

**ANXIETY LEVEL DIFFERENCE OF PREGNANT WOMEN IN
TEENAGER AND ADULTHOOD**

A Scientific Paper

Submitted in Partial Fulfillment of Requirement

For the Medical Faculty Scholar Degree



Arranged by :

Mecha Amalia Mediana

08711104

MEDICAL FACULTY
ISLAMIC INDONESIAN UNIVERSITY
YOGYAKARTA

2012

LEMBAR PENGESAHAN
PERBEDAAN TINGKAT KECEMASAN
PADA WANITA HAMIL USIA REMAJA DENGAN USIA DEWASA

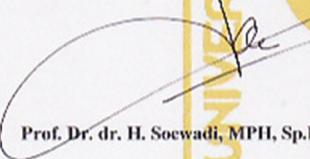
Oleh :
Mecha Amalia Mediana
08711104


Telah diseminarkan tanggal : 18 April 2012

Dan disetujui oleh :

Pembimbing

Penguji


Prof. Dr. dr. H. Soewadi, MPH, Sp.KJ (K)


dr. Diah Hydrawati Sari, Sp. OG

Disahkan

Dekan

dr. Isnatin Muliadiyah, M.Kes.

DAFTAR ISI

1. HALAMAN JUDUL	i
2. LEMBAR PENGESAHAN	ii
3. DAFTAR ISI	iii
4. PERNYATAAN	vi
5. KATA PENGANTAR	vii
6. HALAMAN PERSEMBAHAN	x
7. INTISARI	xii
8. ABSTACT	xiii
9. BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Keaslian Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	4
10. BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kecemasan	5
2.1.1 Pengertian Kecemasan	5
2.1.2 Tanda dan Gejala Kecemasan	5
2.1.3 Penyebab Kecemasan	7
2.1.4 Metode Pengukuran Tingkat Kecemasan	8
2.2 Kehamilan	11
2.2.1 Pengertian Kehamilan	11
2.2.2 Proses Permulaan Kehamilan	11
2.2.3 Tanda dan Gejalan Kehamilan	12
2.2.4 Perubahan Fisiologis Selama Kehamilan	13
2.3 Hubungan Kecemasan dan Kehamilan	14
2.3.1 Perubahan Psikologis Selama Kehamilan	16
2.3.2 Pengaruh Kecemasan terhadap Kehamilan	18

2.4 Usia	19
2.5 Hubungan Kehamilan dan Usia	22
2.6 Kerangka Konsep Penelitian	27
2.7 Hipotesis	27
11. BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian	28
3.2 Populasi dan Subjek Penelitian	28
3.3 Sampel.....	28
3.4 Variabel Penelitian	30
3.5 Definisi Operasional	30
3.6 Cara Pengumpulan Data	31
3.7 Instrumen Penelitian	31
3.8 Tahap Penelitian	32
3.9 Cara Kerja dan Teknik Pengambilan Data	32
3.10 Analisis Data	33
3.11 Etika Penelitian	34
4 BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	35
4.2 Pembahasan	40
5 BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan	43
5.2 Saran	43
6 DAFTAR PUSTAKA	44
7 LAMPIRAN	
Lampiran 1. Lembar Persetujuan	48
Lampiran 2. Identitas Responden	49
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian Kecemasan T-MAS	51
Lampiran 4. Data Subjek Penelitian	54
Lampiran 5. Frekuensi mahasiswa FK UII angkatan 2008 berdasarkan tingkat kecemasan	56

8 DAFTAR TABEL

Tabel 1. Frekuensi tingkat kecemasan wanita dalam menghadapi kehamilan	36
Tabel 2. Frekuensi tingkat kecemasan pada wanita hamil berdasarkan usia	36
Tabel 3. Distribusi tingkat kecemasan berdasarkan kelompok usia subyek wanita hamil	37
Tabel 4. Usia * Kecemasan Crosstabulation	38
Tabel 5. Chi-Square Tests	38
Tabel 6. Risk Estimate	39

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 23 April 2012

Mecha Amalia Mediana

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Puji syukur ke hadirat Allah SWT Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala limpahan rahmat, taufik, serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan laporan penelitian yang diberi judul “Perbedaan Tingkat Kecemasan Pada Wanita Hamil Usia Remaja Dengan Usia Dewasa” yang disusun guna melengkapi dan memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia. Shalawat serta salam juga penulis panjatkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabat, semoga kita selalu mendapatkan syafa'at dari beliau.

Dalam pelaksanaan penelitian hingga tersusunnya laporan penelitian ini, penulis tidak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan, tetapi berkat bimbingan dan bantuan dari banyak pihak, dan atas ridha Allah SWT penulis dapat menyelesaikan laporan penelitian ini. Dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Marsda TNI. H. Amarullah dan Hj. Erna Nurmalia selaku orang tua penulis yang selalu mengirimkan do'a serta dukungan baik moril maupun materiil.
2. dr. Isnatin Miladiyah, M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.
3. Prof. Dr. dr. H. Soewadi, MPH, Sp.KJ (K), selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan memberikan bimbingan, nasihat, saran dan arahan kepada penulis demi kelancaran penulisan karya ilmiah ini.
4. dr. Diah Hydrawati Sari. Sp. OG, selaku dosen penguji yang telah memberikan kritikan dan saran yang membangun kepada penulis

dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini, sehingga dapat menjadi lebih baik.

5. Seluruh staf pengajar pada Fakultas Kedokteran serta seluruh tenaga administrasi FK UII khususnya mbak Nita yang telah banyak membantu, mengasuh serta memberikan bekal ilmu, selama penulis kuliah di Universitas Islam Indonesia.
6. Mbak Winda serta seluruh staf RSKIA PKU Muhammadiyah yang telah memberikan izin, arahan, serta dukungan hingga penelitian dapat berjalan dengan lancar.
7. Kepala Puskesmas Pleret, Kepala Bidan Ibu Sunarni, serta bidan desa yang ikut berperan langsung membantu demi kelancaran penelitian.
8. Yangkung, mbak Dewi, mas Gandung, mbak Neng, mbak Ndari dan seluruh keluarga besar Ruslan Mashudi yang telah memberikan do'a, semangat, serta bantuannya dalam berjalannya penelitian ini.
9. Seluruh ibu hamil yang bersedia menjadi responden pada penelitian ini. Terima kasih atas bantuan yang diberikan selama penulis melakukan penelitian demi kelancaran penulisan karya tulis ini.
10. Teman-teman seperjuangan di kampus FK UII angkatan 2008. Kebersamaan kita selama ini akan selalu menjadi kenangan dan takkan pernah terlupakan. Semoga kita semua bisa menjadi dokter muslim yang sukses.
11. Adisty dan Oya yang sudah memberikan pencerahan mengenai besar sampel serta perhitungan hasil dan pembahasannya.
12. Serta pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang secara langsung maupun tidak langsung membantu menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, maka saran dan kritik yang konstruktif dari semua pihak sangat diharapkan demi penyempurnaan selanjutnya.

Akhirnya hanya kepada Allah SWT kita kembalikan semua urusan, dan semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, khususnya bagi penulis dan para pembaca pada umumnya, semoga Allah SWT meridhoi dan dicatat sebagai ibadah disisi-Nya, amin.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Yogyakarta, 23 April 2012

Penulis,

Mecha Amalia Mediana

HALAMAN PERSEMBAHAN

Ku persembahkan karya ini kepada :

Puji syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT atas segala rahmat, karunia dan anugerahNya serta junjungan Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan sebuah karya kecil ini.

Marsda TNI. H. Amarullah dan Hj. Erna Nurmalia. Mama dan papa adalah manusia terhebat sepanjang masa. Setiap keringat yang menetes, do'a yang terlantun, semangat yang terucap, serta bantuan yang tak pernah berhenti mengalir. Semua adalah tanda kasih sayang yang abadi. Terima kasih karena telah menjadi segalanya dalam hidup mecha. Tanpa mama dan papa, mecha bukanlah apa-apa dan tak ada artinya. I love both of you so much.

Lettu Psk. Fajrun Shodiq, Letda POM. Kokoh Rizqian Maulana. S.H., Yus Shinta Ikawati. Amd.Keb., dan Sertu Yunika Marlia Puspitaningrum. Kalian adalah Kakak-kakak terbaik yang pernah ada. Terima kasih untuk segala do'a dan semangatnya. Terima kasih karena kalian telah menjadi panutan, teladan, dan selalu memberikan motivasi serta inspirasinya.

I Love you all.

Letda POM. Suhadi. S.T.T.Han yang telah mengajarkan banyak hal tentang arti kehidupan yang belum pernah terpelajari. Terima kasih atas kesabaran mas untuk selalu ada disamping adek. Memberikan do'a, dukungan, semangat, canda dan tawa di setiap kelelahan adek. Terima kasih atas usaha mas untuk selalu menjadi yang terbaik di mata dan di hati adek. You are still the best.

Wafiatun. Sahabat seumur hidup, yang udah merawat, membimbing, dan menyayangi mecha sejak kecil. Terima kasih untuk selalu menjadi pendengar setia mecha. Do'a dan semangat selalu terucap dari bibir mbak atun. Terima kasih untuk selalu mengerti, setia menemani, menghibur, membantu, dan tidak pernah lelah memberikan nasihat untuk mecha. Terimakasih banyak untuk masakan mbak Atun yang selalu menjadi masakan ternikmat sepanjang masa.

Sastika Nurwinda dan Dheane Rembulan Pertiwi, kalian adalah sahabat-sahabat terbaik yang pernah ada. Setiap senyuman dan semangat yang terpancar dari wajah kalian adalah kekuatan yang besar untuk mecha. Bantuan kalian sangat berarti dalam hidup mecha. Terima kasih untuk kasih sayang yang tak pernah berhenti mengalir. Tanpa kalian, perjalanan mecha akan terasa sangat berat. Semoga kelak persahabatan kita abadi.

Herlinter Ratito Rakhara, Juwita Rahmawati D.N, Yana Adelina, Fahreza Wisnu, Wahyu Agung Sudrajat, Agung Wicaksana, Ayu Dwi Fitriana, Aulia Rahmani Mudrikah, Fitriani, Dyni Iswatinnisa. Terima kasih telah menjadi sahabat-sahabatku, yang senantiasa siap untuk membantu di setiap keadaan, tiada hentinya memberikan semangat, dan senantiasa memberikan bantuan.

Teman-teman seperjuangan di kampus FK UII angkatan 2008. Kebersamaan kita selama ini akan selalu menjadi kenangan dan takkan pernah terlupakan.

Semoga kita semua bisa menjadi dokter muslim yang sukses.

INTISARI

Latar belakang : Semua wanita hamil mempunyai pengalaman peristiwa kecemasan. Cemas terhadap perubahan fisik, kesukaran persalinan dan kesehatan janin yang dikandungnya. Kecemasan pada wanita hamil merupakan masalah yang tidak dapat diabaikan, karena jika dibiarkan akan dapat membahayakan jiwa si ibu dan berakibat buruk pada si janin. Wanita yang hamil sebelum usia 16 tahun atau setelah usia 35 tahun mempunyai angka kematian maternal dan angka kematian bayi yang lebih tinggi dibandingkan wanita yang berusia 20 sampai 29 tahun, yang mempunyai angka yang terendah. Pasien yang lebih muda dari 16 tahun mempunyai komplikasi yang paling banyak.

Tujuan Penelitian : Untuk mengidentifikasi adanya perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa.

Metode Penelitian : Metode penelitian ini adalah *cross sectional* dengan pendekatan secara deskriptif analitik. Cara pengumpulan data menggunakan metode kuesioner T-MAS, dan dianalisis dengan Chi-Square.

Hasil Penelitian : Dari keseluruhan sampel didapatkan 92 wanita hamil, namun yang dapat diikuti penelitian diperoleh sebanyak 71 data yang memenuhi kriteria inklusi. Total dari 71 subjek yang diteliti, didapatkan wanita hamil usia remaja sebanyak 25 orang dan usia dewasa sebanyak 46 orang. Setelah dilakukan perhitungan dengan uji statistik *chi square* diperoleh hasil $X^2 = 0,082$, $dk = 1$, $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa.

Kesimpulan : Tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa pada kelompok subjek yang diteliti.

Kata Kunci : Tingkat kecemasan, wanita hamil, usia remaja, usia dewasa.

