

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kecemasan

2.1.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan merupakan reaksi pertama yang muncul atau dirasakan oleh pasien dan keluarganya di saat pasien harus dirawat mendadak atau tanpa terencana begitu mulai masuk rumah sakit. Kecemasan akan terus menyertai pasien dan keluarganya dalam setiap tindakan perawat terhadap penyakit penyakit yang di derita pasien(Nursalam. 2019 hal.334).

Cemas adalah emosi dan merupakan pengalaman subjektif individual, mempunyai kekuatan tersendiri dan sulit untuk diketahui secara langsung. dapat mengidentifikasi cemas lewat perubahan tingkah laku pasien.

Cemas adalah emosi tanpa objek yang jelas, penyebabnya tidak diketahui dan didahului oleh pengalaman baru. Takut mempunyai sumber yang jelas dan objeknya dapat di jelaskan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut(Nursalam. 2019 hal.334).

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan diwujudkan dalam bentuk perilaku seperti rasa tidak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, dan fobia. Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi(Nursalam. 2019 hal.334).

Ansietas/kecemasan merupakan kebingungan atau kekwatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek . Ansietas merupakan keadaan emosi yang dirasakan secara subyektif dengan obyek tidak jelas dan terlihat dalam hubungan interpersonal. (PH, Liviana. dkk 2016). Kecemasan adalah salah satu gangguan kejiwaan yang paling umum terjadi pada saat kehamilan. Beberapa tingkat kecemasan yang dialami oleh wanita saat hamil hampir lebih 50%, bahkan kecemasan klinis bisa meningkatkan resiko untuk depresi *postpartum*(Mardjan. 2016 hal. 3).

Kecemasan selama kehamilan sampai trimester ketiga mempengaruhi proses persalinan, pertumbuhan perkembangan anak, lahir premature, berat badan lahir rendah (BBLR), *partus* lama, gangguan mental dan motoric anak. Keadaan ini menyebabkan gangguan dalam proses persalinan. Untuk mengatasi keadaan ini seorang ibu perlu mendapatkan intervensi dengan berbagai metode semasa *antenatal* guna meringankan beban psikologis terutama kecemasan pada trimester ketiga sampai menjelang persalinan.

Bagi remaja (15-19 tahun) kecemasan perinatal sebelum melahirkan merupakan hal yang fisiologis. Perubahan fisik dan psikologis berinteraksi dengan kondisi lingkungan. Secara fisiologis, organ reproduksi remaja belum siap untuk melahirkan, sedangkan secara psikologis keadaan jiwanya belum stabil. Tidak hanya itu, kehamilan usia remaja (15-19 tahun) ini berkontribusi 3 kali lebih besar dalam penyebab kematian ibu. Keadaan ini akan memperparah keadaan ibu, jika selama kehamilan mengalami kecemasan yang tidak segera

ditanggulangi dapat mengakibatkan partus lama, dan BBLR yang merupakan penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi(Mardjan. 2016 hal.4).

Tanda dan gejala ansietas terdiri atas dua komponen, yaitu komponen psikis/mental berupa khawatir atau was-was dan komponen fisik berupa napas semakin cepat, jantung berdebar, mulut kering, keluhan lambung, tangan dan kaki merasa dingin dan ketegangan otot(PH, Liviana. dkk 2016).

2.1.2 Teori-Teori penyebab kecemasan

Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI (1995) mengembangkan teori-teori penyebab kecemasan antara lain :

1. Teori psikoanalisis.

Kecemasan merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan super ego. Id melambangkan dorongan insting dan implus primitif, super ego mencerminkan hati nurani seseorang, sedangkan ego atau aku digambarkan sebagai mediator dari tuntutan id dan super ego. Kecemasan berfungsi untuk memperingatkan ego tentang suatu bahaya yang perlu diatasi.

2. Teori interpersonal.

Kecemasan terjadi dari ketakutan dan penolakan interpersonal, hal ini dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan seperti kehilangan atau perpisahan yang menyebabkan seseorang tidak berdaya. Individu yang mempunyai harga diri yang rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami kecemasan berat.

3. Teori perilaku.

Kecemasan merupakan hasil frustrasi yang mengganggu kemampuan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli perilaku menganggap kecemasan merupakan suatu dorongan, yang mempelajari berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit. Pakar teori menyakini bahwa bila pada awal kehidupan dihadapkan pada rasa takut yang berlebihan maka akan menunjukkan kecemasan yang berat pada masa dewasanya. Para ahli teori konflik mengatakan bahwa kecemasan sebagai benturan keinginan yang bertentangan. Mereka percaya bahwa hubungan timbal balik terhadap konflik dan daya kecemasan yang kemudian menimbulkan konflik.

4. Teori keluarga.

Gangguan kecemasan dapat terjadi dan timbul secara nyata dalam keluarga, biasanya tumpang tindih antara gangguan cemas dan depresi.

