

HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT

KECEMASAN DALAM KEHAMILAN

Studi Observasional Analitik di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang

Mei – Juli 2021

Skripsi

untuk memenuhi sebagian persyaratan

mencapai gelar sarjana kedokteran



Diajukan Oleh:

Aulia Firdiana

30101700030

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT KECEMASAN

DALAM KEHAMILAN

Studi Observasional di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang Mei – Juli 2021

Disusun oleh:

Aulia Firdiana

30101700030

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal 13 Agustus 2021

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I



dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ

Anggota Tim Penguji I



dr. Yulice Soraya Nur Intan, Sp. OG

Pembimbing II



dr. Andina Aulia Putri, M.Si

Anggota Tim Penguji II



Dr. dr. Setyo Trisnadi, Sp.KE., SH

Dekan Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung Semarang



Dr. dr. Setyo Trisnadi, Sp.KE., SH

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Aulia Firdiana

NIM : 30101700030

Dengan ini menyatakan bahwa karya ilmiah berjudul:

**HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT
KECEMASAN DALAM KEHAMILAN**

**Studi Observasional Analitik di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang
Mei – Juli 2021**

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian besar karya tulis orang tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Semarang, 11 Agustus 2021



Aulia Firdiana
Aulia Firdiana

PRAKATA

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala berkah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT KECEMASAN DALAM KEHAMILAN (Studi Observasional Analitik di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang Mei – Juli 2021)”. Karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari akan kekurangan dan keterbatasan, sehingga selama menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, penulis mendapat bantuan, bimbingan, dorongan, dan petunjuk dari beberapa pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.KF., S.H. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah membantu dalam pemberian izin data sekaligus dosen penguji II yang telah memberikan masukan, ilmu, arahan, nasihat dan saran serta kesabarannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini hingga akhir.
2. dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ, selaku dosen pembimbing I yang dengan kesabarannya memberikan bimbingan, nasihat, saran, dukungan yang sangat membangun kepada penulis. Serta kesediaannya meluangkan waktu, tenaga, pikiran, ilmu, sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

3. dr. Andina Putri Aulia, M.Si selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan masukan, nasihat, dan saran dengan sabar kepada penulis. Serta kesediaannya meluangkan waktu, tenaga, pikiran, ilmu, untuk membimbing penulis sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
4. dr. Yulice Soraya Nur Intan Sp.OG., selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan, ilmu, arahan, nasihat dan saran serta kesabarannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini hingga akhir.
5. Bagian Diklat dan Poli Kebidanan dan Ginekologi, Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.
6. Kedua orang tua saya, Bapak Mulyo Budiyono dan Ibu Sitti Uswatun Khasanah yang telah memberikan doa, dukungan, fasilitas, dan motivasi selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Saudara kandung saya Atika Meilandari dan Shofia Rochmawati yang telah memberikan doa, dukungan, dan motivasi selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Teman-teman semasa perkuliahan (Trijati Cendikia, Putri Jihan, Hening Ciptiany, Febriyani, Nadiva) dan Costae Vera FK UNISSULA 2017 yang telah membantu, menemani, saling menyemangati selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman-teman di luar (Mas Adi, Merulgia, Thata) yang telah menemani dan selalu memberi dukungan dan doa dalam penulisan skripsi ini.
10. Asisten Fisika Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung.
11. Seluruh pihak yang telah ikut membantu menyelesaikan skripsi ini.

Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan untuk menyempurnakan karya tulis ilmiah ini. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan para pembaca pada umumnya dan khususnya mahasiswa kedokteran.

Wassalamu 'alaikum wr.wb.

Semarang, 11 Agustus 2021

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	i
PRAKATA.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR SINGKATAN	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
INTISARI.....	xiii
BAB I	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Manfaat praktis	3
1.4.2 Manfaat Teoritis.....	5
BAB II	6
2.1. Kecemasan	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	6

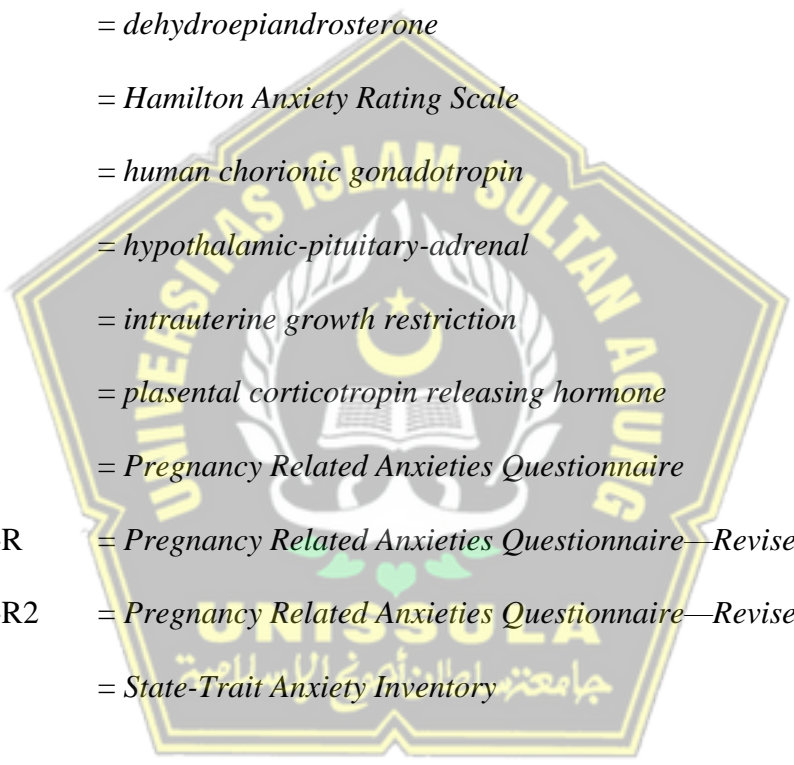
2.1.3	Tanda dan gejala kecemasan	11
2.1.4	Cara mengukur kecemasan	11
2.2.	Kehamilan	13
2.2.2.	Definisi	13
2.2.3.	Perubahan fisiologi kehamilan	14
2.2.4.	Perubahan psikologis kehamilan.....	17
2.3.	Status Paritas	19
2.3.2.	Definisi	19
2.3.3.	Klasifikasi	19
2.3.4.	Status paritas dalam kehamilan	20
2.4.	Kecemasan dalam Kehamilan	21
2.4.1.	Definisi	21
2.4.2.	Mekanisme coping dalam kehamilan	23
2.4.3.	Faktor yang menyebabkan kecemasan dalam kehamilan	25
2.4.4.	Dampak kecemasan dalam kehamilan	30
2.4.5.	Pengukur kecemasan dalam kehamilan	31
2.5.	Kerangka Teori	34
2.6.	Kerangka Konsep	34
2.7.	Hipotesis	34
BAB III	35
3.1.	Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	35
3.2.	Variabel dan Definisi Operasional	35