ABSTRACT

Background. All pregnant women experienced her anxiety period. It is because physical change, birth difficulty, and her fetus' health. Pregnant women's anxiety should not be ignored because it can be harmful for the mother and the fetus. Pregnant women before age 16 years or above 35 years had higher infant mortality rate than those whom age 20-29 years. Patients under 16 years had the most complications.

Objective. This study aims to identify is there any significant difference of anxiety level between pregnant women in teenager and adulthood.

Methods. It was an analytical descriptive approached study using cross sectional methods. Data was documented by T-MAS questionnair method and analyzed by Chi-Square test.

Result. There were 71 subjects from 92 whom meet the inclusion criteria. 25 subjects were teenager and 46 remain were adulthood women. Chi-Square test showed $X^2 = 0,082$, $dk = 1$, $p > 0,05$ which means there is no significant difference of anxiety level between pregnant women in teenager and adulthood.

Conclusion. There was no significant difference of anxiety level between pregnant women in teenager and adulthood.

Keywords : anxiety level, pregnant women, teenager, adulthood

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Kehamilan adalah suatu masa dimana terjadi perubahan dramatis baik biologis, psikologis maupun adaptasi pada wanita (Jayalangkarya, 2005). Tetapi kehamilan juga bisa merupakan suatu kekhawatiran bagi mereka. Kekhawatiran yang dihadapi oleh wanita hamil selain mempengaruhi dirinya juga mempengaruhi pada janin yang dikandungnya (Moelok, 2002). Kehamilan yang pertama adalah sesuatu yang sangat penting bagi perempuan daripada kehamilan yang kedua atau ketiga dan seterusnya. Pada kehamilan pertama, biasanya perempuan banyak mengalami kekhawatiran, takut bercampur was-was, juga bahagia. Kecemasan ibu yang sedang hamil biasanya sekitar hamilnya, masa kelahiran dan capeknya (Adityawarman, 2007). Menurut Antoinette, *et al* (2007) kecemasan lebih sering terjadi pada depresi pada wanita hamil yang paling sering terjadi pada semester I dan III.

Semua wanita hamil mempunyai pengalaman peristiwa kecemasan. Cemas terhadap perubahan fisik, kesukaran persalinan dan kesehatan janin yang dikandungnya. Kadang-kadang kecemasan itu menjadi berlebihan dan merugikan sehingga timbul gangguan cemas seperti fobia, perilaku menghindar serta kecemasan yang berulang (Jayalangkarya, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Mardeyanti (2000) yang meneliti tentang perbedaan tingkat kecemasan primigravida dan multigravida menghadapi persalinan, diperoleh perbedaan yang bermakna dimana primigravida lebih cemas menghadapi persalinan dibandingkan multigravida.

Kecemasan lainnya adalah terhadap proses kelahiran. Proses melahirkan merupakan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa, karena dalam proses melahirkan ini nyawalah yang menjadi taruhannya. Dalam proses persalinan ini ibu harus berjuang untuk mempertahankan dua kehidupan sekaligus, yaitu : jiwa

ibu itu sendiri dan bayi yang dikandungnya. Oleh karena proses persalinan merupakan suatu keadaan yang dapat mengancam dan membahayakan jiwa, maka keadaan ini merupakan suatu stresor yang dapat menyebabkan terjadinya kecemasan.

Dalam masyarakat tradisional, percepatan awal usia reproduksi berarti juga percepatan usia perkawinan. Untuk mereka ada nilai sosio-ekonomi dalam perkawinan tersebut, terutama dalam makna mengikat hubungan antara dua keluarga dan kehadiran bantuan tenaga dalam keluarga. Selanjutnya percepatan usia perkawinan berarti juga percepatan usia hamil dan melahirkan. Meskipun di banyak negara ada undang-undang yang membatasi usia termuda untuk perkawinan (umumnya minimal berusia 16 tahun) pada banyak masyarakat tradisional perkawinan usia muda masih terus terjadi. (Mohamad, 1998)

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita usia antara 10 – 19 tahun (Manuaba, 1998). Kapan usia ideal wanita untuk hamil, menurut BKKBN adalah 20 – 30 tahun. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan fisik, mental, emosi, psikologis, dan kesiapan sosial ekonomi. Secara umum, seorang perempuan dikatakan siap secara fisik jika telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya (ketika tubuhnya telah berhenti tumbuh) yaitu sekitar usia 20 tahun.

Wanita yang hamil sebelum usia 16 tahun atau setelah usia 35 tahun mempunyai angka kematian maternal dan angka kematian bayi yang lebih tinggi dibandingkan wanita yang berusia 20 sampai 29 tahun, yang mempunyai angka yang terendah. Pasien yang lebih muda dari 16 tahun mempunyai komplikasi yang paling banyak. (Kaplan & Sadock, 1997)

Faktor ibu selama masa kehamilan secara bermakna mempengaruhi kesehatan mental anak. Selama berada dalam kandungan, kesehatan janin ditentukan oleh kondisi ibu. Faktor-faktor ibu yang turut mempengaruhi kesehatan mental anaknya diantaranya : usia, nutrisi, obat-obatan, radiasi, penyakit yang diderita, stress dan komplikasi. Ibu yang hamil terlalu muda atau terlalu tua beresiko kurang baik bagi perkembangan anak. Ibu yang hamil pada usia terlalu muda dapat berakibat keguguran atau prematuritas. Anak yang dilahirkan karena

prematur dihubungkan dengan kemampuan intelegensi yang rendah. (Notosoedirjo & Latipun, 2002)

Kecemasan pada wanita hamil merupakan masalah yang tidak dapat diabaikan, karena jika dibiarkan akan dapat membahayakan jiwa si ibu dan berakibat buruk pada si janin, yaitu dapat mengakibatkan keguguran, atau apabila kehamilan lanjut dapat mengakibatkan bayi lahir tidak cukup bulan, atau bayi lahir dengan berat badan yang rendah (meskipun kehamilannya cukup bulan). Tidak jarang pula mengakibatkan kecacatan jasmani dan kemunduran 'kepandaian' (IQ) serta mental-emosionalnya (Moelok, 2002)

Berawal dari pernyataan-pernyataan hal tersebut diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Wanita Hamil Usia Remaja dengan Usia Dewasa"

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengidentifikasi adanya perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa.

1.4 Keaslian Penelitian

Penelitian yang mengkaji tentang psikologi kehamilan telah banyak dilakukan, namun penelitian yang khusus membahas tentang perbedaan tingkat kecemasan pada wanita hamil dengan usia remaja dan usia dewasa belum ditemukan, penelitian terkait adalah penelitian yang dilakukan oleh Saleha (2003).

Penelitian dengan judul “Perbedaan tingkat kecemasan primigravida dan multigravida menghadapi perubahan fisiologis kehamilan di RSIA Siti Fatimah Makasar”, hasil penelitian mengemukakan bahwa terdapat tingkat perbedaan kecemasan antara primigravida dan multigravida dengan skor 27,3% pada primigravida dan 22,5% pada multigravida. Kesamaan dengan penelitian ini adalah subjek penelitiannya yaitu ibu hamil, perbedaan penelitian Saleha dengan penelitian ini terletak pada variabel bebasnya yaitu primigravida dan multigravida sedangkan pada penelitian ini adalah wanita hamil dengan cukup umur dan tidak cukup umur.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan tentang kecemasan pada wanita hamil usia remaja dan wanita hamil usia dewasa. Serta hasilnya dapat dijadikan informasi dan acuan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya.

2. Bagi Implementasi

Dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan menambah wawasan dan pengetahuan pada wanita hamil dan keluarga tentang kecemasan pada wanita hamil. Serta dapat mengantisipasi terjadinya kecemasan pada ibu hamil dengan usia remaja dan usia dewasa. Sehingga dengan adanya informasi dari tenaga kesehatan/bidan, kecemasan bisa diatasi sendiri oleh wanita hamil dan keluarganya sehingga kehamilan berlangsung normal tanpa komplikasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecemasan

2.1.1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan bisa menjadi sumber pokok ketidakbahagiaan. Sebagaimana perasaan-perasaan lain, kecemasan dapat merugikan atau menguntungkan kita, bergantung pada bagaimana cara kita menyikapinya. Kita cemas karena membayangkan bencana yang akan datang atau karena telah tertimpa bencana. Kecemasan bertingkat-tingkat, dari perasaan tak tenang yang samar, prihatin, sampai kepanikan yang melumpuhkan. (Khavari, 2000)

Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subyektif, dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan tidak diketahui penyebabnya secara khusus. Cemas merupakan istilah yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah tak menentem takut tidak tenang dan kadang-kadang disertai berbagai keluhan fisik. Cemas juga merupakan emosi tanpa objek yang spesifik, disebabkan oleh pengalaman baru yang tidak diketahui dan sudah terjadi, seperti masuk sekolah pertama kali, memulai pekerjaan baru, hamil atau melahirkan. (Stuart & Sunden, 1998)

2.1.2. Tanda dan Gejala Kecemasan

Sensasi Kecemasan sering dialami oleh hampir semua manusia. Perasaan tersebut ditandai oleh rasa ketakutan yang difus, tidak menyenangkan, dan samar-samar, seringkali disertai oleh gejala otonomik, seperti nyeri kepala, berkeringat, palpitasi, kekakuan pada dada, dan gangguan lambung ringan. Seseorang yang cemas mungkin juga gelisah, seperti dinyatakan oleh ketidakmampuan untuk duduk dan berdiri lama.

Kumpulan gejala tertentu yang ditemukan selama kecemasan cenderung bervariasi dari orang ke orang. (Kaplan & Sadock, 1997)

Pengalaman kecemasan memiliki dua komponen : (1) kesadaran adanya sensasi fisiologis (seperti berdebar-debar dan berkeringat) dan (2) kesadaran sedang gugup atau ketakutan. (Kaplan & Sadock, 1997)

Menurut Stuart & Sunden (1998), gejala dan gambaran klinis cemas adalah :

1. Secara fisiologis

- **Kardiovaskuler**
Palpitasi, jantung berdebar, tensi meningkat, denyut nadi meningkat, tekanan darah menurun, shock.
- **Respirasi**
Nafas cepat dan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik, pembengkakan pada tenggorokan, terengah-engah.
- **Neuromuskular**
Refleks meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, kaku, gelisah, wajah tegang, gerakan melambat.
- **Gastrointestinal**
Anoreksia, rasa tersumbat di kerongkongan, rasa tidak nyaman pada perut, rasa terbakar pada jantung, nausea, diare.
- **Saluran kemih**
Sering buang air kecil, tidak bisa menahan kencing.
- **Sistem kulit**
Perasaan panas atau dingin, muka pucat atau berkeringat seluruh tubuh, rasa terbakar, wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan).

2. Secara psikologis

- **Perilaku**
Gelisah, tremor, gugup, bicara cepat, tidak ada koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghindar, melarikan diri dari masalah.

- Kognitif
Gangguan perhatian, konsentrasi hilang, pelupa, salah tafsir, bloking, mudah bingung, lapangan persepsi menurun, kesadaran diri yang berlebihan, obyektifitas menurun, takut kecelakaan dan mati, dan lain-lain.
- Afektif
Tidak sabar, tegang, neurosis, tremor, gugup yang luar biasa, sangat gelisah, mudah terganggu, dan lain-lain.

2.1.3. Penyebab Kecemasan

Menurut Nevid dan Jeffrey (2005) Gangguan kecemasan merefleksikan saling keterkaitan antara berbagai macam penyebab, antara lain :

- 1) Faktor-faktor biologis : Predisposisi genetic, iregularitas dalam fungsi neurotransmitter, abnormalitas dalam jalur otak yang memberi sinyal bahaya atau yang menghambat tingkah laku repetitive.
- 2) Faktor-faktor sosial lingkungan : Pemaparan terhadap peristiwa yang mengancam atau traumatis, mengamati respon takut pada orang lain, kurangnya dukungan sosial.
- 3) Faktor-faktor behavioural : Pemasangan stimuli-stimuli aversif dan stimuli yang sebelumnya netral (classical conditioning), kelegaan dari kecemasan karena melakukan ritual kompulsif atau menghindari stimuli fobik (operant conditioning), kurangnya kesempatan untuk pemunahan (extinction) karena penghindaran terhadap objek atau situasi yang ditakuti.
- 4) Faktor-faktor kognitif dan emosional : konflik psikologis yang tidak terselesaikan (teori psikodinamika), faktor-faktor kognitif seperti prediksi berlebih tentang ketakutan, keyakinan-keyakinan yang self defeating atau irasional, sensitivitas yang berlebih terhadap ancaman, sensitivitas kecemasan, salah atribusi dari sinyal-sinyal tubuh, dan self-efficacy yang rendah.