5. Teori biologi

Teori biologi menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor spesifik untuk benzodiazepin. Reseptor ini mungkin mempengaruhi kecemasan (Nursalam, 2019 hal. 335).

2.1.3 Masalah Kecemasan (*Anxiety Problem*)

Kecemasan merupakan suatu keadaan atau kondisi emosi yang tidak menyenangkan, dan merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan perasaan yang tidak berdaya dan tidak menentu. Pada umumnya kecemasan bersifat subjektif, yang ditandai dengan perasaan tegang, khawatir takut, dan disertai adanya perubahan fisiologis, seperti peningkatan denyut nadi, perubahan

pernafasan, dan tekanan darah. Kecemasan dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, menurut Gilmer (1978), kecemasan dibedakan menjadi dua, yaitu kecemasan normal dan kecemasan abnormal. Adapun Lazarus dan Spielberger yang dikutip Kendall (1978) juga membedakan kecemasan menjadi dua, yaitu : *state anxiety* dan *trait anxiety*. Keempat jenis kecemasan ini, diuraikan seperti berikut :

1. Kecemasan Normal

Kecemasan normal adalah suatu kecemasan yang derajatnya masih ringan, dan merupakan suatu reaksi yang mendorong seseorang untuk bertindak, seperti : menunjukkan kurang percaya diri, dan juga dapat melakukan mekanisme pertahanan ego, contoh : memberikan suatu alasan yang rasional atau kegagalan yang dialaminya.

2. Kecemasan abnormal

Kecemasan abnormal adalah suatu kecemasan yang sudah kronis, adanya kecemasan tersebut dapat menimbulkan perasaan dan tingkah laku yang tidak efisien.

3. Kecemasan *State Anxiety*

Suatu kecemasan atau *state anxiety* bila gejala kecemasan yang timbul dianggap sebagai suatu situasi yang mengancam individu. Misalnya, seseorang merasa terancam atas kemungkinan kegagalan yang pernah dialaminya.

4. *Trait Anxiety*

Trait Anxiety ialah kecemasan sebagai keadaan yang menetap pada individu, kecemasan ini berhubungan dengan kepribadian individu yang

mengalaminya. Seseorang yang mengalami trait *anxiety* tinggi cenderung untuk menerima situasi sebagai bahaya atau ancaman, dibandingkan seseorang yang menderita trait *anxiety* rendah, sehingga mereka akan merespon situasi yang mengancam dengan kecemasan yang lebih besar intensitasnya.

Seseorang yang mengalami kecemasan tersebut di atas, pada dirinya timbul reaksi-reaksi tertentu. Pada dasarnya reaksi kecemasan ini dapat dibedakan menjadi reaksi fisiologis dan psikologis. Reaksi fisiologis adalah reaksi tubuh, terutama oleh organ-organ yang diatur oleh saraf simpatetis, seperti jantung, pembuluh darah, kelenjar, pupil mata, sistem pencernaan, dan system pembuangan. Dengan adanya kecemasan, maka satu atau lebih organ-organ dalam tubuh akan mengalami peningkatan fungsinya, seperti jantung berdebar-debar, sering buang air kecil, perut rasanya nyeri, keluar keringat dingin, gemetar, dan sirkulasi darah tidak teratur. Reaksi psikologis adalah reaksi kecemasan yang biasanya disertai reaksi fisiologis, seperti adanya perasaan tegang, kebingungan, merasa terancam, tidak berdaya, rendah diri, kesulitan memusatkan perhatian, dan kesulitan berkonsentrasi (Hartono dan Boy Soedarmadji. 2012 hal. 84).

2.1.4 Faktor Penyebab Kecemasan

Faktor internal dan eksternal yang menyebabkan terjadinya kecemasan menurut shives (2005), Mohr (2006), Stuart (2013) adalah :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor biologis Gangguan atau *system limbic, hypothalamus, lobus frontal, neurotransmitter*.

Yaitu gangguan yang terjadi di daerah otak karena disebabkan :

- 1) Infeksi primer maupun sekunder
- 2) Akibat benturan pada kepala sewaktu masih anak-anak atau masa remaja.
- 3) Akibat tumor pada otak.

b. Faktor Psikologis

- 1) Konflik berkepanjangan terhadap teman, keluarga dan lain sebagainya.
- 2) Perasaan takut yang berlebih lebih dan penolakan interpersonal.
- 3) Genetika (keturunan).
- 4) Suku bangsa (etnik).
- 5) Jenis kelamin umumnya wanita 2 kali lebih sering mengalami kecemasandari pria.

2. Faktor Eksternal

a. Faktor sosial

- 1) Keadaan dan lingkungan keluarga.
 - a) Selalu dimanjakan dalam keluarga sehingga kepercayaan diri berkurang.
 - b) Selalu tidak diberi peran / kepercayaan dalam melakukan suatu kegiatan.

c) Keluarga yang otoriter membentuk anak kurang percaya diri, dll.