3.2.1.	Variabel bebas	35
3.2.2.	Variabel tergantung	35
3.2.3.	Definisi operasional.....	35
3.3.	Populasi dan Sampel	36
3.3.1.	Populasi penelitian	36
3.3.2.	Sampel penelitian.....	37
3.4.	Instrumen dan Bahan Penelitian	39
3.5.	Cara Penelitian.....	39
3.5.1.	Perencanaan.....	40
3.5.2.	Pelaksanaan penelitian	40
3.6.	Alur Penelitian.....	41
3.7.	Tempat dan Waktu	41
3.7.1.	Tempat penelitian.....	41
3.7.2.	Waktu penelitian	41
3.8.	Analisis Hasil	42
BAB IV	43
4.1.	Hasil Penelitian	43
4.1.1.	Karakteristik sampel penelitian	43
4.1.2.	Analisis hubungan status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan	44
4.2.	Pembahasan	45
BAB V	25
5.1.	Kesimpulan	52

5.2. Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	53
LAMPIRAN 1 Lembar Persetujuan Responden	63
LAMPIRAN 2 Data Responden dan Kuesioner PRAQ-R2.....	65
LAMPIRAN 3 Data Penelitian Derajat Kecemasan	68
LAMPIRAN 4 Analisis Bivariat Hubungan Status Paritas dengan Derajat Kecemasan dalam Kehamilan	70
LAMPIRAN 5 Ethical Clearance.....	71
LAMPIRAN 6 Surat Izin Penelitian	72
LAMPIRAN 7 Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	73
LAMPIRAN 8 Surat Undangan Seminar Hasil	74



DAFTAR SINGKATAN



5-HT	= <i>5-hydroxitriptamin</i>
BAI	= <i>Beck Anxiety Inventory</i>
BBLR	= berat badan lahir rendah
CRH	= <i>corticotropin releasing hormone</i>
DHEA	= <i>dehydroepiandrosterone</i>
HARS	= <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
hCG	= <i>human chorionic gonadotropin</i>
HPA	= <i>hypothalamic-pituitary-adrenal</i>
IUGR	= <i>intrauterine growth restriction</i>
p-CRH	= <i>plasental corticotropin releasing hormone</i>
PRAQ	= <i>Pregnancy Related Anxieties Questionnaire</i>
PRAQ-R	= <i>Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised</i>
PRAQ-R2	= <i>Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised 2</i>
STAI	= <i>State-Trait Anxiety Inventory</i>

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1. Hubungan karakteristik sampel dengan derajat kecemasan.....	43
---	----



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1. Kerangka Teori.....	34
Gambar 2. 2. Kerangka Konsep	34
Gambar 3. 1. Alur Penelitian.....	41



DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Lembar Persetujuan Responden	263
LAMPIRAN 2 Data Responden dan Kuesioner PRAQ-R2.....	265
LAMPIRAN 3 Data Penelitian Derajat Kecemasan	68
LAMPIRAN 4 Analisis Bivariat Hubungan Status Paritas dengan Derajat Kecemasan dalam Kehamilan	70
LAMPIRAN 5 Ethical Clearance.....	71
LAMPIRAN 6 Surat Izin Penelitian.....	72
LAMPIRAN 7 Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	73
LAMPIRAN 8 Surat Undangan Seminar Hasil	74



INTISARI

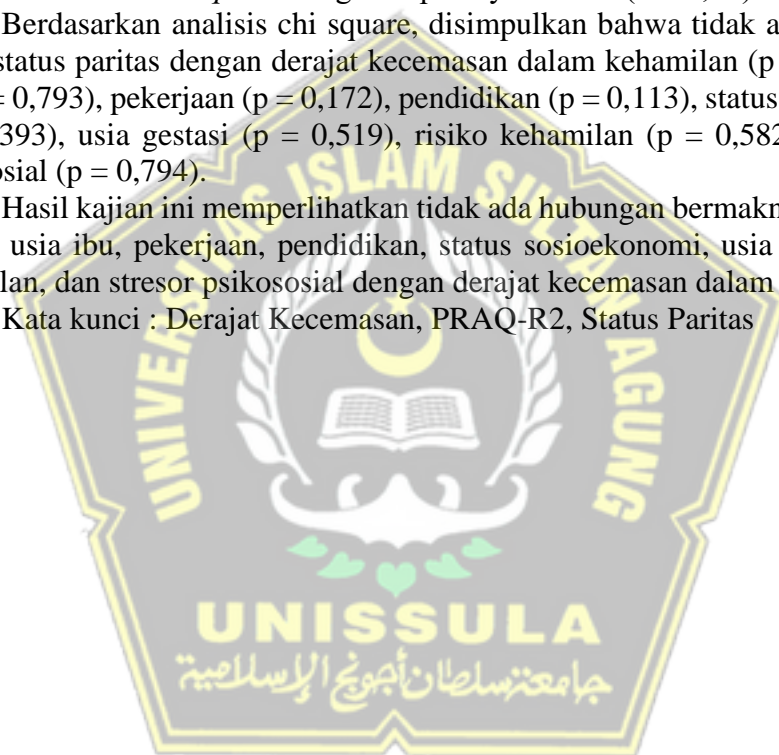
Kecemasan sering kali terjadi selama proses kehamilan, salah satu faktor penyebab terseringnya adalah status paritas ibu. Selain itu terdapat faktor lain yang memberi pengaruh kasus kecemasan dalam kehamilan. Kajian ini bertujuan guna mencari tahu hubungan antara status paritas dengan kejadian kecemasan dalam kehamilan di Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

Kajian analitis observasional dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan teknik pengambilan *non probability sampling* sejumlah 48 responden dan kuesioner *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire Revised 2* (PRAQ-R2). Pengujian hasil penelitian menggunakan distribusi frekuensi dan pengujian statistik *chi square* dengan kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

Berdasarkan analisis *chi square*, disimpulkan bahwa tidak ada keterkaitan antara status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan ($p = 0,078$), usia ibu ($p = 0,793$), pekerjaan ($p = 0,172$), pendidikan ($p = 0,113$), status sosioekonomi ($p = 0,393$), usia gestasi ($p = 0,519$), risiko kehamilan ($p = 0,582$), dan stresor psikososial ($p = 0,794$).

Hasil kajian ini memperlihatkan tidak ada hubungan bermakna antara status paritas, usia ibu, pekerjaan, pendidikan, status sosioekonomi, usia gestasi, risiko kehamilan, dan stresor psikososial dengan derajat kecemasan dalam kehamilan.

Kata kunci : Derajat Kecemasan, PRAQ-R2, Status Paritas



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kecemasan merupakan bentuk perasaan khawatir yang difus, dengan gejala penyerta otonom yang sering dan ketegangan motorik (Sadock *et al.*, 2015). *World Health Organization* (WHO) menemukan bahwa wanita dilaporkan cenderung lebih banyak mengalami gangguan kecemasan daripada laki-laki (WHO, 2017). Wanita memiliki risiko mengalami gangguan kecemasan pada berbagai fase kehidupan reproduksi, salah satunya selama masa kehamilan (Madhavanprabhakaran *et al.*, 2015). WHO membandingkan kecemasan antara wanita yang hamil dan tidak, dan menemukan hanya 5% wanita tidak hamil yang mengalami kecemasan, sedangkan pada wanita yang hamil terdapat 8-10% yang mengalami kecemasan. Angka ini meningkat menjadi 13% menjelang dari persalinannya (Silva *et al.*, 2017).

