi kontraksi uterus, semakin tinggi kadar hemoglobin semakin baik kontraksi uterus dan persalinan berjalan lancar [47].

Pemeriksaan antenatal mempunyai korelasi negatif dengan lama persalinan, makin sering melakukan pemeriksaan antenatal makin lancar persalinannya, hubungan antara keduanya kuat dengan koefisien korelasi 0.686. Hadiyanto (1989) menyebutkan bahwa dengan pemeriksaan antenatal, ibu dipersiapkan agar dapat memelihara kesehatannya sesempurna mungkin dan dapat melahirkan bayi dengan sehat tanpa gangguan apapun, dengan demikian apabila ditemukan faktor risiko dalam kehamilannya dapat diatasi secepatnya, sehingga dalam menghadapi persalinan ibu sudah siap fisik maupun mental, ini akan berpengaruh dalam kelancaran persalinan [48]. Chertox & Lamaze seperti dikutip Beck & Hall (1978) memperkenalkan metode psikoprofilaktik yang diajarkan kepada ibu-ibu hamil, yang menekankan kelahiran bayi sebagai suatu proses fisiologis alami. Metode ini mengajarkan latihan bernafas yang baik dan memberikan dukungan psikologis, didapatkan hasil bahwa ibu-ibu yang mengikuti latihan psikoprofilaktik, saat bersalin kurang merasakan nyeri sehingga sangat sedikit yang memerlukan analgetika, dan lama persalinan menjadi lebih pendek [5,24].



Skor Bishop mempunyai korelasi negatif dengan lama persalinan, dengan koefisien korelasi 0.891, berarti hubungannya kuat, makin tinggi skor Bishop makin cepat persalinan. Pada dasarnya skor ini untuk menilai penurunan kepala janin dan kondisi porsio, semakin tinggi skor Bishop berarti pembukaan serviks lebih lebar, porsio lebih mendatar, penurunan kepala bertambah, porsio lebih lunak dan posisi anterior, semua faktor tersebut akan memperlancar persalinan [5]. Binarso (1987) melaporkan skor Bishop yang tinggi akan memperlancar keberhasilan persalinan pervaginam [49].

Berat badan lahir mempunyai korelasi positif dengan lama persalinan kala I, makin besar bayi yang dilahirkan makin lama persalinan kala I, tetapi hubungan antara keduanya tidak kuat dengan koefisien korelasi 0.380. Cibils & Hendrics seperti dikutip Cunningham (1997) melaporkan bahwa adaptasi mekanis bagian terbawah janin / dalam hal ini kepala janin terhadap jalan lahir, merupakan bagian penting dalam menentukan efisiensi kontraksi uterus, berarti semakin besar janin efektivitas kontraksi akan berkurang [5]. Namun menurut Mc. Call & Hara seperti dikutip Primus (1990) berat badan janin secara nyata menyebabkan berkurangnya efektivitas uterus bila beratnya  $\geq 4000$  gram [23].

Setelah dilakukan analisis lebih lanjut terhadap variabel-variabel yang mempunyai hubungan kuat dengan lama persalinan kala I, diperoleh 3 variabel yang mempunyai hubungan kuat dan secara statistik bermakna ( $p < 0.05$ ) yaitu skor kecemasan, paritas dan skor Bishop. Apabila ketiga variabel tersebut dianalisis lagi tinggal skor kecemasan dan skor Bishop yang mempunyai hubungan kuat dengan

koefisien korelasi 0.922. Ini berarti selain skor kecemasan skor Bishop juga berperan menentukan lama persalinan kala I.

## BAB VII

### SIMPULAN

Pada peneneltian Hubungan Skor Kecemasan Dengan Lama Persalinan Kala I ini dapat disimpulkan bahwa :

1. Skor kecemasan mempunyai hubungan yang positif / korelasi positif dengan lama persalinan kala I, makin tinggi skor kecemasan makin lama persalinan kala I.
2. Faktor- faktor lainnya misalnya paritas, kadar hemoglobin, pemeriksaan antenatal dan skor Bishop juga mempengaruhi lama persalinan kala I. Dari ke empat faktor tersebut setelah dianalisis lebih lanjut, skor Bishop yang ikut berperan besar menentukan lama persalinan kala I, makin tinggi skor Bishop makin cepat persalinannya.