2) Sosial budaya

a) Peran wanita dianggap paling rendah dengan pria.

b) Wanita harus patuh dan menurut dalam kepatuhan terhadap keputusan suami.

c) Wanita merupakan status symbol.

3) Kemiskinan

a) Ketidak berdayaan dalam keuangan dan materil.

b) Ketidak mampuan dalam mengelola sumber penghasilan.

c) Penghasilan dalam tiap hari tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

4) Sewaktu kecil mengalami kekerasan fisik dan seksual.

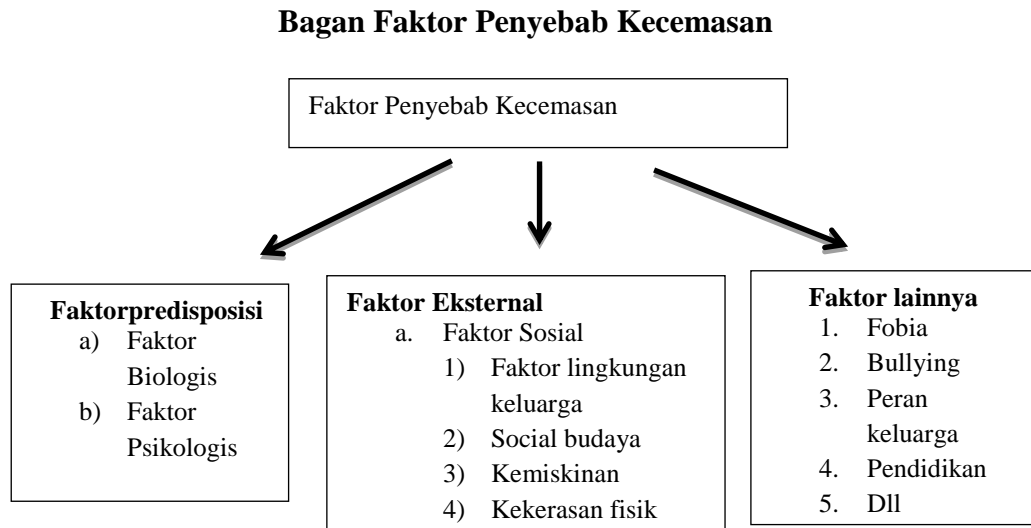
a) Sewaktu masih anak anak sering dimarahin dan di pukul tanpa sebab yang jelas.

b) Sewaktu masih anak anak pernah mengalami pelecehan seksual dan kekerasan seksual.

c) Pernah mengalami tindakan pemerkosaan.

3. Faktor lainnya

Scara psikologis dan fisis dalam masa remaja mereka sudah mengalami fobia, *bullying*, obsesif, kecemasan umum, dan ini ,meningkatkan kecemasan pada waktu kehamilan bila faktor faktor, seperti peran keluarga, pendidikan tidak kondusif(Mardjan, 2016).



Gambar 2.1 Bagan Faktor Penyebab Kecemasan

2.1.5 Proses Terjadinya Kecemasan

Salah satu faktor penyebab kecemasan adalah faktor predisposisi, khususnya faktor biologis yaitu gangguan system limbik, hipotalamus, labus frontal. Kecemasan dalam kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan, karena hormone yang dikeluarkan oleh *hipotalamus*, *putuari* dan *adrenal* (HPA) memacu sumbu dari saraf *sympathetic adrenal mudullary* (SAM), mempengaruhi terjadinya peningkatan kecemasan dan ketiga organ ini merupakan dari system limbic. Ketiga ini disebut dengan kelenjar endokrin (Mardjan, 2016 hal. 17).

Hipotalamus merupakan kelenjar hipofisis yang mengatur hormone keseluruh tubuh yang saling bersinergis dengan kelenjar *tiroid* dan *paratiroid*, *pangreas*, *adrenal*. Hipotalamus adalah organ *saraf* dan organ *endokrin*, hipotalamus sangat berpengaruh dalam mengendalikan perilaku dan memungkinkan respon yang tepat dari berbagai stimulus yang datang. Hipotalamus secara terus menerus menerima informasi dari system saraf pusat

dan prifer mengenai suhu tubuh, nyeri, rasa nikmat, rasa lapar, masa tubuh, dan metabolik. Hipotalamus juga menerima input dari hormone lain dalam tubuh dan menerima ekstensi saraf dari area lain di otak (Mardjan, 2016 hal. 17).

Hormon adalah pembawa pesan kimia yang dilepaskan oleh kelenjar endokrin ke dalam sirkulasi. Setelah dilepaskan, hormone mengalir dalam darah dan hanya mempengaruhi sel tubuh yang memiliki reseptor (tempat pengikatan) spesifik. Sel berespon terhadap hormone tertentu disebut sel target untuk hormone itu sendiri. Hipotalamus mengeluarkan hormone dan berespon dengan kelenjar hipofisis, kelenjar hipofisis mengeluarkan hormone sesuai dengan rangsangan dan hipotalamus.