Sehubungan dengan itu, telah banyak dilakukan penelitian mengenai kecemasan dalam kehamilan di Indonesia. Penelitian yang dilakukan oleh Unzila & Agustina (2020) menemukan bahwa kecemasan ringan dialami oleh 8% responden, kecemasan sedang dialami oleh 24% responden, dan kecemasan berat dialami oleh 4% responden. Penelitian yang dilakukan Heriani (2016) di Lampung mengenai tingkat kecemasan, paritas, usia, dan tingkat pendidikan, mendapatkan hasil yang signifikan terhadap hubungan antara paritas dan tingkat kecemasan. Brunton (2020) menambahkan, paritas

menjadi salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Berdasarkan data yang diperoleh dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), pernikahan dini dengan usia di bawah 21 tahun di Bangka Belitung masih marak terjadi, dengan persentase sebesar 68% dan menyebabkan angka kehamilan dini mencapai 50% (BKKBN, 2018). Terjadinya pernikahan dan kehamilan dini ini diakibatkan oleh rendahnya pendidikan dan status ekonomi ibu (Husna *et al.*, 2016). Kenyataannya, pendidikan dan status ekonomi juga menjadi salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan saat fase kehamilan (Khwepeya *et al.*, 2018).

Kecemasan dalam kehamilan didefinisikan sebagai ketakutan mengenai proses melahirkan, khawatir melahirkan anak yang cacat, dan kekhawatiran ibu mengenai penampilan dirinya (Huizink *et al.*, 2016). Faktor yang diketahui dapat memengaruhi kecemasan umumnya beragam. Selain pendidikan dan status ekonomi yang telah disebutkan di atas, faktor-faktor lain seperti status paritas, usia, pekerjaan, usia gestasi, hingga risiko kehamilan juga dapat memengaruhi kecemasan dalam kehamilan. Menurut Arch (2013) status paritas dan pendidikanlah faktor yang paling signifikan dalam menyebabkan kecemasan dalam kehamilan. Blackmore (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa status paritas merupakan aspek yang dapat membedakan kecemasan khusus dalam kehamilan dengan kecemasan pada umumnya. Wanita yang cemas selama masa kehamilan dapat meningkatkan risiko penderitaan emosional dan morbiditas psikiatri (Din *et al.*, 2016).

Wanita yang mengalami gangguan mental selama kehamilan dikhawatirkan akan memberikan perhatian yang minimal pada kandungannya (Accortt *et al.*, 2015).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, diketahui bahwa status paritas penting dalam mencetuskan kejadian kecemasan dalam kehamilan. Hal tersebut melatarbelakangi peneliti untuk melakukan penelitian guna mengetahui hubungan status paritas dengan kecemasan dalam kehamilan di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang menggunakan instrumen khusus kecemasan terkait kehamilan yaitu *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire-Revised 2* (PRAQ-R2). Melalui penelitian ini, diharapkan dapat mencegah morbiditas psikiatri dan kelahiran yang tidak diinginkan.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: “Apakah terdapat hubungan antara status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

1.3.1.1 Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui bagaimana hubungan antara status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan.

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1. Mengetahui hubungan tiap status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

1.3.2.2. Mengetahui keeratan hubungan status paritas dengan derajat kecemasan pada ibu hamil RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

1.3.2.3. Mengetahui hubungan karakteristik demografi dengan derajat kecemasan pada ibu hamil RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat praktis

1.4.2.1. Bagi ibu hamil

Menambah pengetahuan dan informasi terkait kecemasan dalam kehamilan sehingga dapat mempersiapkan fisik, mental, serta menjaga kesehatan, dan menghindari pemicu kecemasan dalam kehamilan.

1.4.2.2. Bagi Peneliti

Mengetahui hubungan antara status paritas dengan derajat kecemasan.

1.4.2.3. Bagi RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang

Melalui penelitian ini, rumah sakit dapat meningkatkan asuhan kehamilan yang terbaik dan mengambil tindakan pencegahan untuk menurunkan kejadian kecemasan dalam kehamilan.

1.4.2.4. Bagi Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Universitas dapat menjadikan penelitian ini sebagai referensi dan bahan kajian tentang status paritas dan derajat kecemasan terkait kehamilan, serta sebagai acuan dalam melaksanakan penelitian berikutnya.

1.4.2 Manfaat Teoritis

1.4.2.1 Sebagai landasan penelitian selanjutnya.

1.4.2.2 Sebagai tambahan ilmu pengetahuan dan informasi tentang hubungan status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

1.4.2.3 Sebagai tambahan ilmu pengetahuan dan informasi tentang gambaran derajat kecemasan berdasarkan karakteristik demografi ibu hamil di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecemasan

2.1.1 Definisi

Kecemasan adalah respon normal terhadap situasi yang mengancam jiwa. Pada tingkatan yang normal, kecemasan sangat bermanfaat karena dapat mendorong atau memotivasi seseorang untuk melakukan aktivitas (Stein & Nesse, 2015).

Implementasinya memiliki bentuk berupa rasa takut dan cemas yang berlebih, yang kemudian memunculkan gangguan perilaku. Rasa ini dikaitkan dengan ketegangan otot dan kewaspadaan dalam menghadapi bahaya di masa depan yang kemudian tercermin dalam tindakan yang penuh kehati-hatian atau bahkan menghindar (Hidalgo Vicario & Rodríguez Hernández, 2013).

Pada keadaan abnormal, kecemasan bisa muncul tanpa ada penyebabnya atau tidak sesuai dengan proporsi ancaman, terutama jika tidak merupakan respon adanya perubahan lingkungan (Stein & Nesse, 2015).

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1. Faktor psikososial

Penelitian yang dilakukan di Bangladesh mengenai faktor psikososial dan lingkungan yang memengaruhi gangguan kecemasan pada remaja usia 7-18 tahun didapatkan bahwa jenis kelamin perempuan lebih banyak mengalami gangguan kecemasan. Selain itu, kesepian, dirundung, dan mengalami kekerasan fisik merupakan faktor tertinggi penyebab gangguan kecemasan (Khan & Khan, 2020). Narmandakh (2020) menambahkan, anak yang memiliki orangtua yang mengalami kecemasan dan depresi, juga menjadi prediktor terjadinya gangguan kecemasan.

Studi review sistematis yang dilakukan pada populasi dewasa secara umum, didapatkan bahwa merokok, dukungan sosial yang rendah, penggunaan ganja, penyalahgunaan alkohol, aktivitas fisik yang rendah, sikap menghindar, kemampuan coping yang rendah, kesepian, mengalami kejadian hidup yang mengguncang, munculnya stressor kronik seperti stress akibat pekerjaan dapat memicu terjadinya kecemasan pada orang-orang dewasa berusia 18-64 tahun (Zimmermann *et al.*, 2020). Usia juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kesepian dan buruknya kesehatan mental. Hal ini yang mendasari terjadinya kecemasan dan depresi pada orang dewasa tua.