2.1.4. Metode Pengukuran Tingkat Kecemasan

Metode pengukuran kecemasan yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan, antara lain :

1. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

HARS mulai dikembangkan pada tahun 1959 untuk menghitung besarnya simptomatologi kecemasan. Skala ini sering dipakai untuk evaluasi obat psikotropik. HARS terdiri dari 14 item, masing-masing menjelaskan jenis gejala. Masing-masing item memiliki nilai rata-rata 5 poin (Anxiety Help, cit widuri, 2005). Adapun rentang nilainya adalah :

<17	: cemas ringan
18-24	: cemas ringan sampai sedang
25-30	: cemas sedang sampai berat

2. Beck Anxiety Inventory (BAI)

Skala pengukuran kecemasan ini dipublikasikan pada tahun 1993 dan didesain untuk mengukur kecemasan di dalam populasi psikiatris. BAI dengan jelas dapat membedakan antara kecemasan dengan gangguan psikiatris lain seperti depresi. Skala ini mempunyai konsistensi intrrenal tinggi, reabilitas test-retest, baik digunakan secara bersamaan dan mempunyai validitas diskriminan. BAI terdiri dari 21 item pernyataan (Blue Buttler, cit widuri, 2005). Adapun rentang nilainya adalah :

0-21	: cemas ringan
22-35	: cemas sedang
>35	: cemas berat

3. Taylor Manifest Anxiety Scale (T-MAS)

T-MAS dikembangkan oleh Janet Taylor dari item-item MMPI. Skala ini cukup sederhana dan mudah dalam pengisiannya. T-MAS terdiri dari 50 item pernyataan Ya-Tidak yang berhubungan dengan kecemasan (Dakota, cit widuri2005). Adapun rentang nilainya adalah :

<20 : cemas ringan

20-40 : cemas sedang

> 40 : cemas berat

Atau

≤ 21 : cemas ringan

≥ 22 : kecemasan tinggi

Menurut Stuart & Sunden (1998) kecemasan dibagi menjadi 4 tingkatan, yaitu :

a) Kecemasan Ringan

Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkatan ini lahan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati serta waspada, individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan beraktivitas.

Cemas ringan dapat ditunjukkan dengan :

- Timbul perasaan berdebar-debar, banyak bicara dan bertanya, dapat mengenal tempat, orang dan waktu.
- Tekanan darah, nadi dan pernafasan normal.
- Pupil mata normal, kontriksi.
- Perasaan relative masih terasa aman dan tetap tenang.
- Penampilan masih tetap tenang dan suara tidak tinggi.

b) Kecemasan Sedang

Pada tahap ini persepsi lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan diri pada hal-hal penting saja saat itu dan mengesampingkan hal lain. Cemas sedang dapat ditunjukkan dengan :

- Mulut kering, anoreksia, sering miksi, badan bergetar, ekspresi wajah ketakutan, tidak mampu rileks, sukar tidur, meremas-remas tangan, posisi badan sering berubah, banyak bicara dengan volume keras.
- Tanda-tannda vital seperti tekanan darah, pernafasan dan nadi mulai meningkat.

c) Kecemasan Berat

Pada cemas berat lahan persepsinya sangat sempit. Individu lebih cenderung untuk memikirkan hal kecil saja dan mengabaikan hal lain. Tidak mampu berpikir yang berat atau luas lagi dan tidak mampu memecahkan masalah, serta membutuhkan banyak pengarahan serta tuntutan.

Cemas berat ditandai dengan :

- Nafas pendek, rasa tercekik, pusing, sakit kepala, rasa tertekan, rasa nyeri dada, mual dan muntah, agitasi, kondisi motorik berkurang, menyalahkan orang lain, cepat tersinggung, volume suara keras serta sukar dimengerti, perilaku diluar kesadaran.
- Tanda vital meningkat, diaphoresis atau berkeringat banyak, pupil dilatasi, diare, sering miksi, sensasi dan pendengarang menurun. Peningkatan buang air, tidak mau melihat lingkungan wajah tampak tegang.

2.2. Kehamilan

2.2.1. Definisi

Kehamilan yaitu sejak ovum dibuahi, terjadi serangkaian peristiwa yang baru, dan akhirnya berkembang sampai menjadi fetus yang aterm (Guyton dan Hall, 2007)

Menurut Saifuddin, *et al* (2006) kehamilan merupakan episode dramatis terhadap kondisi biologis, perubahan psikologis dan adaptasi dari seorang wanita yang pernah mengalaminya. Sebagian besar kaum wanita menganggap bahwa kehamilan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi sebagian lagi menganggap sebagai peristiwa yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya.

2.2.2. Proses Permulaan Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir.

Setiap bulan wanita melepaskan 1 atau 2 sel telur (ovum) dari indung telur (ovulasi), yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk kedalam saluran telur. Waktu persetubuhan, cairan semen tumpah kedalam vagina dan berjuta-juta sel mani (sperma) bergerak memasuki rongga rahim lalu masuk ke saluran telur. Pembuahan sel telur oleh sperma biasanya terjadi di bagian yang menggembung dari tuba fallopi. Di sekitar sel telur, banyak berkumpul sperma yang mengeluarkan ragi untuk mencairkan za-zat yang melindungi ovum. Kemudian pada tempat yang paling mudah dimasuki, masuklah satu sel mani dan kemudian bersatu dengan sel telur. Peristiwa ini disebut dengan pembuahan (konsepsi = fertilisasi). Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sambil bergerak (oleh rambut getar tuba) menuju ruang rahim, kemudian melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarang di ruang rahim, peristiwa ini disebut nidasi (implantasi). Dari pembuahan sampai nidasi diperlukan

waktu kira-kira 6-7 hari. Untuk menyuplai darah dan zat-zat makanan bagi mugidah dan janin, dipersiapkan uri (plasenta). Jadi dapat dikatakan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum (sel telur), spermatozoa (sel mani), pembuahan(konsepsi-fertilisasi), nidasi, dan plasentasi. (Mochtar, 1998)

2.2.3. Tanda dan Gejala Kehamilan.

Menurut Cunningham, *et al* (1995), gejala dan tanda kehamilan digolongkan menjadi tiga kelompok : Bukti presuntif, tanda kemungkinan, dan tanda positif.

- 1) Bukti Presuntif
 - a. Gejala-gejala kehamilan
 - Mual dengan atau tanpa muntah
 - Gangguan kencing
 - Letih
 - Perasaan gerakan janin.
 - b. Tanda-tanda kehamilan
 - Berhentinya menstruasi
 - Perubahan pada payudara
 - Perubahan warna pada mukosa vagina
 - Meningkatnya pigmentasi kulit dan gambaran stria abdominal.
 - c. Tanda Kemungkinan Hamil
 - Pembesaran abdomen
 - Perubahan bentuk, ukuran, dan konsistensi uterus
 - Perubahan anatomis serviks
 - Kontraksi Braxton Hicks
 - Balotemen
 - Gambaran fisik janin
 - Hasil uji endokrin.

d. Tanda Positif Hamil

- Kegiatan jantung janin yang terpisah dan dapat dibedakan dari denyut jantung ibu
- Persepsi gerakan aktif janin oleh pemeriksa
- Pengenalan embrio atau janin yang lebih matang secara radiografi pada paruh terakhir masa kehamilan.

2.2.4. Perubahan Fisiologis Selama Kehamilan

Perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan adalah :

1) Trimester pertama;

Berhenti menstruasi (walaupun mungkin ada bercak sedikit pada saat haid yang biasa atau pada saat telur yang dibuahi menanamkan diri di dalam rahim), letih dan mengantuk, sering buang air kecil, mual dengan atau tanpa muntah yang sering disebut dengan morning sickness yang dimulai pada umur 8 minggu dan mungkin berakhir sampai 12 minggu tapi sebagian wanita hamil hanya merasa sedikit mual sesekali karena tidak selalu sulit beradaptasi, mengeluarkan air liur secara berlebihan, perubahan pada payudara (rasa penuh, berat, nyeri tekan, menggelenyar, areola menghitam, kelenjar keringat pada areola menjadi menonjol seperti bintil-bintil), terlihatnya pembuluh darah tambahan akibat suplai darah ke perut dan kaki yang meningkat, pakaian mulai terasa sempit di sekitar pinggang dan dada, perut tampak membesar pada akhir bulan ketiga. Ibu biasanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5-2 kg selama trimester pertama.

2) Trimester kedua;

Pertambahan berat badan bertambah sekitar 0,5 kg/minggu sehingga didapat pertambahan berat badan selama trimester 2 antara 6-7 kg, frekuensi buang air kecil menurun, payudara terus membesar, tetapi nyeri tekan dan pembengkakan mereda, sedikit edema (pembengkakan) lutut dan kaki, nafsu makan besar,

kadangkala juga pada wajah dan tangan, varises kaki dan atau hemoroid, akhir bulan keempat gerakan janin mulai terasa dan semakin nyata pada bulan keenam, meningkatnya jumlah cairan berwarna putih dari vagina, pigmentasi kulit pada perut dan atau wajah. Uterus terus tumbuh, setelah 16 minggu uterus biasanya berada pada pertengahan antara simpisis pubis dan pusat, pada usia kehamilan 20 minggu, fundus berada dekat dengan pusat.

3) Trimester ketiga;

Aktifitas janin yang lebih kuat dan lebih sering, berat badan terus bertambah 0,5kg/minggu atau bahkan turun dan menetap pada trimester ketiga, pada awal bulan ketujuh nafas kian pendek karena rahim mendesak paru-paru dan pada bulan kesembilan nafas menjadi lebih mudah karena bayi berada dalam posisi lahir, usia kehamilan 28 minggu fundus berada pada pertengahan antara pusat dan xiphoid dan pada usia kehamilan 32-36 minggu fundus mencapai proses xiphoid, tidur semakin sulit, kolostrum keluar dengan sendirinya atau diperas, meningkatnya kontraksi, pegal pada perut, kontraksi braxton hicks semakin meningkat dan kerap, meningkatnya pembengkakan lutut dan kaki, kadang juga pada tangan dan wajah. (Eisenberg, 1993)

2.3. Hubungan Kecemasan dan Kehamilan

Kehamilan adalah suatu masa dimana terjadi perubahan dramatis baik biologis, psikologis maupun adaptasi pada wanita. Kehamilan dan nifas kadang-kadang dapat menimbulkan psikosis (Jayalangkara, 2005). Perubahan kondisi fisik dan emosional yang kompleks, memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi. Konflik antara keinginan prokreasi, kebanggaan yang ditumbuhkan dari norma-norma sosiokultural dan persoalan dalam kehamilan itu sendiri, dapat merupakan pencetus berbagai reaksi

psikologis, mulai dari reaksi emosional ringan hingga ketinggian gangguan jiwa berat (Saifuddin *et al*, 2006)

Wanita yang hamil mengalami perubahan biologis, fisiologis, dan psikologis yang nyata. Perilaku terhadap kehamilan mencerminkan keyakinan perasaan yang mendalam tentang reproduksi, waktu kehamilan, apakah kehamilan direncanakan atau diinginkan, kualitas hubungan wanita dengan suaminya, apakah wanita tersebut menikah, usianya, riwayatnya, rasa identitasnya, dan reaksinya menjadi calon ibu. Calon ayah juga menghadapi tantangan psikologis saat ia menghadapi saat menjadi ayah (Kaplan & Saddock, 1997).

Dalam lingkungan keluarga, kehamilan merupakan peristiwa yang sangat didambakan dan merupakan faktor utama yang akan menimbulkan perubahan pada keluarga secara keseluruhan, khususnya wanita yang mengandung. Kehamilan menjadi sumber yang perubahan psikomatik dan somatopsikologis keluarga, khususnya pada wanita yang bersangkutan. Kehamilan belum terjadi aman, karena memerlukan proses adaptasi. Proses adaptasi tersebut mungkin mengalami kegagalan atau mungkin juga berhasil hingga hamil aterm dan berlangsung proses persalinan dengan aman. Proses adaptasi dapat terganggu dalam bentuk gangguan psikosomatik dan somatopsikologis. Menurut Manuaba (2007), sumbernya adalah :

- 1) Ketidakharmonisan dan ketidakseimbangan psikologis dan somatik, khususnya pada wanita yang mengandung atau kematangan jiwanya.
- 2) Kurangnya dukungan psikologis dan sosial budaya dari keluarga yang paling dekat, khususnya dari suami.
- 3) Rasa khawatir akan kelangsungan kehamilannya :
 - Apakah akan dapat berlangsung baik?
 - Apakah tidak ada gangguan tumbuh kembang di dalam uterus yang dapat menimbulkan cacat bawaan?
 - Makin tua kehamilan, kekhawatiran berubah menjadi rasa takut akan sakitnya proses persalinan.
- 4) Faktor kehamilan yang diinginkan atau tidak diinginkan.