Menurut perkembangan pengetahuan kedokteran timur atau TCM (*tradisional china medicine*) bahwa kecemasan dan stress dapat dikurangi atau dapat dihilangkan dengan merangsang sistem limbik (hipotalamus, pituari, dan adrenal) dengan cara memberikan pijatan (akupresur), tusuk jarum, totokan pada titik titik meridian akupunktur.

Secara teori mekanisme stress menurut Rice (2005), Safaria dan Saputra (2009) adalah : Stresor adalah rangsangan yang menyebabkan timbulnya kecemasan mempengaruhi reseptor, dalam hal ini adalah sistem limbik. Sistem limbik akan mempengaruhi hipotalamus, merupakan sistem endokrin. Hipotalamus mempengaruhi sistem ritikuler dalam hal ini kelenjar hipofisis, kelenjar hipofisis mengeluarkan hormone yang mempengaruhi sistem saraf otonom, sistem saraf simpatis, maka terjadilah peningkatan detak jantung, kontraksi otot tubuh, dan tekanan darah meningkat.

Hipotalamus mengeluarkan hormone CRF (*corticotropin releasing factor*), mempengaruhi kelenjar pituitary. Kelenjar pituitary mempengaruhi vasopressin dan mengeluarkan hormone ACTH (*adrenocorticotrophic hormone*) dan mempengaruhi peningkatan detak jantung, kontraksi otot tubuh. Tekanan darah meningkat. Kelenjar pituitary mengeluarkan hormone TRF (*thyrotropin releasing factor*), mempengaruhi kelenjar *thymus*, mempengaruhi keluarnya hormone tiroksin. Pituitary juga mempengaruhi kelenjar adrenal dan mengeluarkan hormone kortisol, nonadrenalin, adrenalin yang mempengaruhi system kekebalan tubuh dan menekan *T-sel*. System endokrin semuanya besinergi dalam menerima rangsangan stressor.

Pengaruh stressor mengakibatkan sekresi katekolamin (hormone stress) menghambat terjadinya kontraksi uterus dan aliran darah placenta meningkat menyebabkan *partus* tidak maju. Semakin lama waktu persalinan, semakin tinggi konsentrasi katekolamin dalam darah dan akibatnya merugikan terjadinya peningkatan aktivitas syaraf otonom dan simpatis.

Tanpa adanya upaya perbedaan pada syaraf ini, akan mengakibatkan gangguan kontraksi uterus, antara lain *partus* lama, terjadi peningkatan kadar kortisol dan denyut jantung, tekanan darah meningkat. Kadar katekolamin dan kortisol yang meningkat saat *partus* berkorelasi dengan kecemasan serta nyeri ibu. Kenaikan adrenalin dan kortisol yang lebih besar didalam dari nor adrenalin membuktikan bahwa stress mental lebih tinggi daripada stress fisik. (Mardjan, 2016 hal. 18)

2.1.6 Penilaian Tingkat Kecemasan

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A, kadang-kadang disebut HARS), sejak tahun 1999 adalah salah satu skala penilaian pertama untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan yang dirasakan. Ini masih digunakan sampai sekarang, dianggap sebagai salah satu skala penilaian yang paling banyak digunakan, dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Kanton, Prancis, dan Spanyol. Ini telah digunakan sebagai patokan untuk skala yang lebih baru dirancang.

Maksud asli penulis untuk skala ini adalah untuk penggunaannya pada individu dengan neurosis kecemasan (berbeda dengan kecemasan yang melekat pada respons terhadap ancaman atau stress) yaitu bukan cara mendianosis kecemasan bersamaan dengan patologi atau masalah lain. Satu tahun kemudian, Hamilton juga menerbitkan skala yang sama untuk gejala depresi.

HRS-A adalah kuisisioner berbasis dokter. Namun, karena tersedia di domain publik, survey ini digunakan sebagai survey yang dinilai sendiri. Ini terdiri dari 14 elemen yang didefinisikan berdasarkan gejala, dan melayani untuk gejala psikologis dan somatik(Thompson, Euan 2015).

Hamilton Rating Scale for Axiety (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala, antara lain adalah sebagai berikut :

1. Perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan : merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.

3. Ketakutan : Takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila ditinggal sendiri, dan takut pada binatang yang besar.
4. Gangguan tidur : sulit untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pias dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi (murung): hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala somatik/fisik (otot) : nyeri pada otot-otot dan kaku, mengeratkan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik (saraf) : perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) : takikardi (denyut jantung cepat), nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pernafasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
11. Gejala gastrointestinal (pencernaan) : sulit menelan, sulit BAB, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.

12. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) : sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, tidak datang bulan, ereksi lemah atau impotensi.
13. Gejala autoimun (sistem kekebalan) : mulut kering, mudah berkereringat, muka merah, bulu kudu berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, kontraksi otot meningkat dan nafas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori sebagai berikut :

Nilai 0 = tidak ada gejala sama sekali.