Kesepian lebih sering terjadi pada pria dan memiliki

pengaruh penting dalam kualitas pernikahan (Cacioppo *et al.*, 2015). Menurut (Curran *et al.*, 2020), rendahnya dukungan pasangan dan hubungan yang merenggang juga berasosiasi dengan kesehatan mental pada usia tua.

2.1.2.2.Faktor biologis

2.1.2.2.1. *Corticotropin Releasing Hormone (CRH)*

Sebagai respon dari stressor, hipotalamus akan mensekresikan *corticotropin releasing hormone* (CRH) dan *arginine vasopressin* (AVP) dari nucleus paraventricular. CRH/AVP kemudian mengaktifkan pusat noradrenergik dari lokus sereleus atau sistem norepinefrin di otak (Won & Kim, 2016). Lokus sereleus di batang otak akan mengirimkan impuls ke neuron preganglion simpatik di medulla spinalis melalui aktivasi *al-adrenoreseptor* dan menginisiasi pelepasan epinefrin dan norepinefrin. Pelepasan katekolamin ini akan menginisiasi “*fight or flight*” sebagai respon stress akut (Guilliams & Edwards, 2010). Hasil stimulasi sistem saraf otonom ini akan memengaruhi dari kerja kardiovaskuler, otot, gastrointestinal, pernapasan, dan bersamaan dengan munculnya kecemasan

(Adwas *et al.*, 2019).

Melalui jalur lain, CRH/AVP akan mengaktifkan *hypothalamic-pituitary-adrenal axis* (HPA) melalui peningkatan produksi *adrenocorticotropic hormone* (ACTH). ACTH akan mensensitasi korteks adrenal dan menyebabkan diedarkannya kortisol sebagai respon stress kronik (Guilliams, 2020). Peningkatan produksi ACTH juga akan mengakibatkan penurunan substansi *dehydroepiandrosterone* (DHEA) di sirkulasi. DHEA adalah antagonis glukokortikoid yang berfungsi untuk mencegah inflamasi sistemik yang berlebihan dan melindungi kerusakan yang disebabkan oleh kortisol (Guilliams & Edwards, 2010). Stressor yang berulang atau kronik akan mengakibatkan peningkatan kortisol dan penurunan DHEA. Lama kelamaan, aksis HPA akan mengalami adaptasi sehingga hiperkortisolisme akan berubah menjadi penurunan produksi kortisol atau hipokortisolisme (Coffman, 2020).

2.1.2.2.2. Norepinefrin dan epinefrin

Norepinefrin dan epinefrin merupakan produk akhir sistem saraf simpatik. Pada kondisi abnormal, sistem saraf simpatik akan dibangkitkan dan meningkatkan sintesis katekolamin. Sehingga pada situasi stress yang kronik, akan ditemukan peningkatan level katekolamin di perifer (Won & Kim, 2016). Regulasi sistem noradrenergik yang buruk akan menyebabkan aktivasi berlebihan norepinefrin yang kemudian memunculkan gejala kecemasan yang kronik (Adwas *et al.*, 2019).

2.1.2.2.3. Serotonin

Diketahui *5-hydroxitriptamin* (5-HT) mengalami perubahan pada gangguan kecemasan (Zangrossi *et al.*, 2020). *5-hydroxitriptamin* (5-HT) adalah reseptor serotonin di korteks prefrontal, nucleus akumben, amigdala, dan hipotalamus lateral. Penurunan serotonin karena meningkatnya 5-HT juga akan menghasilkan gambaran stress akut (Maximino, 2012).

2.1.2.2.4. *Gamma Aminobutyric Acid* (GABA)

Pemberian *gamma aminobutyric acid* (GABA) atau reseptor agonis GABA secara langsung ke amigdala dapat menurunkan tingkat

ketakutan dan kecemasan pada beberapa spesies hewan, sementara pemberian antagonis GABA menyebabkan efek *anxiogenic* (Nuss, 2015). Keberhasilan pengobatan gangguan kecemasan dengan benzodiazepine potensi rendah, juga akan meningkatkan aktivitas reseptor GABA tipe A (Sadock *et al.*, 2015).

2.1.2.2.5. Sitokin pro-inflamasi

Penelitian yang dilakukan oleh Santoft (2020) didapatkan level *tumor necrosis factor alpha* (TNF-a) dan *interleukin-6* (IL-6) yang tinggi pada responden yang mengalami stress tinggi. Selain itu, sitokin pro-inflamasi IL-1 juga diketahui meningkat pada situasi stres yang berkepanjangan (Won & Kim, 2016).

2.1.3 Tanda dan gejala kecemasan

Manifestasi kecemasan sangat luas. Umumnya meliputi perasaan khawatir yang difus, tidak nyaman, seringkali disertai gejala otonom seperti berkeringat, sakit kepala, sesak di dada, ketidaknyamanan di perut, dan ketegangan motorik yang tercermin dalam kegelisahan dan ketidakmampuan mempertahankan posisi dalam jangka waktu yang lama (Sadock *et al.*, 2015).

2.1.4 Cara mengukur kecemasan

2.1.4.1. Beck Anxiety Inventory

Beck Anxiety Inventory (BAI) adalah pengukur kecemasan yang dikembangkan oleh Dr. Aaron T. Beck. Pengukur ini berfokus pada gejala somatik serta bisa digunakan untuk membedakan antara kecemasan dan depresi (Julian, 2011). BAI merupakan kuesioner berskala likert, berisi 21 butir pertanyaan terkait kecemasan, dan memiliki rentang skor berkisar antara 0-63 (Zulfira, 2015).

2.1.4.2. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) memiliki 40 butir pertanyaan dengan rentang skor berkisar antara 20-80. Terdapat dua skala di dalamnya, yaitu *State Anxiety Scale* (*S-Anxiety* atau *form Y-1*) dan *Trait Anxiety Scale* (*T-Anxiety* atau *form Y-2*). *S-Anxiety* digunakan untuk mengukur kecemasan yang dirasakan responden saat ini dengan mengukur secara subjektif (Julian, 2011). Sedangkan *T-Anxiety* mengevaluasi perasaan yang responden rasakan biasanya atau pada umumnya (Abay & Aan, 2017).

2.1.4.3. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) mencakup 14 butir pertanyaan mengenai kecemasan secara fisik maupun somatic (Thompson, 2015). HARS memiliki total skor 0-56 (Julian, 2011). Ramdan (2019) telah menerjemahkan HARS

ke dalam bahasa Indonesia dan menguji validitasnya menggunakan korelasi Pearson dan mendapatkan rentang berkisar 0,5 hingga 0,7 dan reliabel dengan koefisien 0,756 dengan Cronbach's alpha.