## **BAB VIII**

### **SARAN**

Berdasarkan hasil dan simpulan dari penelitian, maka saran yang dapat disampaikan adalah : faktor kecemasan ibu yang sedang bersalin hendaknya diperhatikan oleh petugas kesehatan, karena faktor tersebut terbukti ikut menentukan lama persalinan, disamping 3 faktor yang sudah sering dibicarakan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Iskandar HY. Stres kini jadi gaya hidup. Suara Pembaruan 1999, Maret 4 ; 8 (kol 8)
2. Kartono K. Psikologi wanita, sebagai ibu dan nenek. Edisi I Bandung : Alumni offset, 1977.
3. Allgeier ER. Birth. In : Other culture and species sexual interactions. Lexington : Bowling Greenstate University DC Heath and Company, 1984.
4. Kosim HMC. Aspek kejiwaan dalam kebidanan. Naskah lengkap KOGI I Jakarta, 1970.
5. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. William obstetrics. 20<sup>th</sup> ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1997.
6. Burstein I, Kinch RAH, Stern L. Anxiety pregnancy, labor and the neonate. Am. J. Obstet Gynecol 1974 ; 21 : 195-9.
7. Crawford JS. Relief from pain and anxiety. In : Lind T, eds. Obstetric analgesia and anaesthesia. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Churchill Livingstone, 1984.
8. Soejoenes A. Usaha menurunkan kematian perinatal di Bagian Obstetri dan Ginekologi RS. Rujukan. Simposium Perinatologi III. Bandung, 1982.
9. Hall G. Psychology to day an introduction. 5<sup>th</sup> ed. USA Random House Inc. 1983.
10. Sulaiman, Dadang. Psikologi remaja dimensi-dimensi perkembangan. Bandung. Mandar maju, 1995.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry. 4<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins Comp, 1985 ; 1244 - 8.
12. Perwitasari JE. Stress dan kecemasan : Pengertian, manifestasi dan penanganannya. Kumpulan makalah simposium stress dan kecemasan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta, 1988.
13. Bahar E. Stress dan kesehatan. Seminar hipertensi dan stress serta penatalaksanaannya. Rumah Sakit Umum Pusat Palembang, 1995.
14. Sumapraja S. Partograf WHO. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta, 1993.

15. Koesoemapradsja N. Partograph : Suatu alat pengelola untuk mencegah persalinan lama. Dalam : Koesoemapradsja N, Hartono HS. Palarto B, eds. Manfaat partograf dan beberapa upaya untuk menurunkan kematian ibu dan anak. Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang ; 1993
16. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Edisi II. Yayasan Bina Pusataka. Jakarta, 1994
17. Adamsons K. The adrenergic nervous system and parturition. [http : // : www. cornell. edu / 99](http://www.cornell.edu/99).
18. Rosenfeld CR, Barton MD, Meschia G. Effects of epinephrine on distribution of blood flow in the pregnant ewe. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1976 ; 124 : 156-63.
19. Benson RC, Pernoll ML. Emotional aspects of pregnancy. In : *Handbook of obstetrics and gynecology.* 9 th ed. Singapore : Mc Graw-Hill Inc, 1994 ;
20. Josoprawiro MJ. Pengaruh analgesia epidural terhadap persalinan dan keadaan janin. Dalam : Muhiman M, Sembalangi H, Iskandar S, Wulum RL. *Penanggulangan nyeri pada persalinan.* Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1986.
21. Suharto. *Persalinan lama [tesis].* Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang ; 1988.
22. Sugito. *Partus lama di Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang tahun 1975-1980 [ tesis]* Bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang ; 1981.
23. Primus MD. *Hubungan kecemasan dengan lama persalinan [ tesis].* Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta ; 1990
24. Beck NC, Hall D. *Natural childbirth : A review and analysis.* *Obstet Gynecol.* 1978 ; 52 : 371-9.
25. Beutel M, Stauber M. *Coping with fetal death : complications, risk factors and potential physician support.* *Public Health Nurse.* 1995 ; 52 : 114-8.
26. Laksmana G. *Stres dalam kehidupan dan penanggulangannya.* Pendidikan kesehatan Jiwa. Rumah Sakit Jiwa Semarang; 1983.
27. Prawirohusodo S. *Stres dan kecemasan.* Kumpulan makalah simposium stres dan kecemasan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta; 1988.
28. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pengobatan dan Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa.* Edisi II Jakarta . Sistem kesehatan nasional, 1984.