Nilai 1 = gejala ringan / satu dari gejala yang ada.

Nilai 2 = gejala sedang / setengah dari gejala yang ada.

Nilai 3 = gejala berat / lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada.

Nilai 4 = gejala berat sekali/ panic / sangat berat semua gejala ada.

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1 – 14 dengan hasil sebagai berikut :

1. Skor kurang dari 6 = tidak merasa ada kecemasan.
2. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

(Manurung, 2016 hal. 35)

2.2 Konsep Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan ialah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban dari uterus ibu (JNPK, 2008 dalam Eniyati, 2012 hal 9).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial pada ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan di mulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan ialah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin. Persalinan ialah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sarwono, 2010 hal 100).

2.2.2 Tanda sebelum persalinan

Sebelum persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelum wanita memasuki “bulan” atau “harinya” yang dapat dikatakan kala pendahuluan (tahap persiapan persalinan). Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Keringanan (*Lightening*) atau penyelesaian (*settling*) atau penjatuhan (*dropping*) yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada wanita hamil pertama kali.
2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
3. Perasaan sering-sering atau susah kencing (*polaksuri*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

4. Perasaan sakit diperut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut “*nyeri persalinan palsu*”
5. bagian bawah rahim yang terhubung ke jalan lahir menjadi lembek, mulai mendatar, dan pembuluh darah dalam tubuh bertambah biasa bercampur darah(Muctar, 2011 hal 70).

2.2.3 Sebab mulainya persalinan

1. Teori Penurunan kadar hormone progesterone

Hormone Progesteron merupakan hormone yang menimbulkan reaksi pada otot-otot rahim sedangkan hormone estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, progesterone menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga membantu mencegah ekspulsi fetus. Sebaliknya estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktibilitas uterus(Eniyati, 2012 hal 10).

2. Teori oxytocin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormone oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesterone dapat mengubah tingkat sensitivitas otot Rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Braxton Hicks*. Penurunan kadar progesterone karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat(Sondakh, 2013 hal 3).

3. Teori Keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Sondakh, 2013 hal 3).

4. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan. Pada janin anancepalus (keadaan abnormal pada otak dan batang otak), kehamilan sering lebih lama dari biasanya (Eniyati, 2012 hal 11).

2.2.4 Tanda persalinan

Tanda terjadinya persalinan merupakan ciri-ciri seorang ibu hamil yang memasuki persalinan, tanda tersebut meliputi :

1. His persalinan

Sifat His persalinan adalah:

- a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatan bertambah makin besar
- c. Makin beraktivitas (jalan) kekuatan akan makin bertambah

2. *Bloody show* (pengeluaran Lendir disertai darah)

Dengan pembukaan, lendir dari saluran leher rahim keluar diikuti dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah bagian bawah rahim hingga beberapa pusat kegiatan darah terputus.

3. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban diharapkan pada proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

4. Hasil yang didapatkan pada pemeriksana dalam

- a. Perlunakan serviks
- b. Pendataran serviks'
- c. Pembukaan serviks(Sondakh, 2013 hal 3).

2.2.5 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (*passanger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi ibu (*positioning*) dan respon psikologi (*psycologys response*) dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Penumpang (*passanger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal yang perlu diperhatikan mengenai janin ialah ukuran kepala janin, presentasi, letak,

sikap dan posisi janin. sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya

2. Jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir dibagi menjadi dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada jalan lahir keras ialah ukuran dan bentuk tulang panggul sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina

3. Kekuatan (*power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu:

- a. Kekuatan primer
- b. Kekuatan sekunder

4. Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi.

5. Respon psikologi (*Psychology Response*)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a. Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan
- b. Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) sepersalinan lama
(*Prolong*)

- c. Saudara kandung bayi sepersalinan lama (*Prolong*)(Sondakh, 2013 hal 4-5).

2.2.6 Kala dalam persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan)

Dalam persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala (*stages*) sebagai berikut:

1. Kala I dimulai pada saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu :
 - a. Fase laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
 - b. Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan menjadi sering, dibagi dalam 3 fase :
 - 1) *Fase akselerasi* : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi pembukaan 4 cm.
 - 2) *Fase dilatasi maksimal* : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi pembukaan 9 cm.
 - 3) *Fase deselerasi* : pembukaan menjadi sangat lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses di atas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida saat, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Gejala utama kala II adalah seperti berikut :

- a. His semakin kuat, dengan selang waktu 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan adanya pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan dampak dari tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d. Kedua kekuatan His dan mengejan menjadi lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
 - 1) Kepala membuka pintu.
 - 2) Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitupenyesuaian kepala ke punggung.
- f. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan tehnik :
 - 1) Kepala dipegang pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk bisa melahirkan sisa badan bayi.