2.2. Kehamilan

2.2.2. Definisi

Salah satu tahap penting dalam hidup wanita dan berada di tengah siklus reproduksinya adalah kehamilan. Kehamilan merupakan suatu rangkaian peristiwa sejak dibuahnya ovum hingga pemuahan ovum berkembang menjadi fetus aterm (Inayah, 2017). Usia kehamilan normal mencapai 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (ACOG, 2013). Durasi kehamilan normal ini kemudian dapat dibagi menjadi tiga periode trimester yaitu trimester I sejak minggu 1-12, trimester II pada minggu 13-28, dan trimester III di minggu 28-40 (Obrowski, 2016). Kehamilan yang hanya dapat bertahan antara minggu 28-36 disebut kehamilan prematur, sedangkan kehamilan yang melampaui minggu 42 disebut postmatur (Inayah, 2017).

2.2.3. Perubahan fisiologi kehamilan

2.2.3.1. Hormon

Selama kehamilan, estrogen dan progesteron akan meningkat jumlahnya hingga mencapai puncak di akhir

trimester tiga, dan menurun drastis setelah persalinan (Kodogo *et al.*, 2019). Selain itu, terdapat *human Chorionic Gonadotropin* (hCG) yang disekresikan oleh sinsitiotropoblas dari plasenta (Tal, 2015). Hormon lain yang terus meningkat adalah CRH. CRH akan terus meningkat secara signifikan menjelang persalinan (Petraglia *et al.*, 2010).

2.2.3.2. Traktus reproduksi

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi otot berdinding tipis yang memiliki kapasitas volume total berkisar antara 5 L hingga lebih dari 20 L (Cunningham *et al.*, 2014).

Pada serviks, menjelang kelahiran akan membuat struktur serviks yang awalnya kokoh dan kuat untuk perkembangan kehamilan, menjadi lunak dan siap untuk menyalurkan bayi (Vink & Myers, 2019). Sejak minggu 4-8 kehamilan, pada mukosa vagina akan terjadi peningkatan vaskularisasi dan edema, sehingga menimbulkan pelunakan dan rona biru keunguan (Bieber *et al.*, 2016).

2.2.3.3. Payudara

Dibawah pengaruh dari estrogen, payudara menjadi lebih tervascularisasi. Pada trimester dua dan tiga, progesterone memicu peningkatan ukuran payudara

(Holanda *et al.*, 2016). Selain itu, pembuluh darah akan mudah terlihat, puting melebar, lebih gelap, dan lebih erektile (Agnieszka, 2018). Pasca persalinan, prolaktin dan oksitosin akan diedarkan untuk proses laktasi (Vashi *et al.*, 2013).

2.2.3.4. Kulit

Hormon-hormon seperti estrogen, progesterone, β -endorphin, dan α - dan β -*melanocyte-stimulate* akan menstimulasi produksi melanin (Motosko *et al.*, 2017). Hal ini akan menyebabkan terjadinya hiperpigmentasi (Panicker *et al.*, 2017).

2.2.3.5. Perubahan metabolik

Selama kehamilan akan terjadi peningkatan berat badan ibu hamil disebabkan adanya peran dari peptide ghrelin dan tambahan energi kehamilan normal sejumlah 77.000 kkal. Tambahan energi ini dibutuhkan untuk mengimbangi metabolisme basal yang meningkat 10-20% (Cunningham *et al.*, 2014). Namun peningkatan laktasi akan membantu mengembalikan berat badan seperti semula (Kodogo *et al.*, 2019).

2.2.3.6. Perubahan hemodinamik

Perubahan hemodinamik selama kehamilan diantaranya adalah volume darah di sirkulasi menjadi meningkat, resistensi vaskuler menurun, dan peningkatan

cardiac output (Sanghavi & Rutherford, 2014).

Hipervolemia pada kehamilan normal rata-rata 40-45% (Cunningham *et al*, 2014).

2.2.3.7. Sistem kardiovaskuler

Sejak minggu delapan kehamilan terjadi peningkatan *cardiac output* sebesar 20-40% (Cunningham *et al*, 2014). *Cardiac output* juga akan meningkat mencapai puncaknya pada awal trimester ketiga (Kodogo *et al.*, 2019). Tekanan darah pada trimester pertama dan kedua akan mengalami penurunan, dan pada trimester tiga akan meningkat setara dengan tekanan darah wanita yang tidak sedang hamil (Soma-Pillay *et al.*, 2016).

2.2.3.8. Traktus respiratorius

Perubahan hormon seperti progesteron akan meningkatkan volume tidal sehingga akan meningkatkan ventilasi per menit (LoMauro & Aliverti, 2015). Keadaan hiperventilasi menyebabkan meningkatnya pO₂ arteri dan menurunnya pCO₂ arteri, dengan kompensasi berupa penurunan serum bikarbonat hingga 18-22 mmol/l dan alkalosis respiratorik terkompensasi ringan pada pH 7,44 (Soma-Pillay *et al.*, 2016).

2.2.3.9. Sistem urinaria

Selama kehamilan, arteri ginjal akan mengalami vasodilatasi, sehingga ginjal akan membesar 1-1,5 cm selama kehamilan (Soma-Pillay *et al.*, 2016). Hal ini akan berujung pada peningkatan aliran plasma ginjal dan *glomerular filtration rate* (GFR) hingga 50% (Maynard, 2017). Peningkatan aliran plasma ginjal dan kompresi mekanik uterus akan menyebabkan peningkatan frekuensi berkemih hingga >7 kali per hari dan nocturia >2 kali per malam (Gonzalez Suarez *et al.*, 2019).

2.2.4. Perubahan psikologis kehamilan

Selama kehamilan, seorang wanita akan mengalami perubahan psikologis. Transisi psikologis dari seorang wanita biasa menjadi ibu disebabkan oleh beberapa hal. Menurut Stolzenberg & Champagne (2016), untuk membangun perilaku keibuan dapat dipengaruhi baik secara non hormonal maupun hormonal. Penelitian yang dilakukan pada hewan coba menunjukkan bahwa baik tikus betina maupun jantan, keduanya memiliki perilaku keibuan. Sedangkan secara hormonal, estrogen dan progesteron berpengaruh dalam membentuk perilaku keibuan (Rutgers, 2015).

Hormon lain yang juga penting adalah oksitosin, yang muncul setelah penurunan drastis progesteron sebelum persalinan (Schetter, 2011; Rutgers, 2015). Selama kehamilan diketahui pula terjadi perubahan struktur otak dan peningkatan substansi abu di daerah

korteks prefrontal, lobus parietal, dan otak tengah, yang mana area-area ini dianggap memicu perilaku keibuan (Dixon *et al.*, 2013).

Penelitian terbaru menyebutkan aspek neuroendokrin termasuk aspek yang menyebabkan perubahan psikologi selama kehamilan (Schetter, 2011). Hal ini disebabkan karena kehamilan berasosiasi dengan peningkatan fungsi aksis HPA (Lindsay & Nieman, 2005). Aktivasi HPA akan menyebabkan disekresikannya CRH (Gilles *et al.*, 2018).