- 5) Pengalaman menghadapi riwayat hamil, persalinan terdahulu dapat memberikan dampak keuntungan atau kurang menyenangkan.
- 6) Faktor usia muda atau tua, dan jumlah anak.
- 7) Faktor umur kehamilan :
 - Hamil muda sering menimbulkan gangguan berupa emesis gravidarum (morning sickness)
 - Makin tua kehamilan, terjadi komunikasi antara janin dan ibu, berupa “quickening”, yang akan menimbulkan perubahan sikap pada wanita hamil dan keluarga.
- 8) Keadaan abnormal juga biasa terjadi seiring dengan makin tuanya kehamilan, seperti perdarahan, kematian janin dalam uterus, lahir mati atau perdarahan pada saat hamil trimester ketiga, atau rasa sakit.

2.3.1. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

a. Trimester pertama

Selama trimester pertama, tantangan psikososial utama keluarga adalah mengatasi perasaan ambivalensi (dua perasaan yang bertentangan). Calon ibu berupaya menanggulangi perasaan tidak nyaman dari perubahan yang terjadi dan calon ayah mulai menerima kenyataan bahwa istrinya hamil. Menurut Kulb (cit Maulidah, 2002) ambivalensi merefleksikan berbagai rasa takut antara lain karena wanita hamil mungkin tidak mengetahui bagaimana harus bertindak sebagai seorang ibu, merasa tidak dapat menerima tanggung jawab tambahan, kehamilan menimbulkan masalah finansial, perasaan takut kehilangan identitasnya sebagai individu. Selain itu, perubahan hormonal menyebabkan keadaan emosi yang kurang stabil yaitu lebih sensitif dan lebih rapuh. Perasaan ambivalensi ini adalah normal, walaupun demikian kedua pasangan suami istri perlu secara terbuka membicarakan perasaan mereka dan bersama-sama mengatasi perasaan takut mereka.

b. Trimester kedua

Pada trimester kedua, tugas adaptasi psikososial adalah perkembangan citra ibu, dan mengatasi citra tubuh dan perubahan seksualitas, perkembangan keterikatan perinatal, serta pengkajian mimpi dan perasaan takut (Varney, 1991)

1. Perkembangan citra ibu

Dengan makin tuanya kehamilan, calon ibu merasa lebih tergantung untuk mendapatkan kehangatan dan rasa aman. Ibu membayangkan kembali kasih sayang yang pernah diberikan ibunya ketika masih kecil. Biasanya wanita hamil pada masa ini akan lebih sering menghubungi ibunya, berusaha menjauhi perilaku ibunya, berusaha menjauhi perilaku yang berbeda dengan ibunya, serta berusaha menjauhi perilaku yang dirasakan tidak sesuai. Membuat keputusan yang berbeda dari ibunya dapat menimbulkan perasaan bersalah, oleh karena itu penting bagi calon ibu untuk membedakan antara membentuk citra sebagai ibu bagi dirinya sendiri.

2. Perubahan seksual dan citra diri

Wanita yang merasa bahwa perubahan yang terjadi pada tubuhnya merupakan suatu hal yang penting untuk memperoleh sesuatu yang didambakan, akan merasa positif dengan kehamilannya sehingga cara kedua pasangan memandang perubahan tubuhnya mempengaruhi gairah seksual dan citra diri. Calon ibu mulai menunjukkan perilaku keterikatan emosional seperti memegang lebut perutnya, berbicara dengan janin, memperhatikan makanan sesuai kebutuhan. Keterikatan dipengaruhi oleh kesehatan wanita, tahap perkembangannya dan budaya. Keterikatan emosional ini memerlukan harga diri positif, contoh peran positif dan penerimaan terhadap kehamilannya.

c. Trimester ketiga

Pada trimester ketiga, tugas psikososial meliputi adaptasi terhadap perubahan kegiatan, persiapan sebagai orang tua, dukungan suami, penerimaan perubahan seksualitas dan citra tubuh, persiapan menghadapi persalinan, penyusunan rencana melahirkan, penelaahan rasa takut.

2.3.2. Pengaruh Kecemasan terhadap Kehamilan

Kekhawatiran atau kecemasan pada ibu hamil membawa dampak dan pengaruh terhadap fisik dan psikis baik pada ibunya maupun pada janin yang dikandungnya, dengan ditandai adanya peningkatan beberapa hormon stress seperti ; kortikosteroid, vasopressin, dan adrenalin. Yang kesemuanya dapat mengakibatkan suatu kejadian yang disebut Vasokonstriksi atau spasme (menciutnya) pembuluh-pembuluh darah ibu, dengan ditandai dengan turunnya aliran darah dari rahim (uterus) ke plasenta (ari) yang disebut dengan sirkulasi utero-plasental, yang dapat berakibat turunnya aliran asam, atau oksigen (proses oksigenasi) dan aliran nutrisi, atau gizi dari aliran darah ibu ke aliran darah janin di plasenta (Moelok, 2002).

Apabila kejadian ini berat dan menetap, tidak jarang mengakibatkan keguguran, atau apabila kehamilan lanjut dapat mengakibatkan bayi lahir tidak cukup bulan atau bayi lahir dengan berat badan yang rendah (meskipun kehamilannya cukup bulan). Tidak jarang pula mengakibatkan kecacatan jasmani dan kemunduran ‘kepandaian’ (IQ) serta mental-emosionalnya (Moelok, 2002)

Sehingga penting untuk deteksi dini kecemasan pada ibu hamil agar proses kehamilan dan persalinan dapat berjalan dengan lancar sehingga ibu dan bayi sehat.

Tingkat kecemasan ibu hamil primigravida lebih besar daripada multigravida karena ibu hamil primigravida menghadapi kehamilan yang pertama kali menjadi pengalaman pertama bagi mereka dalam menyesuaikan banyak faktor, seperti perubahan fisiologis , biologis, psikis dan hormonal.

Serta tidak menutup kemungkinan bahwa tingkat kecemasan sangat dipengaruhi oleh emosi terhadap suatu perubahan karena emosi wanita hamil sangat labil (Saleha, 2003).

2.4. Usia

Menurut Hamid (2008), tumbuh-kembang pada manusia yang terjadi sepanjang kehidupan terdiri atas beberapa tahap yang berkesinambungan yang mencakup masa neonatus, bayi, toddler, prasekolah, sekolah, remaja, dewasamuda, tengah baya, dewasa tua atau lansia. Tahap tumbuh-kembang berikut ini akan ditinjau dari aspek tumbuh-kembang fisik dan perkembangan psikososial. Aspek perkembangan psikososial meliputi perkembangan emosional dan sosial, kognitif, serta moral.

Menurut Mohamad (1998), kalangan kedokteran biasanya mencoba membuat batasan tentang remaja dengan umur biologis. Kalangan ahli kependudukan misalnya mendefinisikan remaja sebagai manusia dalam kelompok usia antara 14-24 tahun. Tetapi ada pula yang menganggap usia 12 tahun sebagai awal usia remaja karena secara biologis pada usia tersebut perkembangan hormon seksual dan ciri seksual sekunder mulai tampil. Definisi yang hendak dipakai di sini adalah paduan antara perkembangan usia psikologis dengan perkembangan usia biologis. Secara psikologis, usia remaja adalah usia ketika seseorang mengalami masa peralihan antara usia anak-anak dan dewasa. Menurut Gallatin, Anna Freud menggambarkan usia remaja sebagai usia yang penuh badai dan tekanan, suatu tahapan ketika sifat-sifat manusia yang baik dan yang buruk tampil secara bersamaan. Anna Freud kemudian membagi usia remaja menjadi empat tahapan, walaupun tanpa memberikan batas usia biologis untuk tiap tahapan tersebut :

1. Masa Juvenil

Suatu tahap usia psikologis yang terletak di antara masa anak-anak dan masa pra-remaja. Dalam masa ini perkembangan intelektual anak berlangsung

sangat cepat. Secara berangsur kemampuan memantau pikirannya sendiri berkembang. Sekaligus juga masa ketika seorang anak mulai mempunyai perhatian terhadap lawan jenisnya.

2. Masa Pra-Remaja

Masa ini relatif sangat singkat. Jika masa Juvenil ditandai dengan perluasan hubungan sosial, masa pra-remaja ditandai dengan hubungan sosial yang bersifat (berarah makin) mendalam. Masa ini adalah masa ketika anak secara pasti beranjak keluar dari kungkungan keluarga dan belajar kenal dengan berbagai manusia di dunia luar, tetapi ia belum sepenuhnya terlepas dari orang tuanya.

3. Masa Remaja Awal

Dalam masa ini kebutuhan sosial seorang remaja adalah mengembangkan hubungan yang semakin mendalam. Keinginannya untuk mandiri semakin menguat. Dalam tahap ini remaja merasa mengetahui segalanya, tetapi sering mereka belum cukup matang untuk menyelesaikan masalah yang mereka hadapi. Pada masa ini remaja sudah dapat mengalami *orgasme*. Ia mulai merasakan perkembangan kebutuhan interpersonal, kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan birahi yang dicoba diintegrasikan dengan kebutuhan interpersonal lainnya: yaitu kebutuhan akan rasa aman.

Oleh karena itu pada masa ini terjadi perbenturan antara berbagai kebutuhan dan menjadikan tahap ini sebagai tahap penuh tekanan (*stressful stage*). Di satu sisi secara fisik dan psikologis ia siap untuk mulai melakukan “aktivitas genital” dengan lawan jenisnya, tetapi pada saat yang sama ia juga ingin mengelak dari desakan tersebut. Mereka merasa ada dorongan untuk melakukan hubungan seksual, tetapi pada saat yang sama ia juga tidak ingin menentang tata nilai sosial. Pada masa inilah kemudian remaja mulai melakukan masturbasi, tetapi kemudian juga takut bersalah dan takut akibat masturbasi terhadap fisiknya. Walaupun ini semua hanya desas-desus tanpa dasar.

4. Masa Remaja Akhir

Pada tahap ini remaja telah mencapai kemampuan untuk mengembangkan cita-citanya sesuai dengan pengalaman dan pendidikannya. Ia juga sudah mampu mengarahkan “dorongan nafsu genital”-nya menjadi hubungan interpersonal yang ia sesuaikan dengan budaya, kesempatan, dan persahabatan dengan seseorang yang ia anggap sesuai. Dapatlah dikatakan bahwa dalam tahap ini seorang remaja sudah berkembang menjadi “seorang manusia yang utuh” (*well rounded individual*).

Dalam bukunya, Mohamad (1998) juga menyatakan bahwa tidak semua pakar psikologi sependapat dengan pembagian menjadi empat tahap tersebut. *American Academy of Child and Adolescent Psychology* misalnya, membagi usia remaja menjadi tiga kelompok yaitu : remaja awal, remaja pertengahan, dan remaja akhir dengan ciri-ciri sebagai berikut :

a. Masa Remaja Awal (12 - 14 tahun)

- Perempuan lebih cepat matang dibanding laki-laki.
- Kegiatan lebih senang dengan jenis kelamin yang sama.
- Malu-malu, lugu, dan mudah tersipu.
- Mencoba menampilkan kelebihan diri.
- Mulai menyenangi kesendirian (*privacy*)
- Bereksperimen dengan dirinya sendiri (*masturbasi*)
- Cemas akan tubuhnya sendiri (apakah normal atau tidak)

b. Masa Remaja Pertengahan (14 – 17 tahun)

- Peduli terhadap daya tarik seksual.
- Sering berganti teman.
- Mulai tertarik pada lawan jenis.
- Kelemah-lembutan dan kecemasan ditunjukkan kepada lawan jenis.
- Mulai merasakan campuran antara cinta dan nafsu birahi.

c. Masa Remaja Akhir (17 – 19 tahun)

- Mulai berfikir untuk membina hubungan yang lebih serius.
- Identitas seksualnya semakin jelas.