3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

g. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.

3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III diawali setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan menjaga tanda-tanda di bawah ini

- a. Rahim menjadi bundar.
- b. Rahim di dorong ke atas karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat bertambah panjang
- d. Terjadi semburan darah tiba-tiba

(Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial)

Pengeluaran selaput ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun terkadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

- 1.) Menarik pelan-pelan
- 2.) Memutarnya atau memilinya seperti tali
- 3.) Memutar pada klem
- 4.) Manual atau digital

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian

plasenta yang di periksa yaitu bagian maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap dan ada sisa plasenta bisa menyebabkan pendarahan dan infeksi.

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu :

a) Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain :

(1) *Schultze*

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan yang paling sering terjadi sekitar 80%. Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah lalu terjadi *hematomaretroplasenta* (perdarahan terperangkap dalam cavum rahim) yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini pendarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(2) *Duncan*

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir sekitar 20% . Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya pun bersamaan dari tengah dan pinggir plasenta.

b) Fase pengeluaran plasenta

Dasar-dasar untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah:

(1) *Kustner*

Dengan meletakkan tangan dan di sertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegakkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

(2) *Klein*

Sewaktu ada His, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas. Jika diam atau turun berarti lepas (cara ini sudah tidak digunakan lagi)

(3) *Strassman*

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah plasenta sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.

4. Kala IV (Kala pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam *postpartum*. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan *observasi* karena pendarahan *postpartum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama pendarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah pendarahan yang di katakan normal adalah 250cc, biasanya 100-300cc. Jika pendarahan lebih dari 500cc, maka sudah di anggap upnormal, dengan demikian harus di cari penyebabnya.

Penting untuk di ingat: jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam setelah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting berikut:

- a. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu melakukan masase dan berikan *uterotanika*, seperti *methergin* atau *ermetrin* dan *oksitosin*
- b. Pendarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa
- c. Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu di anjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter
- d. Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada pendarahan atau tidak
- e. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap
- f. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernafasan, dan masalah lain
- g. Bayi dalam keadaan baik(Sondakh, 2013 hal. 5).

2.3 Konsep Persalinan Lama (*Prolong*)

2.3.1 Definisi Persalinan Lama (*Prolong*)

Persalinan lama didefinisikan sebagai persalinan yang abnormal atau sulit.

Sebabnya bisa dibagi dalam tiga golongan berikut ini:

1. Kelainan tenaga (kelainan His). His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan gangguan pada jalan lahir yang biasa terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan menjadi hambatan atau kemacetan.

2. Kelainan janin. Persalinan bisa mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan pada letak atau pada bentuk janin
3. Kelainan jalan lahir. Kelainan pada ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menahan kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan (Prawirahardjo, 2014 hal. 562).

2.3.2 Etiologi Persalinan Lama (*Prolong*)

1. Jenis kelainan His

a. Kontraksi Uterus Tidak Adekuat (Inersia Uteri)

Disini His memiliki sifat biasa dalam arti bahwa bagian atas rahim berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu ketimbang bagian lain, peranan bagian atas rahim tetap menonjol. Kelainannya terletak dalam hal kontraksi rahim lebih aman, singkat dan jarang daripada biasa. Keadaan umum penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak terlalu. Selama ketuban masih utuh, umumnya tidak berbahaya, baik bagi ibu maupun janin, kecuali persalinan berlangsung terlalu lama, dalam hal terakhir ini angka kematian ibu dan angka kesakitan janin baik. Keadaan ini dinamakan His lemah dari awal persalinan (inersia uteri primer) atau kontraksi Rahim lemah. Jika timbul setelah berlangsung His kuat untuk waktu yang lama, dan hal itu dinamakan inersia uteri sekunder (Prawirahardjo, 2014 hal.564).

b. His terlampau kuat

His terlalu kuat atau disebut juga *hypertonic uterine contraction*. Walaupun pada golongan *coordinate hypertonic uterine contraction*

(sifat His yang selalu berubah).bukan merupakan penyebab kesulitan persalinan normal. Namun, hal ini dikatakan juga dalam bagian bab kelainan His. His yang terlalu kuat dan terlalu tepat menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat(Prawirahardjo, 2014 hal. 564).

c. sifat His yang selalu berubah (*Incoordinate Uterine Action*)

Sifat His berubah. Tegangan otot rahim meningkat, juga diluar His, dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sesuai dengan kontraksi bagiannya. Tidak adanya pengaturan antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan His tidak tepat dalam mengadakan pembukaan.

Disamping itu tegangan otot uterus yang menaik menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu juga bisa menyebabkan kekurangan oksigen pada janin(Prawirahardjo, 2014 hal. 565).