Hiperaktivasi dari HPA akan menyebabkan meningkatnya CRH yang diedarkan secara bebas dalam sirkulasi. Peningkatan CRH ini merupakan hasil kontribusi plasenta yang juga turut mensekresikan CRH, ditambah menurunnya protein pengikat CRH menjelang persalinan (Martinez *et al.*, 2020; Schetter, 2011). CRH kemudian menstimulasi kelenjar adrenal untuk mensekresi kortisol, yaitu hormon yang akan bekerja sebagai komponen utama dalam merespon stres (Gilles *et al.*, 2018). Normalnya kortisol pada wanita hamil meningkat empat kali lipat daripada wanita yang tidak hamil, dan akan mencapai kadar puncaknya di trimester tiga sebagai persiapan persalinan (Peterson *et al.*, 2020).

Pada wanita eutimik, CRH mungkin dipertahankan hingga 3 minggu pasca persalinan. Sedangkan CRH diketahui tetap meningkat 6-12 minggu pasca persalinan pada wanita dengan depresi postpartum (Meltzer-Brody *et al.*, 2011). Perubahan hormon

dan hiperaktivasi dari aksis HPA diketahui sebagai penyebab perubahan psikologis selama kehamilan (Zoubovsky *et al.*, 2020).

Kehamilan dianggap sebagai keadaan menanggung ketegangan psikis. Ketegangan psikis itu dapat terjadi secara sadar maupun tidak sadar, sebagai ketakutan akan kehilangan identitas personal seorang wanita, perasaan tidak pasti dan sendirian, ketakutan akan kemungkinan kehilangan anak, atau proses melahirkan yang menyakitkan (Schetter, 2011).

2.3. Status Paritas

2.3.2. Definisi

Paritas adalah jumlah kehamilan sebelumnya yang telah mencapai usia kehamilan >20 minggu. Menurut Manuaba, paritas adalah jumlah kelahiran bayi aterm (Manuaba, 2012).

2.3.3. Klasifikasi

Paritas sering diklasifikasikan dalam tiga grup, yaitu nullipara, primipara, dan multipara (Cunningham *et al.*, 2014).

- a) Nullipara adalah status bagi seorang wanita yang tidak pernah menyelesaikan kehamilan yang melebihi usia kehamilan 20 minggu, bisa disebabkan karena belum hamil, mengalami aborsi spontan, atau kehamilan ektopik.
- b) Multipara adalah status seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan dengan usia kehamilan 20 minggu atau lebih.
- c) Primipara, yaitu status bagi seorang wanita yang hanya satu kali

saja melahirkan janin, baik janin hidup maupun janin mati dengan estimasi usia kehamilan 20 minggu atau lebih.

2.3.4. Status paritas dalam kehamilan

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia merumuskan faktor-faktor yang dapat meningkatkan angka kematian ibu. Salah satunya adalah jumlah anak lebih dari dua (Kemenkes RI, 2019). Anjuran untuk tidak memiliki anak lebih dari dua disebabkan kesanggupan rahim ibu untuk hamil dan melahirkan semakin menurun (Edyanti & Indawati, 2014). Menurut Gisely, wanita multipara memiliki risiko 3,9 kali lebih tinggi untuk mengalami anemia di trimester tiga kehamilan daripada wanita primipara (Vionalita & Permata, 2020). Tindakan caesar juga lebih sering dilakukan pada wanita multipara (Kaur & Kaur, 2012). Tindakan caesar pada persalinan sebelumnya akan memicu terjadinya perdarahan postpartum, selain multipara sendiri sudah menjadi faktor pemicu perdarahan postpartum (Gaikwad & Chavan, 2017; Itedal, 2017).

Baik nullipara maupun multipara, keduanya sama-sama memiliki risiko untuk melahirkan bayi preterm. Penelitian yang dilakukan oleh Lelly di Jakarta, ditemukan bahwa kejadian BBLR terjadi 1,46 kali lebih sering pada nullipara, dibandingkan primipara (Andayasari & Opitasari, 2016). Sedangkan pada multipara, risiko terjadinya kejadian preterm jika wanita tersebut sudah hamil untuk yang kelima kalinya (Koullali *et al.*, 2020). Selain melahirkan bayi

dengan berat lahir rendah, wanita nullipara cenderung mengalami *intrauterine growth restriction* (IUGR) (Kaur & Kaur, 2012).

Secara sosiodemografi, status paritas dalam kehamilan dipengaruhi oleh usia pertama kali menikah, pendidikan, ekonomi, dan riwayat anak yang meninggal (Solanke, 2019; Hiebert, 2016). Solanke (2019) berasumsi bahwa semakin dini wanita memiliki anak pertamanya, maka akan semakin banyak jumlah anak yang ia miliki di akhir masa reproduksinya. Dalam segi pendidikan, Elida (2019) berpendapat bahwa wanita dengan berpendidikan tinggi akan menerima informasi lebih cepat dan mampu bertindak rasional terkait kehamilannya. Di sisi ekonomi, diketahui bahwa stabilitas ekonomi menjadi lebih kuat ditemukan pada wanita yang menunda memiliki anak (Sonfield *et al.*, 2013). Memiliki anak yang meninggal membuat wanita multipara perlu mengganti anak yang meninggal (Solanke, 2019).

2.4. Kecemasan dalam Kehamilan

2.4.1. Definisi

Kecemasan dalam kehamilan didefinisikan sebagai pengalaman yang normal sebagai bentuk antisipasi kelahiran dan bermanfaat untuk persiapan menjadi orangtua (Wallace & Araji, 2020). Huizink (2016) merumuskan definisi mengenai kecemasan dalam kehamilan

sebagai ketakutan akan proses melahirkan, kekhawatiran melahirkan anak yang cacat, dan khawatir akan penampilan diri ibu.

Definisi ini berangkat dari sepuluh butir pertanyaan yang telah dirangkum untuk membentuk *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire-Revised* (PRAQ-R) pada tahun 2004 (Huizink *et al.*, 2004). Sepuluh butir pertanyaan tersebut adalah:

- a) Ketakutan akan proses melahirkan
 - i. Saya khawatir dengan nyeri pada saat kontraksi dan persalinan.
 - ii. Saya khawatir dengan persalinan karena saya belum pernah merasakannya.
 - iii. Saya khawatir tidak bisa mengontrol diri pada saat persalinan dan takut saya akan berteriak
- b) Khawatir melahirkan anak yang cacat secara fisik maupun mental
 - i. Saya khawatir bayi saya akan mengalami cacat mental atau mengalami kerusakan otak
 - ii. Saya khawatir bayi saya meninggal di dalam kandungan, selama, atau tepat setelah persalinan
 - iii. Saya khawatir bayi saya akan mengalami cacat fisik
 - iv. Saya kadang berpikir anak saya akan sakit-sakitan
- c) Khawatir akan penampilan diri ibu
 - i. Saya khawatir dengan fakta saya bahwa saya mungkin tidak akan mendapatkan diri saya kembali setelah melahirkan

- ii. Saya khawatir dengan penampilan diri saya yang tidak menarik
- iii. Saya khawatir dengan kenaikan berat badan saya.