- Mampu mengembangkan cinta yang disertai kasih sayang.

Ditambahkan pula oleh Manuaba (2001), Dunia yang menuju globalisasi dengan arus informasi cepat dan akurat, telah mengubah pandangan dan perilaku remaja serta gagasan menunda perkawinan dalam usia 20 tahun, menyebabkan remaja tidak mungkin melakukan obstinensia seksual. Remaja menurut WHO digolongkan menjadi : remaja muda (early adolescent) 11-16 tahun dan remaja lanjut (late adolescent) 17-19 tahun. Sedangkan dianggap dewasa setelah berumur diatas 20 tahun.

Jadi, wanita dikelompokkan dalam usia dini ketika berada dalam usia dibawah 20 tahun, sedangkan wanita dianggap matang atau cukup umur, baik secara biologis maupun psikologis ketika berada dalam usia 20 tahun atau lebih.

2.5 Hubungan Kehamilan dan Usia

Menurut Mohamad (1998), pubertas dapat diartikan sebagai tahap ketika seorang remaja memasuki masa kematangan seksual dan mulai berfungsinya organ-organ reproduksi. Perkembangan ini lebih ditandai dengan perkembangan ciri-ciri seks sekunder yang merupakan kelanjutan dari pertumbuhan ciri seks primer yaitu terbentuknya alat kelamin. Pada anak perempuan, ciri pertumbuhan seks sekunder ditandai dengan pertumbuhan payudara serta kedatangan haid yang pertama (*menarkhe*), yang dipengaruhi oleh hormon estrogen (hormon seks pada perempuan). Dengan demikian, munculnya tanda-tanda pubertas juga menjadi indikasi bahwa hormon-hormon seks anak tersebut mulai aktif berfungsi.

Semakin awal pemunculan pubertas, semakin cepat pula kesiapan fungsi reproduksinya, semakin cepat pula kesiapan fungsi reproduksinya. Ini berarti seorang laki-laki sudah mampu menghasilkann sperma dan seorang perempuan menghasilkan sel telur yang siap untuk dibuahi. Dalam masyarakat tradisional, percepatan awal usia reproduksi berarti juga percepatan usia perkawinan. Untuk mereka ada nilai sosio-ekonomi dalam perkawinan tersebut, terutama dalam makna mengikat hubungan antara dua keluarga dan kehadiran bantuan tenaga

dalam keluarga. Selanjutnya percepatan usia perkawinan berarti juga percepatan usia hamil dan melahirkan. Meskipun di banyak negara ada undang-undang yang membatasi usia termuda untuk perkawinan (umumnya minimal berusia 16 tahun) pada banyak masyarakat tradisional perkawinan usia muda masih terus terjadi (Mohamad, 1998).

Problem seksualitas remaja di masyarakat urban dan modern bermula dari kenyataan bahwa selain percepatan kematangan seksual, juga adanya pemaparan terhadap bahan bacaan atau tayangan visual yang menampilkan seksualitas manusia dalam berbagai bentuk, juga karena semakin seringnya mereka bertemu dengan lawan jenis, serta meningkatnya kesempatan bagi remaja untuk menikmati kehidupan pribadi (Mohamad, 1998).

Wanita yang hamil mengalami perubahan biologis, fisiologis, dan psikologis yang nyata. Perilaku terhadap kehamilan mencerminkan keyakinan perasaan yang mendalam tentang reproduksi, waktu kehamilan, apakah kehamilan direncana atau diinginkan, kualitas hubungan wanita dengan suaminya, apakah wanita tersebut menikah, usianya, riwayatnya, rasa identitasnya, dan reaksinya menjadi calon ibu. Calon ayah juga menghadapi tantangan psikologis saat ia menghadapi saat menjadi ayah (Kaplan & Saddock, 1997).

Kehamilan pada wanita dengan usia dini harus mendapatkan perhatian khusus. Paling tidak calon ibu harus lebih berhati-hati dibanding saat sebelum hamil, karena ada calon bayi di dalam rahimnya.

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita usia antara 10 – 19 tahun (Manuaba, 1998). Kapan usia ideal wanita untuk hamil, menurut BKKBN adalah 20 – 30 tahun. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan fisik, mental, emosi, psikologis, dan kesiapan sosial ekonomi. Secara umum, seorang perempuan dikatakan siap secara fisik jika telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya (ketika tubuhnya telah berhenti tumbuh) yaitu sekitar usia 20 tahun. Apa yang terjadi apabila hamil pada usia yang sangat muda (di bawah 20 tahun) :

- a. Ibu muda pada saat hamil kurang memperhatikan kehamilannya termasuk kontrol kehamilan. Ini berdampak pada meningkatnya resiko kehamilan.

- b. Ibu muda pada saat hamil sering mengalami ketidakteraturan tekanan darah yang berdampak pada keracunan kehamilan serta kekejangan yang berakibat pada kematian yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu.
- c. Penelitian juga memperlihatkan bahwa kehamilan usia muda sering berkaitan dengan munculnya kanker rahim. Ini erat kaitannya dengan belum sempurnanya perkembangan dinding rahim.
- d. Kehamilan pada remaja menimbulkan posisi remaja dalam situasi yang serba salah dan memberikan tekanan batin yang disebabkan : belum dapat diterima masyarakat, apalagi tanpa pernikahan resmi, sulit diterima keluarga, cenderung menyalahkan remaja karena dianggap kurang bermoral harus dihindari (Sarlito, 2002)

Dampak medis yang terjadi pada kehamilan remaja adalah persalinan premature, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan akibat kekurangan berbagai zat yang diperlukan saat pertumbuhan. Keadaan gizi yang buruk, tingkat sosial ekonomi yang rendah, dan stress juga dapat memudahkan terjadi infeksi saat hamil, terlebih pada kala nifas. Keadaan lain yang dapat terjadi adalah anemia kehamilan, keracunan kehamilan, dan kematian ibu yang tinggi akibat menggugurkan kehamilan (Manuaba, 1998).

Adapun menurut Nainggolan (2009), dampak dari kehamilan remaja adalah sebagai berikut:

- a. Pengguguran kandungan, faktor yang mendukung terjadinya pengguguran kandungan adalah:
 - Status ekonomi sebuah keluarga
 - Keadaan emosional
 - Pasangan yang tidak bertanggung jawab
- b. Resiko persalinan yang akan terjadi
- c. Perceraian pasangan muda
- d. Hubungan seks usia muda menyebabkan kanker

Faktor-faktor penyebab yang mempengaruhi terjadinya kehamilan pada remaja :

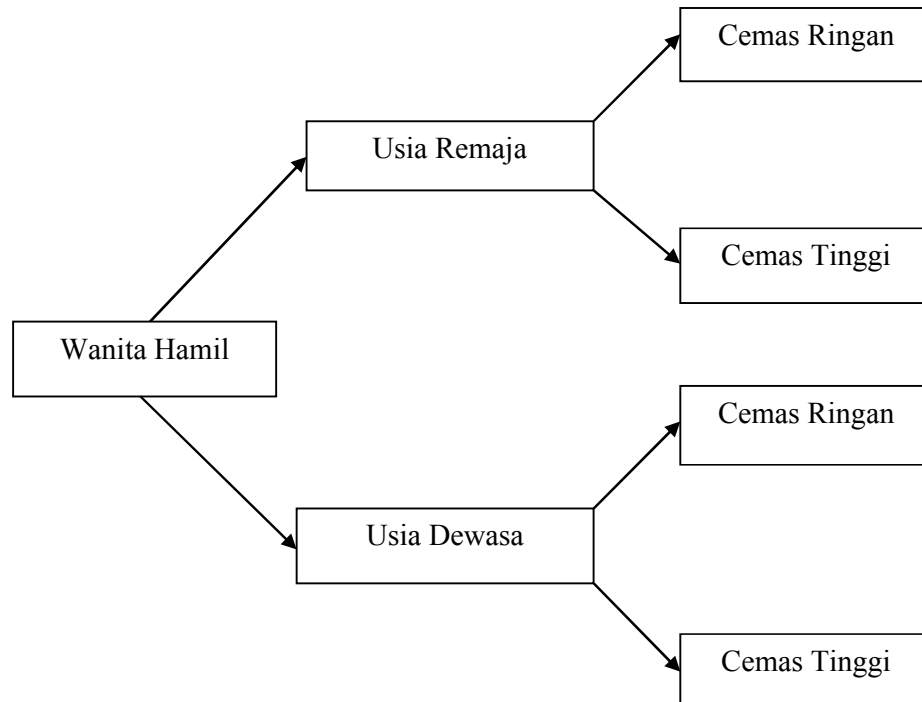
- 1) Meningkatkan libido seksualitas
Menurunnya usia kematangan seksual ini kiranya terjadi di seluruh dunia sehubungan dengan membaiknya gizi sejak masa kanak-kanak disaat pihak dan meningkatnya informasi melalui media masa atau hubungan antar orang dipihak lain.
- 2) Penundaan usia perkawinan
Makin meningkatnya taraf pendidikan masyarakat, dengan makin banyaknya anak-anak perempuan yang bersekolah, makin tertundanya kebutuhan untuk mengawinkan anak-anak. Hal ini didukung juga oleh undang-undang yang berlaku, yaitu undang-undang No 1/1974 tentang perkawinan. Pasal 7 ayat 1 undang-undang tersebut menyatakan bahwa : Perkawinan hanya diizinkan jika pria sudah mencapai umur 19 tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 tahun. Pasal 6 ayat 2 berbunyi untuk melangsungkan perkawinanm seseorang yang belum mencapai umur 21 tahun, harus mendapat izin kedua orang tua. Pemerintah melalui program KB berusaha meningkatkan batas usia perkawinan keumur 20 tahun untuk wanita, dengan pertimbangan bahwa kehamilan pada wanita berumur dibawah 20 tahun beresiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan, sehingga harus dihindari (Sarlito, 2002).
- 3) Tabu – Larangan
Ditinjau dari pandangan psikoanalisis tabunya pembicaraan mengenai seks dalam keluarga, karena pembicaraan tersebut dianggap sebagai dorongan naluri seksual yang bertentangan dengan dorongan “moral” yang ada dalam “super ego”, sehingga harus ditekan, tidak boleh dimunculkan pada orang lain dalam bentuk tingkah laku terbuka (Rogel & Zuechlke, 1982 cit Sarlito, 2002)
- 4) Kurangnya informasi tentang seks pada remaja
Tentang informasi : Remaja lebih banyak mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari teman sebayanya yang belum tentu benar dan tepat. Hal ini disebabkan adanya kesulitan dalam penyampaian informasi

oleh orang tuanya kepada remaja terutama oleh karena keterbatasan pengetahuan tentang kesehatan dan juga faktor budaya (Syaifudin, 1999). Penyebab lainnya adalah kurangnya materi informasi kesehatan reproduksi yang khusus bagi remaja, baik yang disampaikan secara formal melalui kurikulum di sekolah maupun melalui media lainnya (Bunga Rampai Pembelajaran dan Pelatihan PUG). Informasi diperoleh dari teman sebaya, masmedia, video, VCD porno yang sangat mudah diperoleh dengan harga yang sangat terjangkau.

5) Pergaulan yang makin bebas

Kebebasan pergaulan antar jenis kelamin pada remaja, mudah kita saksikan dalam kehidupan sehari-hari. Pondokan dan rumah kontrakan adalah komunitas tempat tinggal para remaja, yang umumnya belum menikah. Kelompok ini telah melepaskan diri dari pengawasan orang tua, tempat kost yang campur antara laki-laki dan perempuan, kurang kontrol dari pemilik kost, pengaruh dari teman sebaya, fasilitas dan tempat rekreasi yang tersedia dan terjangkau oleh kemampuan keuangan mahasiswa sehingga memacu terjadinya pergaulan bebas, perilaku seks pranikah, kumpul kebo dan sebagainya. Hal itu yang memacu juga timbulnya kehamilan remaja yang selanjutnya banyak mengarah kehamilan tak dikehendaki dan akhirnya ke arah aborsi.

2.6 Kerangka Konsep Penelitian



2.7 Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

Ada perbedaan tingkat kecemasan yang bermakna antara wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa.

Bab III

METODE PENELITIAN

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif analitik dengan rancangan pendekatan cross sectional. Dimana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel tergantung akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan.