2.3.3 Penilaian klinik

Pada prinsipnya persalinan lama dapat disebabkan oleh:

1. HIS tidak efisien (Adekuat)
2. Faktor janin (bagian terendah janin yang berada di bagian bawah rahimbukan belakang kepala,ubun-ubun kecil sebagaipenunjuk tidak berada di depan, Janin Besar).
3. Faktor jalan lahir (Panggul sempit, kelainan leher rahim, tumor) dan faktor ini sering saling berhubungan(Prawirahardjo, 2010 hal. 185).

2.3.4 Penanganan

1. *False labor* (Persalinan palsu/Belum In partu)

Bila His belum teratur dan leher rahim masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara memadai, bila tidak pasien boleh rawat jalan.

2. *Prolonged latent phase* (fase laten yang memanjang)

Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dengan cara melakukan pemeriksaan rahim

- a. Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan rahim serta tidak didapatkan tanda gawat janin, diteliti ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan in partu
- b. Bila didapatkan penipisan dan pembukaan rahim, lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500cc dekstrose (NaCL) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai His adekuat (maksimum 40 tetes per menit) atau diberikan. Lakukan penilaian ulang sampai 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin, lakukan SC
- c. Pada daerah yang prevalensi HIV tinggi, dianjurkan membiarkan ketuban preparat prostaglandin (digunakan untuk merningkatkan kotraksi uterus) tetap utuh selama pemberian oksitosin untuk

mengurangi kemungkinan terjadinya penularan HIV (Prawirahardjo, 2010 hal. 186).

3. *Prolonged active phase* (fase aktif yang memanjang)

Bila tidak didapatkan tanda adanya keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina (*Cepalo Pelvic Disproportion*) atau adanya partus macet :

- a. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan
- b. Bila ketuban belum pecah, pecahkan ketuban

4. Kontraksi uterus adekuat

Bila kontraksi uterus adekuat (3 dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik) pertimbangkan adanya kemungkinan CPD (keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina), partus macet, bagian terendah janin yang berada di bagian bawah rahim bukan belakang kepala (malpresentasi), ubun-ubun kecil sebagai penunjuk tidak berada di depan (malposisi)

5. adanya keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina (*Disproporsi sefalopelvik (CPD)*)

- a. Bila diagnosis CPD ditegakkan, lahirkan bayi dengan SC/operasi

Bila bayi mati lahirkan dengan memperkecil ukuran kepala janin dengan cara melubangi tengkorak janin dan mengeluarkan isinya sehingga kepala mengecil dan janin dapat dilahirkan pervaginam atau persalinan buatan dengan cara merusak atau memotong bagian janin tanpa melukai ibu, supaya janin dapat lahir secara pervaginam (bila tidak mungkin lakukan SC)

6. Obstruksi (partus macet)

Bila ditemukan tanda obstruksi

- a. Bayi hidup lahirkan dengan SC
- b. Bayi mati lahirkan dengan memperkecil ukuran kepala janin dengan cara melubangi tengkorak janin dan mengeluarkan isinya sehingga kepala mengecil dan janin dapat dilahirkan pervaginam atau persalinan buatan dengan cara merusak atau memotong pada bagian janin tanpa melukai ibu, supaya janin dapat lahir secara pervaginam

Bila didapatkan adanya malposisi atau malpresentasi bisa lihat BAB malposisi/malpresentasi.

7. bagian terendah janin yang berada di bagian bawah rahim bukan belakang kepala (malpresentasi), ubun-ubun kecil sebagai penunjuk tidak berada di depan (malposisi).

8. Kontraksi uterus tidak adekuat (Inersia Uteri)

Bila kontraksi uterus tidak adekuat dan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina

atau obstruksi bias disingkirkan. Penyebab paling banyak partus lama adalah kontraksi rahim yang tidak adekuat (Prawirohardjo, 2010 hal. 187).