Arch (2013) mengkaji faktor-faktor yang memprediksi ketiga aspek penyebab kecemasan dalam kehamilan ini. Menurut Arch (2013), ketakutan akan proses melahirkan dipengaruhi oleh penghasilan dan status paritas. Ketakutan melahirkan anak yang cacat dipengaruhi oleh ras/etnis dan status pernikahan. Sedangkan yang memengaruhi kekhawatiran akan penampilan diri ibu adalah faktor kehamilan yang direncanakan.

Blackmore (2017) memisahkan ketiga aspek penyebab kecemasan dalam kehamilan menjadi dua, yaitu cemas akan kesehatan anak (khawatir anak lahir cacat) dan cemas akan diri ibu (khawatir dengan persalinan dan penampilan diri). Blackmore (2017) menambahkan, kecemasan pada trimester kedua berasosiasi kuat dengan status paritas. Pada trimester ketiga, cemas akan kesehatan anak berhubungan juga dengan usia ibu saat pertama kali hamil. Sedangkan cemas akan diri ibu berhubungan juga dengan jumlah keguguran dan usia ibu pada saat wawancara.

2.4.2. Mekanisme koping dalam kehamilan

Koping didefinisikan sebagai perubahan kognitif dan perilaku yang konstan untuk menghadapi situasi yang secara spesifik menyebabkan stress (Huizink, 2002). Mekanisme koping dibedakan

menjadi tiga jenis, yaitu *problem-focused coping*, *emotion-focused coping*, dan *avoidance* (Khavari *et al.*, 2017). Ibu hamil yang merasa dapat mengontrol stresornya akan menggunakan jenis koping yang berfokus menyelesaikan masalah atau stresor yang ia alami. Sedangkan pada ibu hamil yang merasa tidak dapat mengontrol stresornya, ia akan menggunakan jenis koping yang berfokus pada emosi, dengan tujuan untuk mengurangi perasaannya akibat stresor tersebut. Namun, ibu hamil yang memilih usaha penyelesaian masalah dengan menghindarinya, maka jenis kopingnya adalah *avoidance* (Guardino & Dunkel Schetter, 2014). Meskipun *problem-focused coping* dianggap lebih efektif, namun jenis koping ini lebih sering digunakan oleh laki-laki daripada perempuan (Yu *et al.*, 2020).

Pemilihan mekanisme koping ini didasari oleh beberapa hal. Wanita dengan pendidikan yang lebih tinggi diprediksi lebih baik dalam melakukan koping, baik dengan jenis *problem-focused coping* maupun *emotion-focused coping* (Yu *et al.*, 2020). Hal ini juga sejalan pada wanita berusia lebih tua dan memiliki usia gestasi yang lebih tua (Guardino & Dunkel Schetter, 2014). Sedangkan jenis koping *avoidance* diprediksi lebih sering digunakan oleh wanita dengan pendidikan yang lebih rendah. Selain itu, wanita yang memiliki keyakinan yang irasional seperti memiliki ekspektasi diri yang tinggi, merasa tidak berdaya dengan perubahan, perfeksionis, dan memiliki

ketergantungan dengan orang lain cenderung memiliki jenis koping *avoidance* (Khavari *et al.*, 2017).

2.4.3. Faktor yang menyebabkan kecemasan dalam kehamilan

2.4.3.1. Status sosioekonomi

Prevalensi gangguan kecemasan diketahui meningkat seiring dengan semakin menurunnya status sosioekonomi seseorang (Sadock *et al.*, 2015). Tidak bekerja, rendahnya penghasilan, memiliki masalah finansial, dan status sosial seorang wanita berefek pada munculnya kecemasan dalam kehamilan (Zeng *et al.*, 2015; Khwepeya *et al.*, 2018). Kondisi tidak bekerja dikategorikan sebagai stressor kronik dan diprediksi 2-3,8 kali berisiko pada kejadian bayi dengan BBLR pada ibu yang mengalami kecemasan dalam kehamilan (Schetter, 2011).

Wanita yang tinggal dalam lingkungan yang jauh dari akses kesehatan yang berkualitas, makanan sehat sulit tersedia, banyak kasus kejahatan, dan kerap terpapar stresor sosial akan cenderung mengalami kecemasan (Adhikari *et al.*, 2020).

2.4.3.2.Usia ibu

Usia muda berasosiasi dengan kecemasan terkait kehamilan (Madhavanprabhakaran *et al.*, 2015). Wanita dalam grup usia muda <21 tahun memiliki kecenderungan mengalami kecemasan dalam menghadapi proses persalinan dan

menghadapi masalah finansial (Martini *et al.*, 2016). Kehamilan di usia muda rentan mengalami kecemasan karena kelompok usia muda masih bergantung dengan kerabat dan belum mampu memenuhi kebutuhan diri sekaligus anaknya (Nekoe & Zarei, 2015). Menurut Andayasari & Opitasari (2016), wanita usia muda juga rentan mengalami anemia.

Pada kelompok usia >35 tahun, Abu-Heija (2017) menemukan bahwa usia tua berasosiasi dengan kejadian diabetes melitus gestasional. Selain itu, kehamilan di usia <20 dan >35 tahun merupakan salah satu faktor penyebab kehamilan risiko tinggi (Majella, 2019). Wanita yang berada pada kehamilan yang berisiko akan membuatnya menjadi cemas selama kehamilan karena menyadari bahwa persalinannya mungkin akan berbahaya (Rodrigues *et al.*, 2016).

2.4.3.3. Pendidikan

Penelitian yang dilakukan oleh Busari (2018) menunjukkan semakin tinggi pendidikan individu akan cenderung mengalami kecemasan atau depresi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa individu yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih sensitif dengan gejala-gejala kecemasan dan mudah mencari pertolongan. Sementara penelitian yang dilakukan oleh Nekoe & Zarei (2015) mendapatkan hasil sebaliknya. Pendidikan tinggi dianggap

sebagai faktor protektif karena pendidikan tinggi akan meningkatkan kecerdasan emosional dan kemampuan intelektual untuk melakukan mekanisme koping (Khwepeya *et al.*, 2018).

2.4.3.4. Pekerjaan

Wanita yang tidak bekerja juga turut menyumbang faktor risiko kecemasan terkait kehamilan (Dencker *et al.*, 2019). Pekerjaan yang monoton dalam rumah tangga, membuat wanita merasa terjebak sehingga pekerjaan berkontribusi dalam perkembangan kecemasan (Silva *et al.*, 2017). Sedangkan menurut Biaggi (2016), pekerjaan dapat menjadi sumber kecemasan jika wanita tersebut bekerja dalam lingkungan pekerjaan yang buruk dan pada perusahaan yang tidak membayar hak pegawai yang hamil.

2.4.3.5. Status paritas

Secara psikologis, wanita primipara dianggap kurang memiliki pengalaman, dipenuhi perasaan ambigu, dan kurang keterampilan dalam mengurus kehamilan, persalinan, hingga mengasuh anak. Hal ini menjadi alasan wanita berparitas rendah lebih mudah mengalami kecemasan daripada wanita paritas tinggi (Martínez-Galiano *et al.*, 2019; Egelioglu Cetişli *et al.*, 2016). Sedangkan pada wanita dengan paritas tinggi, dianggap telah memiliki pengalaman dalam kehamilan dan lebih mampu

melakukan mekanisme koping dalam mengatasi stresor (Nisa *et al.*, 2018).