3.2. Populasi dan Subjek Penelitian

Penelitian ini menggunakan populasi seluruh ibu hamil dengan usia usia remaja maupun usia dewasa.

a. Kriteria Inklusi

1. Wanita hamil trimester I, II, III
2. Wanita berumur kurang dari / sama dengan 19 tahun
3. Wanita berumur lebih dari / sama dengan 20 tahun
4. Wanita hamil dengan kondisi kesehatan menurut bidan atau tenaga medis yang bersangkutan normal, tidak ada komplikasi pada kehamilan, tidak pernah mengalami abortus sebelumnya

b. Kriteria Eksklusi

1. Tidak bersedia ikut dalam penelitian
2. Pengisian kuesioner T-MAS tidak lengkap

3.3. Sampel

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa. Dianggap bermakna jika selisihnya 20%, proporsi hubungan usia wanita hamil dengan kecemasan adalah 50%, bila ditetapkan kesalahan tipe I sebesar 5% maka tingkat kepercayaan $Z\alpha = 1,96$ (Dahlan, 2009).

Kesalahan tipe II ditetapkan sebesar 20%, maka $Z_\beta = 0,84$ (Sudigdo, 2009), maka besar sampel dapat diperkirakan dengan menggunakan rumus :

$$N = \frac{\frac{Z_\alpha^2 \cdot P_1 \cdot Q_1 + Z_\beta^2 \cdot P_2 \cdot Q_2}{(P_1 - P_2)^2}}$$

Keterangan:

$$Z_\alpha = 1,960$$

$$Z_\beta = 0,842$$

$$P_2 = 0,5$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 0,5$$

$$P_1 - P_2 = 0,2$$

$$P_1 = P_2 + (P_1 - P_2) = 0,5 + 0,2 = 0,7$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,7 = 0,3$$

$$P = (P_1 + P_2) / 2 = (0,7 + 0,5) / 2 = 0,6$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,6 = 0,4$$

$$\begin{aligned} N &= \frac{\frac{(1,960)^2 \cdot (0,7) \cdot (0,3) + (0,842)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,2)^2}}{0,6 \cdot 0,4} \\ &= \frac{\frac{(1,960)^2 \cdot (0,21) + (0,842)^2 \cdot (0,25)}{(0,2)^2}}{0,24} \\ &= \frac{\{(1,960 \times 0,69) + (0,842 \times 0,68)\}^2}{(0,2)^2} \\ &= \frac{(1,960 \times 0,69 + 0,842 \times 0,68)^2}{(0,2)^2} \\ &= \frac{(1,3524 + 0,57272)^2}{0,04} \\ &= \frac{(1,92512)^2}{0,04} \\ &= \frac{3,7069}{0,04} \\ &= 92 \end{aligned}$$

Keterangan :

- N = Besar sampel
 $Z\alpha$ = Deviat baku alfa
 $Z\beta$ = Deviat baku beta
 P = Proporsi total
 Q = $1 - P$
 P_1 = Proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan judgment peneliti
 P_2 = Proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya
 $P_1 - P_2$ = Selisih proporsional minimal yang bermakna.
 Q_1 = $1 - P_1$
 Q_2 = $1 - P_2$
 (Dahlan, 2009)

Dari rumus tersebut didapatkan perkiraan besar sampel sebanyak 92 orang.

3.4. Variabel Penelitian

- a. Variabel bebas (*independent variabel*) merupakan wanita hamil dengan usia remaja dan dewasa.
- b. Variabel terikat (*dependent variabel*) merupakan tingkat kecemasan pada wanita hamil.

3.5. Definisi Operasional

- a. Kecemasan dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan keprihatinan rasa gelisah, ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui. (Stuart & Sundeen, 1998). Pada penelitian ini akan digunakan kuesioner untuk menilai kecemasan responden dengan menggunakan *Taylor's Manifest Anxiety Scale (T-Mas)*. Tingkat kecemasan dibagi menjadi dua yaitu cemas ringan jika skor T-Mas ≤ 21 dan cemas tinggi jika skor T-Mas ≥ 22 . Skala pengukurannya adalah kategorikal.
- b. Wanita hamil merupakan wanita yang dalam kandungan atau rahimnya terdapat hasil konsepsi dan mempunyai tanda dan gejala kehamilan,

yang diagnosis kehamilannya ditegakkan oleh bidan atau dokter yang bersangkutan.

- Usia remaja, merupakan usia dibawah 20 tahun
- Usia dewasa, merupakan usia diatas sama dengan 20 tahun.

Skala pengukuran variabel untuk tingkat kecemasan menggunakan skala pengukuran nominal, begitu pula untuk ibu hamil dengan usia dini dan usia cukup umur menggunakan skala pengukuran nominal.

3.6. Cara Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, data yang dikumpulkan berupa data primer yaitu melalui pengisian kuisisioner T-MAS yang dilakukan oleh subyek yang dilakukan dalam waktu bersamaan. Kuisisioner berisi pertanyaan yang berhubungan dengan :

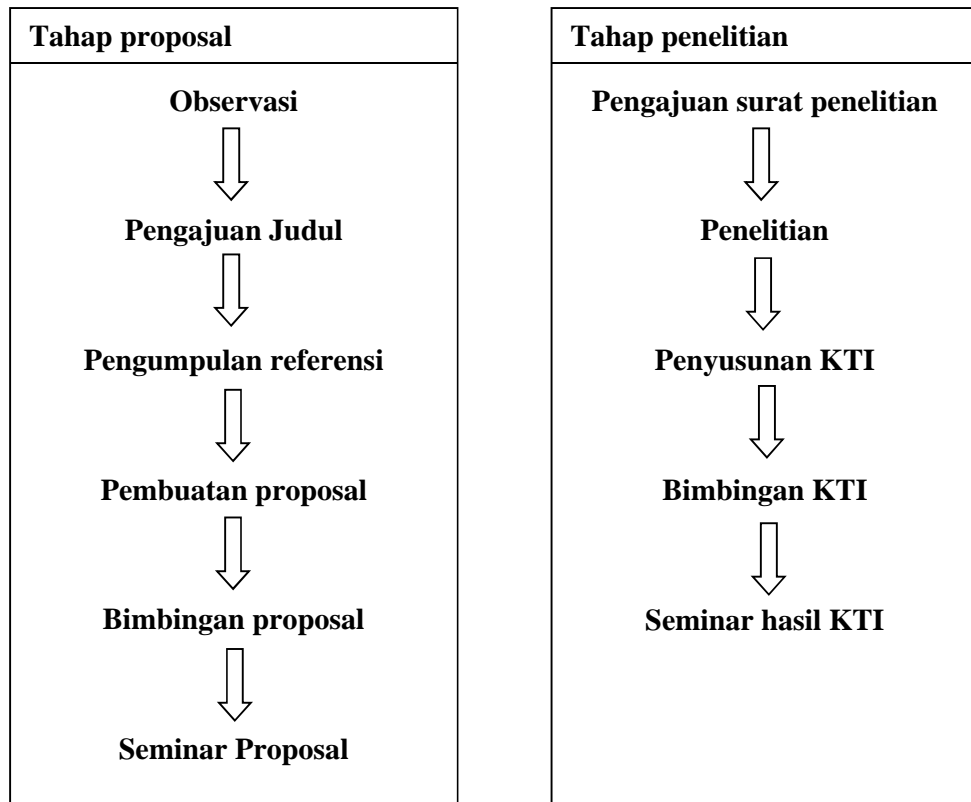
- a. Identitas responden.
- b. Kuisisioner untuk mengukur tingkat kecemasan.

3.7. Instrumen Penelitian

Tingkat Kecemasan

Kuisisioner yang dipakai untuk mengukur tingkat kecemasan dalam penelitian ini adalah *Taylor's Manifest Anxiety Scale (T-MAS)*. Alasan penggunaan T-MAS adalah karena relatif lebih cepat dan penilaian dilakukan sendiri oleh responden. Instrumen T-MAS terdiri dari 50 pertanyaan yang disajikan kepada subyek penelitian dimana subyek menjawab ya atau tidak. Kemudian jawaban dicocokkan dengan kuncinya. Setiap jawaban yang cocok diberi nilai 1 sehingga skornya antara 0 – 50. Jika skor yang didapat ≤ 21 berarti cemas ringan dan jika skor yang didapat ≥ 22 berarti tingkat kecemasan tinggi.

3.8. Tahap Penelitian



3.9. Cara Kerja dan Teknik pengambilan Data

- a. Responden mengisi biodata.
- b. Responden mengisi kuesioner T-MAS untuk mengetahui angka kecemasan. Pengukuran kecemasan adalah dengan menggunakan kuesioner T-MAS. Responden dinyatakan memiliki tingkat kecemasan tinggi bila jawaban “ya” lebih dari atau sama dengan 22, dan cemas ringan bila jawaban “ya” kurang dari atau sama dengan 21. Skala yang digunakan adalah skala nominal, skala yang paling sederhana disusun menurut kategorinya atau fungsi bilangan hanya sebagai simbol untuk membedakan sebuah karakteristik dengan karakteristik lainnya.
- c. Digunakan metode *consecutive sampling* untuk memperoleh jumlah sampel sebanyak 92 orang.

3.10. Analisa Data

a. Uji *Chi Square*

Uji *Chi Square* adalah suatu uji yang bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi antara dua atau lebih kelompok serta dapat juga digunakan untuk menguji hubungan antara dua buah variabel. Sesuai dengan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* (penelitian yang menghubungkan antara variabel bebas dengan variabel terikat). Semua data kuesioner T-MAS yang telah diisi oleh seluruh wanita hamil akan dikelompokkan menjadi wanita hamil remaja dan wanita hamil dengan usia dewasa, hasil pengamatan yang telah dilakukan akan disusun dalam tabel 2x2.

Dari data tersebut dilakukan perhitungan manual dengan rumus Chi-Square (X^2) untuk melihat adanya hubungan tingkat kecemasan dengan usia wanita hamil. Selain perhitungan manual, juga dilakukan uji statistik dari komputer menggunakan uji *Chi Square* (X^2) dengan perhitungan SPSS agar dapat memastikan ada tidaknya hubungan tingkat kecemasan dengan usia wanita hamil. Setelah dilakukan pengujian dengan uji *Chi Square* dapat dilakukan penghitungan *Confidence Interval*.

Tabel Rencana Penelitian *Cross Sectional*

Usia \ Kecemasan	Cemas tinggi	Cemas ringan	Total
Remaja	A	B	A + B
Dewasa	C	D	C + D
Total	A + C	B + D	A + B + C + D

3.11. Etika Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan mengambil data primer yang diperoleh melalui kuesioner yang diberikan kepada wanita hamil dengan usia remaja maupun dengan usia dewasa di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta, Puskesmas Pleret, dan sebagian dari data populasi. Peneliti menjamin hak-hak pasien dan selama penelitian data pasien dijamin kerahasiaannya. Penulis harus mengikuti semua prosedur termasuk mengurus perijinan agar pihak Rumah Sakit maupun responden yang bersangkutan memberikan izin kepada penulis untuk membantu jalannya penelitian ini.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Kuesioner yang dibagikan sebanyak 92 buah. Masing-masing 46 kuesioner untuk wanita hamil dengan usia remaja dan 46 lainnya untuk wanita hamil dengan usia dewasa. Pembagian kuesioner dilaksanakan pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Puskesmas Pleret, dan beberapa lainnya didapatkan dari data penduduk. Dari kuesioner yang terbagi, yang kembali sebanyak 80 kuesioner. Dengan demikian ada 80 kuesioner yang siap memasuki tahap penyelesaian. Dari 80 data yang masuk, diperoleh sebanyak 71 data yang memenuhi kriteria inklusi dan 9 data dieksklusikan karena tidak mengembalikan kuesioner atau dikembalikan tetapi pengisian tidak lengkap. Total dari 71 subjek yang diteliti, didapatkan usia remaja sebanyak 25 orang (35,21%) dan usia dewasa sebanyak 46 orang (64,78%).

Usia \ Kecemasan	Kecemasan		Total
	Cemas tinggi	Cemas ringan	
Remaja	9	16	25
Dewasa	15	31	46
Total	24	47	71

$$X^2 = 0,082$$

$$dk = 1$$

$$p > 0,05$$

Kemudian dengan menggunakan nilai batas T_{MAS} ≥ 22 , dari 71 wanita hamil yang diteliti, jumlah wanita hamil yang memiliki kecemasan tinggi pada penelitian ini sebanyak 24 orang (33,80%), sedangkan subjek yang diketahui cemas ringan sebanyak 47 orang (66,19%) yang dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Frekuensi tingkat kecemasan wanita dalam menghadapi kehamilan.