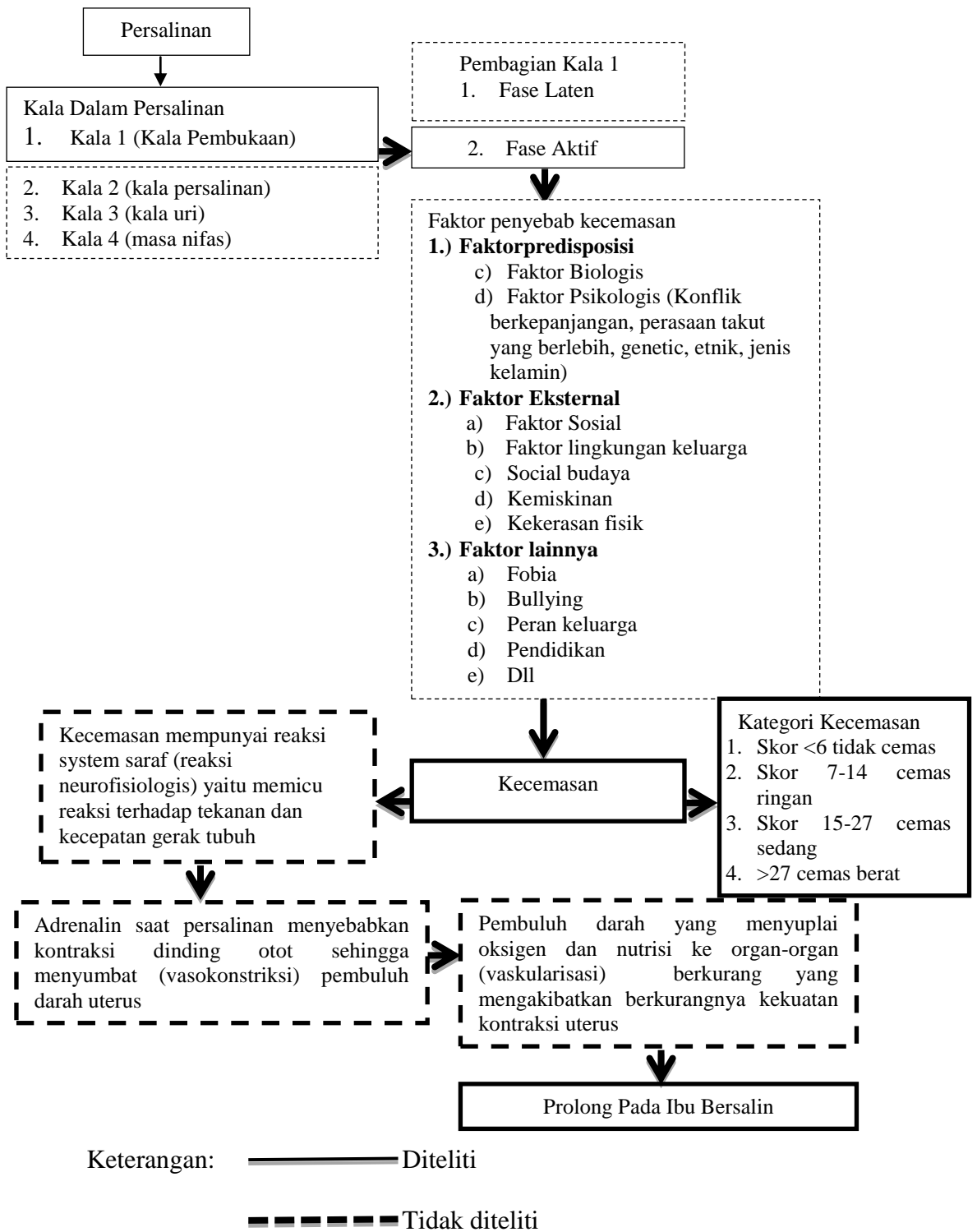
9. Kala II memanjang (*prolonged expulsive phase*)
 - a. Bila malpresentasi dan tanda partus macet bisa dihilangkan, berikan oksitosin drip
 - b. Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan vacuum atau forceps bila persyaratan dipenuhi.
 - c. Lahirkan dengan SC bila persyaratan vakum (tindakan obstetrik operatif untuk melahirkan kepala janin dengan menggunakan “mangkuk hampa udara” yang ditempelkan pada kulit kepala janin dari ibu yang sedang proses melahirkan masih memiliki tenaga meneran) dan forceps (suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan dengan suatu tarikan cunam yang dipasang pada kepalanya) tidak dipenuhi (Prawirahardjo, 2010 hal. 190).

2.3.5 Penanganan Umum Persalinan Lama (*Prolong*)

1. Nilai dengan segera keadaan umum pada ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat hidrasinya).
2. Kaji kembali partograf, tentukanlah apakah memang pasien berada dalam persalinan.
 - a. Nilai frekuensi dan lamanya ketika his

3. Perbaiki keadaan umum dengan :
 - a. Dukungan emosi, dan perubahan posisi (sesuai dengan penanganan persalinan normal).
 - b. Periksa keton dalam urin dan berikan cairan, baik maupun parenteral, dan upayakan buang air kecil (kateterisasi hanya kalau perlu).
4. Berikan penanganan analgesia : tramadol atau petidin 25 mg I.M. (maksimum 1 mg/kgBB) atau morfin 10 mg I.M, jika pasien merasakan nyeri yang sangat hebat. (Saifuddin, Bari dkk hal. M-47)

2.4 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual Penelitian

2.5 Hipotesis

H1 : Ada Hubungan Tingkat Kecemasan Ibu Dengan Terjadinya Persalinan Lama (*Prolong*)Kala 1 Fase Aktif Pada Ibu Primigravida di Rumah Sakit Aura Syifa Kabupaten Kediri Tahun 2019.

H0 : Tidak Ada Hubungan Tingkat Kecemasan Ibu Dengan Terjadinya Persalinan Lama (*Prolong*)Kala 1 Fase Aktif Pada Ibu Primigravida di Rumah Sakit Aura Syifa Kabupaten Kediri Tahun 2019.