29. Wicaksono I. *Anxietas pada wartawan anggota PWI cabang Yogyakarta [ tesis ]. Bagian Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta; 1992.*
30. Brown GW, Harris T. *Social origins of depression. New York. Free Press, 1978.*
31. Grebb J, Reus VI. *Neuro behaviour chemistry and psychology. In : Goldman ed. Review of general psychiatry. Singapore. Maruzen Asian Edition, 1984.*
32. Abiodun OA. *A Validity study of hospital anxiety and depression scale in general hospital units and community sample in Nigeria. Br. J. Psychiatry. 1994 ; 165 : 669 - 71.*
33. Graham JR. *The MMPI : A practical guide. New York. Oxford University Press, 1976.*
34. Greenhill. *The year book of obstetrics & gynecology. Chicago. Year book medical publishers incorporated, 1973.*
35. Stronge JM. *Strategies for reducing the Caesarean section rate. In :Popkin MD, Peedle LJ eds. Women's Health Today. Montreal, 1994.*
36. Koesoemapradja N. *Grafik waktu pembukaan canalis cervicalis pada persalinan [tesis]. Bagian Obstetri dan ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, 1977.*
37. Soejoenoes A. *Kematian perinatal di Indonesia : dapatkah dicegah ?. Laboratorium Obstetri dan Ginekologi / Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Makalah lengkap KOGI VII Semarang, 1987.*
42. Khoury AD, Phelan ST. *Abnormal labor. In : Shaver DC, Phelan ST, Beckmann CRB, Ling FW, eds. Clinical manual of obstetrics. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Mc Graw-Hill Inc, 1993.*
39. Soejoenoes A. *Beberapa hasil pengamatan klinik pada ibu hamil dengan anemia. Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Jakarta, 1983 ; 2 : 83-9.*
40. Kabulrachman Y, Hertanto WS. *Keadaan gizi ibu pada awal kehamilan, berat badan bayi yang dilahirkan serta beberapa aspek kehamilan dan persalinannya. Majalah Kedokteran Indonesia. Jakarta, 1998; 47 : 29-33.*
41. Nawawi F, Sumapraja S. *Risiko kehamilan dan persalinan menurut umur dan paritas ibu di Bagian Obsetri dan Ginekologi FKUI/RSCM. Majalah Obstetri dan Ginekologi Indonesia. Jakarta, 1983 ; 2 : 90-101.*

42. McDonald JS. *Obstetric analgesia & anesthesia*. In : Pernoll MI, eds. *Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment*. 8 th ed.. Connecticut : Appleton & Lange, 1994.
43. Achadi EL. *Pengkajian status gizi ibu hamil. Pelatihan koordinator gizi rumah sakit bidang penatalaksanaan diet penyakit kandungan dan bedah*. Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo. Jakarta, 1995.
44. Illsley R. *Social aspects of pregnancy pregnancy*. In : Barron SL, Thomson AM, eds. *Obstetrical epidemiology*. London, Academic press ; 1983 : 470-5.
45. Basuki B. *Korelasi dan regresi linear*. In : Tjokronegoro A, Sudarsono S, eds. *Metodologi penelitian bidang kedokteran*. Jakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 1979 :191-200.
46. Chen DC, Rivers LN, Dewoy KG, Lomerdal B. *Sress during labor and delivery and early lactation performance*. *Obstet Gynecol survey* 1999 ;54 : 81-2.
47. O' Grady JP, Petrie RH, Gimovsky ML, Knee DG, Weisbrod L. *Normal and abnormal labor*. In : O' Grady JP, Gimovsky ML, eds. *Operative obstetrics*. Baltimore, Williams & Wilkins ; 1995 : 153-73.
48. Hadiyanto B. *Perawatan antenatal*. In : Suharsono, Soetadji, Hadiyanto B, Kosim MS, Waspodo D, eds. *Kumpulan makalah penataran nasional bidang perinatologi*. Semarang : Depkes RI ; 1989 : 46-51.
49. Binarso A. *Kehamilan lewat bulan [tesis]*. Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang ; 1987.