Kecemasan	Frekuensi	%
Cemas ringan	47	66,19
Cemas tinggi	24	33,80
Total	71	100

Pada penelitian ini didapatkan jumlah wanita hamil yang mengalami kecemasan tinggi sebanyak 33,80% (24 wanita hamil) dengan distribusi usia remaja sebanyak 9 orang (37,5%) dari seluruh wanita hamil yang mengalami kecemasan tinggi atau sebanyak 36% dari seluruh wanita hamil usia remaja (25 orang) yang diikutsertakan dalam penelitian ini dan distribusi wanita hamil usia dewasa sebanyak 15 orang (62,5%) dari seluruh wanita hamil yang mengalami kecemasan tinggi atau sebanyak 32,60% dari seluruh wanita hamil usia dewasa (46 orang). Sedangkan jumlah wanita hamil yang memiliki kecemasan ringan sebanyak 66,19% (47 wanita hamil) dengan distribusi usia remaja sebanyak 16 orang (34,04%) dari seluruh wanita hamil dengan kecemasan ringan atau sebanyak 64% dari seluruh wanita hamil usia remaja (25 orang) yang diikutsertakan dalam penelitian ini dan distribusi wanita hamil usia dewasa sebanyak 31 orang (65,95%) dari seluruh wanita hamil dengan kecemasan ringan atau sebanyak 67,39% dari seluruh wanita hamil usia dewasa (46 orang) yang diikutsertakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Frekuensi tingkat kecemasan pada wanita hamil berdasarkan usia.

	Cemas tinggi		Cemas ringan	
	F	%	f	%
Usia remaja	9	37,5	16	34,04
Usia dewasa	15	62,5	31	65,95
Total	24	100	47	100

Selanjutnya pada tabel 3 berikut ini menunjukkan distribusi wanita hamil usia remaja dan usia dewasa yang terskrining cemas tinggi dan cemas ringan berdasarkan tingkat kecemasan.

Tabel 3. Distribusi tingkat kecemasan berdasarkan kelompok usia subyek wanita hamil.

Usia	Kecemasan		Total
	Cemas tinggi	Cemas ringan	
Remaja	9	16	25
Dewasa	15	31	46
Total	24	47	71

$$X^2 = 0,082$$

$$dk = 1$$

$$p > 0,05$$

Setelah dilakukan perhitungan menggunakan uji statistik *chi square* (X^2) diperoleh $X^2=0,082$, $dk=1$, $p>0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat kecemasan antara wanita hamil usia remaja dan usia dewasa.

Selain dengan perhitungan manual dengan rumus Chi-Square, digunakan pula program olah statistik untuk melihat 95% Confidence Interval, guna menganalisis adanya perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa.

Tabel 4. Usia * Kecemasan Crosstabulation

			Kecemasan		Total
			Cemas Tinggi	Cemas Ringan	
Usia	Remaja	Count	9	16	25
		Expected Count	8.5	16.5	25.0
	Dewasa	Count	15	31	46
		Expected Count	15.5	30.5	46.0
Total		Count	24	47	71
		Expected Count	24.0	47.0	71.0

Setelah data dimasukkan tabel dan analisis dengan program olah statistik didapatkan expected count dari tiap sel tidak ada yang kurang dari 5.

Tabel 5. Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.083 ^a	1	.773		
Continuity Correction ^b	.001	1	.979		
Likelihood Ratio	.083	1	.773		
Fisher's Exact Test				.798	.486
Linear-by-Linear Association	.082	1	.775		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.45.

b. Computed only for a 2x2 table

Kemudian setelah di analisis menggunakan Chi-Square didapatkan nilai P > 0,05 yaitu 0,773.

Tabel 6. Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (Remaja / Dewasa)	1.163	.418	3.234
For cohort Kecemasan = Cemas Tinggi	1.104	.566	2.152
For cohort Kecemasan = Cemas Ringan	.950	.665	1.356
N of Valid Cases	71		

Hasil lainnya yang didapatkan dari analisis Chi-Square ini adalah nilai Confidence Interval 95% dengan rentang nilai 0,418 sampai 3,234.

4.2 Pembahasan

Jumlah responden pada penelitian ini di dapatkan 71 ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dimana terdapat ibu hamil dengan usia remaja sebanyak 25 orang (35,21%) dan ibu hamil dengan usia dewasa sebanyak 46 orang (64,78%). Jumlah wanita hamil yang diketahui mengalami kecemasan tinggi pada penelitian ini sebanyak 33,80% (24 wanita hamil) dengan distribusi wanita hamil usia remaja sebanyak 9 orang (12,67%) dan distribusi wanita hamil usia dewasa sebanyak 15 orang (21,12%) dari seluruh wanita hamil yang diikutsertakan dalam penelitian ini. Jumlah tersebut menggambarkan bahwa setiap wanita yang mengalami kehamilan berpengaruh terhadap timbulnya kecemasan sesuai dengan pernyataan Jayalangkarya (2005) yang menyatakan bahwa kehamilan adalah suatu masa dimana terjadi perubahan dramatis baik biologis, psikologis maupun adaptasi pada wanita. Kehamilan dan nifas kadang-kadang dapat menimbulkan psikosis. Perubahan kondisi fisik dan emosional yang kompleks, memerlukan adaptasi terhadap penyesuaian pola hidup dengan proses kehamilan yang terjadi. Hal ini juga didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Maramis (2009) yang menyebutkan bahwa apabila kecemasan berhasil diatasi maka kecemasan akan dapat dihadapi atau dikontrol, tetapi apabila kecemasan tetap ada atau karena kecemasan berat maka kecemasan tersebut akan berkembang menjadi kecemasan yang mengambang bebas atau gejala neurotik yang lain tergantung dari bentuk mekanisme pembelaan terjadi secara tidak disadari. Jadi setiap wanita yang mengalami masa kehamilan memiliki caranya sendiri dalam beradaptasi terhadap perubahan kompleks yang terjadi pada dirinya, baik fisik maupun emosional. Dan pernyataan itu juga dapat menjelaskan bahwa setiap individu, khususnya wanita memiliki tanggapan yang berbeda-beda dalam menghadapi kehamilan.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami kecemasan ringan. Jumlah tersebut didapatkan sebanyak 66,19% (47 wanita hamil) dengan distribusi wanita hamil usia remaja sebanyak 16 orang (22,53%) dan distribusi wanita hamil usia dewasa sebanyak 31 orang (43,66%) dari seluruh wanita hamil yang diikutsertakan dalam penelitian ini. Sesuai dengan pernyataan

Kaplan & Saddock (1997) yaitu setiap wanita yang hamil akan mengalami perubahan biologis, fisiologis, dan psikologis yang nyata. Perilaku terhadap kehamilan mencerminkan keyakinan perasaan yang mendalam tentang reproduksi, waktu kehamilan, apakah kehamilan direncana atau diinginkan, kualitas hubungan wanita dengan suaminya, apakah wanita tersebut menikah, usianya, riwayatnya, rasa identitasnya, dan reaksinya menjadi calon ibu. Wanita hamil dengan kecemasan ringan menunjukkan bahwa mereka memiliki cara efektif untuk mengatasi kecemasannya atau wanita tersebut dapat beradaptasi dengan baik terhadap kehamilannya.

Pada penelitian ini diketahui sebanyak 12,67% wanita hamil usia remaja dan 21,12% wanita hamil usia dewasa yang dinyatakan memiliki kecemasan tinggi, hasil tersebut menunjukkan bahwa perbedaan kecemasan antara usia remaja dan usia dewasa tidak bermakna secara statistik. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah wanita hamil usia dewasa lebih banyak dibandingkan dengan jumlah wanita hamil usia remaja yang menjadi subjek dalam penelitian ini. Hal ini sedikit bertentangan dengan pernyataan Manuaba (1998) yang menyatakan bahwa kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan fisik, mental, emosi, psikologis, dan kesiapan sosial ekonomi. Secara umum, seorang perempuan dikatakan siap secara fisik dan psikis jika telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya (ketika tubuhnya telah berhenti tumbuh) yaitu sekitar usia 20 tahun.

Setelah penelitian dilakukan, tidak didapatkan perbedaan tingkat kecemasan antara wanita hamil usia remaja dengan wanita hamil usia dewasa dengan $p > 0,05$. Karena setelah dilakukan perhitungan dengan uji statistik *chi square* diperoleh hasil $X^2 = 0,082$, $dk = 1$, $p > 0,05$. Dengan demikian H_0 diterima sedangkan H_a ditolak. Hal ini mungkin disebabkan karena proses adaptasi yang dialami oleh wanita hamil dalam penelitian ini dapat dijalani dengan baik. Wanita sudah merasa siap baik fisik maupun mental dengan kehamilannya, kehamilan pada wanita direncanakan atau diinginkan, kualitas hubungan wanita dengan suami baik, wanita sudah menikah, merasa bahwa usianya sudah mencukupi, dan memiliki reaksi yang baik untuk menjadi calon ibu.

Kemudian langkah selanjutnya dengan menggunakan program olah statistik, data akan dimasukkan tabel dan setelah dianalisis dengan program olah statistik didapatkan expected count dari tiap sel tidak ada yang kurang dari 5. Sehingga data dapat dianalisis menggunakan Chi-Square. Kemudian setelah di analisis menggunakan Chi-Square didapatkan nilai $P > 0,05$ yaitu 0,773 yang dapat diartikan bahwa pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat kecemasan pada wanita hamil usia remaja dengan usia dewasa.

Hasil lainnya yang didapatkan dari analisis Chi-Square ini adalah nilai Confidence Interval 95% dengan rentang nilai 0,418 sampai 3,234. Maka dari itu hasil penelitian ini dianggap tidak memiliki perbedaan bermakna.

Penelitian ini mempunyai beberapa keterbatasan yaitu sampel yang relatif kecil karena pada penelitian ini sulit menemukan wanita hamil dengan usia remaja atau usia ≤ 19 tahun pada kota-kota besar. Selain itu jawaban responden yang bersifat subyektif menyebabkan hasil penelitian ini hanya berlaku pada sampel dan perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan populasi dan sampel yang lebih besar dibandingkan pada penelitian ini. Selain itu masih banyak variabel lain yang menyebabkan timbulnya kecemasan yang semua itu dapat mempengaruhi hasil yang diperoleh.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Dari hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat kecemasan yang bermakna antara wanita usia remaja dengan wanita usia dewasa dalam menghadapi kehamilan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, dapat diajukan saran sebagai berikut :

1. Untuk wanita hamil baik dengan usia remaja maupun dewasa perlu diketahui faktor-faktor yang sekiranya mempengaruhi kecemasan dan perlu diberikan bimbingan agar kecemasan tersebut tidak mengganggu proses persalinan, serta tidak mempengaruhi kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya.
2. Perlu diadakan penelitian yang serupa dengan subyek dan situasi yang berbeda serta lebih luas dari penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Adityawarman, 2007. *Bobot Pengaruh Faktor-Faktor yang Menimbulkan Kecemasan pada Calon Ibu dalam Menghadapi Persalinan Pertama di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia; Yogyakarta.
- Antoinette, M., Siu, K.L., Stephanie, M., Catherine, S.Y.C., Hang, W., Daniel, Y.T.F., 2007. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2007 (abstrak); 110:1102-1112
<http://www.greenjournal.org/cgi/search?FIRSTINDEX=20&journalcode=acoginl&minscore=5000&qbe=acoginl%3B110%2F5%2F1102>
- Cunningham, F.G., 1995. *Obtetri Williams*. EGC; Jakarta.
- Eisenberg, A., 1993. *Kehamilan : Apa yang Anda Hadapi Bulan per Bulan (What to expect when you're expecting)*. Arcan; Jakarta.
- Guyton and Hall, 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. EGC; Jakarta.
- Hamid, A.Y.S., 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC; Jakarta.
- Jayalangkarya, A., 2005. *Gangguan Jiwa pada kehamilan*. Artikel Ilmiah. Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin Bagian Kedokteran Jiwa.
[http://med.unhas.ac.id/en/DataJurnal/tahun2005vol26/VOL.26No4ok/TP.5203-Gangguan%20Jiwa%20%20\(A.%20Jaya%20L\).pdf](http://med.unhas.ac.id/en/DataJurnal/tahun2005vol26/VOL.26No4ok/TP.5203-Gangguan%20Jiwa%20%20(A.%20Jaya%20L).pdf)

- Kaplan, H.I., Saddock, C.D., 1997, *Anxiety Disorders, Synopsis of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Khavari, K.A., 2000. *A Practical Guide to Personal Happiness*. Prihantoro, A. 2006 (Alih Bahasa), PT Serambi Ilmu Semesta; Jakarta.
- Manuaba, I.B.G., 1998, *Ilmu kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. EGC; Jakarta.
- Mochtar, R., 1998. *Sinopsis Obstetri*, Jilid I. EGC; Jakarta.
- Moelok, F., 2002. Kehamilan dan Kecemasan. <http://www.dwp.or.id>
- Mohamad, K., 1998. *Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Pustaka Sinar Harapan bekerjasama dengan PT Citra Putra Bangsa dan The Ford Foundation; Jakarta.
- Nevid, Jeffrey, S., 2005. *Psikologi Abnormal, Jilid 1*. EGC; Jakarta.
- Notosoedirjo, M., Latipun., 2002. *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan*. UMM Press; Malang.
- Saifuddin, A.B., 2006. *Buku Ajar Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Edisi I, Cetakan IV*. YBP-SP; Jakarta.
- Sarlito, W., 2002. *Psikologi Remaja*. Raja Grafiika Persada; Jakarta.
- Stuart and Sundeen, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 3*. EGC; Jakarta.

Widuri., 2005. *Hubunga Antara Persepsi Menyaksikan Tayangan Mistik dengan Tingkat Kecemasan Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada; Yogyakarta.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Bersedia mengisi kuesioner ini yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul **“PERBEDAAN TINGKAT KECEMASAN PADA WANITA HAMIL USIA REMAJA DENGAN USIA DEWASA”** sebagai pemenuhan syarat memperoleh derajat Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.

Yogyakarta,...../...../2012

Tanda Tangan Pasien

Lampiran 2. Identitas Responden

KUESIONER PENELITIAN

“PERBEDAAN TINGKAT KECEMASAN PADA WANITA HAMIL USIA REMAJA DENGAN USIA DEWASA”

PETUNJUK PENGISIAN :

1. Isi identitas responden terlebih dahulu, bila tidak menghendaki identitas diketahui, boleh memakai nama inisial.
2. Mohon semua pertanyaan dijawab dengan jujur sesuai apa adanya.
3. Terima kasih atas kerjasamanya.

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
 Laki-laki Perempuan
3. Alamat :
4. Usia : tahun
5. Status Pernikahan :
 Menikah Janda
 Cerai
6. Pendidikan :
 Tidak sekolah SD
 SMP SMA
 Perguruan Tinggi
7. Agama :
 Islam Kristen
 Katolik Hindu
 Budha Konghuchu

8. Pekerjaan

:

PNS

Petani

Pensiunan

TNI/POLRI

Buruh

Lain-lain.....

9. Berat Badan

:kg

10. Tinggi Badan

:cm

Lampiran 3. Kuesioner Penilaian Kecemasan

SKALA T-MAS

PETUNJUK : Berilah tanda (√) pada kolom jawaban (Ya), bila pernyataan dibawah ini sesuai dengan perasaan atau keadaan anda, dan berilah tanda (√) pada kolom jawaban (Tidak), bila pernyataan di bawah ini, tidak sesuai dengan apa yang anda rasakan atau keadaan anda.

Jawablah yang sejujurnya, dan reaksi anda yang pertama pada umumnya adalah yang terbaik.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Saya sering kali mengalami perasaan mual		
2.	<i>Saya jarang sakit kepala</i>		
3.	Dalam keadaan yang memalukan, saya tidak mudah tersipu-sipu seperti kebanyakan orang lain		
4.	<i>Saya jarang berdebar atau nafas tersengal</i>		
5.	Saya tidak pernah tersipu malu bila terjadi sesuatu pada diri saya		
6.	<i>Saya jengkel karena sering banyak keringat pada waktu malu</i>		
7.	Saya mudah sekali berkeringat meskipun hari tidak panas		
8.	<i>Saya yakin tidak lebih penggugup daripada kebanyakan orang lain</i>		
9.	Saya jarang sembelit (sakit perut karena sulit berak)		
10.	<i>Saya sering takut muka saya menjadi merah karena malu</i>		
11.	Saya kesukaran konsentrasi terhadap suatu permasalahan		

12.	<i>Biasanya saya tenang dan tidak mudah kecewa atau putus asa</i>		
13.	Saya khawatir kalau memikirkan masalah		
14.	<i>Saya tidak lebih penakut dari pada orang lain</i>		
15.	Saya merasa lebih sensitif (peka) dari pada umumnya orang lain		
16.	<i>Saya sering/mudah merasa segar/bugar</i>		
17.	Saya mudah menangis		
18.	<i>Kadang-kadang saya terlalu gembira sehingga sukar tidur</i>		
19.	Saya tidak dapat tenang (duduk atau ngobrol terlalu lama		
20.	<i>Saya merasa selalu gembira setiap waktu</i>		
21.	Saya sering mimpi buruk pada waktu tidur malam hari		
22.	<i>Biasanya, saya merasa yakin atau percaya diri</i>		
23.	Tidur saya tidak nyenyak dan sering terganggu		
24.	<i>Saya tidak cepat lelah</i>		
25.	Saya sering takut pada benda atau manusia tanpa sebab		
26.	Biasanya, saya pemalu		
27.	Saya merasa takut terhadap kesukaran-kesukaran yang saya hadapi		
28.	Saya jarang merasa penuh percaya diri		
29.	Saya sering mengkhawatirkan diri saya terhadap sesuatu hal		
30.	Saya merasa tidak sebahagia orang lain yang saya kenal		
31.	Saya sering kali mencemaskan sesuatu hal atau seseorang		
32.	Kadang-kadang saya merasa khawatir tanpa sebab yang jelas		
33.	Saya sering merasa bahwa diri saya tidak berguna		
34.	Saya merasa hidup ini merupakan beban berat setiap saat		
35.	Kadang-kadang saya merasa diri saya tanpa arti		
36.	Saya benar-benar diliputi keraguan dalam banyak hal		

37.	Kadang-kadang saya merasa diri saya kacau		
38.	Kadang-kadang saya merasa mempunyai kesulitan bertumpuk sehingga tidak dapat tenang		
39.	Saya sering mimpi yang memalukan		
40.	Saya sering tidak dapat tidur karena mengkhawatirkan sesuatu		
41.	Saya sering dalam keadaan tegang		
42.	Menunggu membuat saya gelisah		
43.	Saya sering merasa tegang pada waktu bekerja		
44.	Saya khawatir akan gagal atau tertimpa kesialan		
45.	Pada waktu bekerja, saya sulit memusatkan perhatian		
46.	Saya sering terganggu keluhan (sakit) perut		
47.	Saya sering merasa lapar berkepanjangan		
48.	Tangan dan kaki saya jarang terasa dingin		
49.	Saya diare (mencret) sekali atau lebih dalam satu bulan		
50.	Tangan saya sering gemetar bila berbuat sesuatu		

Lampiran 4. Data Subjek Penelitian

No.	Nama	Umur	Skor T-MAS	Hasil
1.	ES	14 tahun	28	Cemas tinggi
2.	NP	17 tahun	34	Cemas tinggi
3.	AS	17 tahun	15	Cemas ringan
4.	PL	17 tahun	15	Cemas ringan
5.	H	17 tahun	32	Cemas tinggi
6.	ANK	18 tahun	22	Cemas tinggi
7.	N	18 tahun	12	Cemas ringan
8.	Y	18 tahun	19	Cemas ringan
9.	MG	18 tahun	21	Cemas ringan
10.	NR	18 tahun	22	Cemas tinggi
11.	SR	18 tahun	20	Cemas ringan
12.	IA	19 tahun	23	Cemas tinggi
13.	NA	19 tahun	22	Cemas tinggi
14.	EN	19 tahun	23	Cemas tinggi
15.	SY	19 tahun	16	Cemas ringan
16.	TU	19 tahun	12	Cemas ringan
17.	FK	19 tahun	12	Cemas ringan
18.	DE	19 tahun	18	Cemas ringan
19.	SU	19 tahun	22	Cemas tinggi
20.	SM	19 tahun	18	Cemas ringan
21.	EJ	19 tahun	18	Cemas ringan
22.	AY	19 tahun	12	Cemas ringan
23.	DB	19 tahun	19	Cemas ringan
24.	IM	19 tahun	11	Cemas ringan
25.	HZ	19 tahun	16	Cemas ringan
26.	YR	23 tahun	31	Cemas tinggi
27.	KR	23 tahun	24	Cemas tinggi
28.	PU	24 tahun	18	Cemas ringan
29.	EA	24 tahun	9	Cemas ringan
30.	KU	24 tahun	26	Cemas tinggi
31.	RR	25 tahun	19	Cemas ringan
32.	ZU	25 tahun	14	Cemas ringan
33.	LM	25 tahun	23	Cemas tinggi
34.	AL	25 tahun	20	Cemas ringan
35.	RI	25 tahun	20	Cemas ringan
36.	WI	25 tahun	20	Cemas ringan
37.	KH	25 tahun	11	Cemas ringan
38.	AK	25 tahun	16	Cemas ringan
39.	AR	26 tahun	6	Cemas ringan
40.	NR	26 tahun	13	Cemas ringan
41.	NEF	26 tahun	29	Cemas tinggi

42.	RU	26 tahun	25	Cemas tinggi
43.	NIP	27 tahun	13	Cemas ringan
44.	TO	27 tahun	11	Cemas ringan
45.	CD	27 tahun	24	Cemas tinggi
46.	DWS	27 tahun	15	Cemas ringan
47.	AN	28 tahun	31	Cemas tinggi
48.	RW	28 tahun	24	Cemas tinggi
49.	KUS	28 tahun	20	Cemas ringan
50.	KH	28 tahun	26	Cemas tinggi
51.	DIY	28 tahun	10	Cemas ringan
52.	MA	29 tahun	24	Cemas tinggi
53.	SR	29 tahun	21	Cemas ringan
54.	SN	29 tahun	18	Cemas ringan
55.	RI	29 tahun	24	Cemas tinggi
56.	HAR	29 tahun	14	Cemas ringan
57.	NO	29 tahun	19	Cemas ringan
58.	EN	31 tahun	29	Cemas tinggi
59.	JT	31 tahun	12	Cemas ringan
60.	MAH	32 tahun	13	Cemas ringan
61.	UH	32 tahun	16	Cemas ringan
62.	MUK	32 tahun	15	Cemas ringan
63.	ES	33 tahun	21	Cemas ringan
64.	SR	33 tahun	21	Cemas ringan
65.	RET	33 tahun	19	Cemas ringan
66.	AL	34 tahun	15	Cemas ringan
67.	TA	35 tahun	13	Cemas ringan
68.	EZ	35 tahun	16	Cemas ringan
69.	YAS	35 tahun	17	Cemas ringan
70.	YAT	35 tahun	25	Cemas tinggi
71.	RI	35 tahun	27	Cemas tinggi

Lampiran 5. Distribusi tingkat kecemasan berdasarkan kelompok usia subyek wanita hamil.

Usia \ Kecemasan	Kecemasan		Total
	Cemas tinggi	Cemas ringan	
Remaja	9	16	25
Dewasa	15	31	46
Total	24	47	71

Analisa statistik dengan uji chi square :

$$\begin{aligned}
 X^2_{MH} &= \frac{\frac{(\quad)(\quad)}{(\quad)(\quad)(\quad)(\quad)}}{\times(\quad)} \\
 &= \frac{\frac{(\quad)(\quad)}{(\quad)(\quad)(\quad)(\quad)}}{\times(\quad)} \\
 &= \frac{\frac{\times}{\times \times}}{\times} \\
 &= \frac{\quad}{\quad} \\
 &= \{ \quad, \} \\
 &\quad ,
 \end{aligned}$$

$$= \frac{\{ , \}}{ , } = \frac{ , }{ , } = 0,082$$

$$X^2_{\text{Hitung}} = 0,082$$

$$X^2_{\text{Tabel}} = 3,84$$

$$X^2_{\text{Hitung}} \leq X^2_{\text{Tabel}} = \text{Ho diterima, Ha ditolak}$$

$$dk = (\text{Jumlah baris} - 1) (\text{Jumlah kolom} - 1)$$

$$= (2 - 1) (2 - 1)$$

$$= 1$$