Selain itu, status paritas juga membuat ibu berisiko mengalami kehamilan yang menyulitkan. Baik nullipara maupun multipara, keduanya memiliki risiko melahirkan bayi prematur (Koullali *et al.*, 2020; Andayasari & Opitasari, 2016). Wanita nullipara diketahui memiliki 1.8 kali risiko mengalami pre-eklamsia (Opitasari & Andayasari, 2014). Sedangkan pada wanita multipara, memiliki risiko mengalami anemia (Shah *et al.*, 2020).

2.4.3.6. Kehamilan risiko tinggi

Keadaan risiko tinggi dalam kehamilan antara lain, wanita yang hamil di bawah usia 20 tahun atau di atas usia 35 tahun, BMI yang abnormal, anemia, hipertensi, positif HIV/sifilis, hipotiroidisme, hamil kembar, diabetes gestasional, riwayat obstetri yang buruk (*stillbirth*, operasi caesar segmen bawah, malpresentasi, abortus, prematur, dan persalinan terobstruksi), plasenta previa, dan inkompabilitas rhesus (Wallace & Araj, 2020; Majella, 2019; Martini *et al.*, 2016). Mulyana (2016) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Umum Sanglah di Bali menambahkan karakteristik kehamilan risiko tinggi yaitu, perdarahan postpartum, memiliki anak >4, jarak antara kehamilan <2 tahun, perdarahan selama kehamilan, sakit kepala

hebat, pelvis ibu abnormal, riwayat penyakit kronis (seperti diabetes, hipertensi, asma, dan lain-lain).

Keadaan-keadaan ini mengharuskan ibu mendapat perawatan ekstra, ibu tidak bisa bebas melakukan aktivitas normal, dan ibu harus menghadapi kemungkinan kelahiran prematur (Rodrigues *et al.*, 2016). Kehamilan yang riskan ini juga meningkatkan morbiditas dan bahkan mortalitas dalam kehamilan, sehingga dapat menjadi stressor yang mencetuskan kecemasan dalam kehamilan (Winkel *et al.*, 2015; Wallace & Araj, 2020). Menurut Majella (2019), pada akhirnya kehamilan risiko tinggi akan berujung pada kejadian kelahiran preterm dan BBLR. Jadi, mengetahui kehamilannya berisiko tinggi akan membuat ibu hamil merasa cemas (Rodrigues *et al.*, 2016).

2.4.3.7. Usia gestasi

Kejadian kecemasan dalam kehamilan semakin meningkat pada trimester terakhir kehamilan (Silva *et al.*, 2017). Kejadian ini kemungkinan berhubungan dengan semakin dekatnya ibu menuju proses persalinan. Kecemasan pada proses persalinan dapat disebabkan rendahnya kepercayaan diri ibu, kurangnya dukungan, takut sendirian, takut akan rasa nyeri, terutama karena pengalaman melahirkan yang menyakitkan sebelumnya (Dencker *et al.*, 2019). Wanita dengan kecemasan dalam kehamilan pada trimester kedua maupun ketiga akan

memiliki risiko melahirkan bayi yang lahir dengan berat badan di bawah persentil 10% atau < 2 SD menurut usia kehamilan (Lai, 2018).

2.4.4. Dampak kecemasan dalam kehamilan

Review sistematik yang dilakukan oleh Rees (2019) didapatkan bahwa ibu yang mengalami kecemasan prenatal cenderung memiliki anak yang juga memiliki masalah emosional, bahkan sampai anak tersebut mencapai usia 13 tahun. Hal ini disebabkan karena hiperkortisolemia ibu menginduksi p-CRH dan berujung pada peningkatan sekresi kortisol janin (Martinez *et al.*, 2020).

Banyak penelitian yang menemukan asosiasi antara kecemasan selama kehamilan terhadap perkembangan janin (Yaari *et al.*, 2019). Hasil penelitian Doktorchik (2018), didapati wanita yang mengalami gejala-gejala kecemasan akan mempunyai risiko yang tinggi untuk menghasilkan kehamilan preterm. Wanita yang memiliki gejala kecemasan selama kehamilan memiliki risiko empat kali lebih besar melahirkan di usia gestasi < 30 minggu daripada wanita tanpa gejala (Yaari *et al.*, 2019). Nasreen (2019) menambahkan wanita dengan gejala kecemasan, selain meningkatkan risiko terjadinya kehamilan preterm, juga dapat mengakibatkan peningkatan risiko kejadian kelahiran bayi berat lahir rendah (BBLR).

Hasil penelitian yang dilakukan Polte (2019) didapati hasil dimana wanita yang mengalami kecemasan terkait kehamilan,

didapatkan bahwa kecemasan yang dialami akan berkontribusi pada terjadinya gangguan kecemasan pada anak, gangguan perkembangan pada bidang sosioemosionalnya, hingga gangguan perkembangan fisik. Ibu yang semasa kehamilan memiliki gejala-gejala kecemasan akan memiliki ikatan yang lebih lemah dengan anaknya. Lemahnya kedekatan ini dikarenakan perkembangan kedekatan hubungan ibu dan anak sudah dibangun sejak minggu 10 kehamilan (Ferrari *et al.*, 2018). Perilaku ketidaktertarikan, lepas tangan, tidak peka, dan pola asuh yang kasar kepada anak merupakan beberapa contoh cerminan kecemasan yang dialami wanita selama hamil (Wallace & Araji, 2020).

2.4.5. Pengukur kecemasan dalam kehamilan

2.4.2.1. Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised 2 (PRAQ-R2)

Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised 2 (PRAQ-R2) merupakan pengubahan dari PRAQ-R dan

versi lebih sederhana dari PRAQ yang dikembangkan oleh Van den Bergh. PRAQ berisi 58 butir pertanyaan dengan lima subskala yang kemudian dilakukan penyederhanaan menjadi PRAQ-R2 yang berisi 10 butir pertanyaan dengan 3 subskala yaitu 3 butir tentang ketakutan akan melahirkan, 4 butir tentang ketakutan akan melahirkan anak yang cacat secara fisik maupun mental, dan 3 butir tentang perhatian

akan penampilan (Waqas *et al.*, 2015).

Kuesioner *Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised 2* (PRAQ-R2) telah teruji validitasnya oleh Wardani (2018) dengan nilai r uji validitas eksternal 0,446-0,837 ($r_{table} = 0,444$) dan dinyatakan reliabel oleh Huizink (2016) menggunakan Cronbach alpha dengan nilai di atas 0.80.

Interpretasi kuesioner ini akan memberikan hasil ≥ 37 , responden cemas berat; $23 \leq \text{skor} < 37$, responden cemas sedang; dan < 23 , responden cemas ringan. Skala jawaban dari kuisisioner ini antara lain:

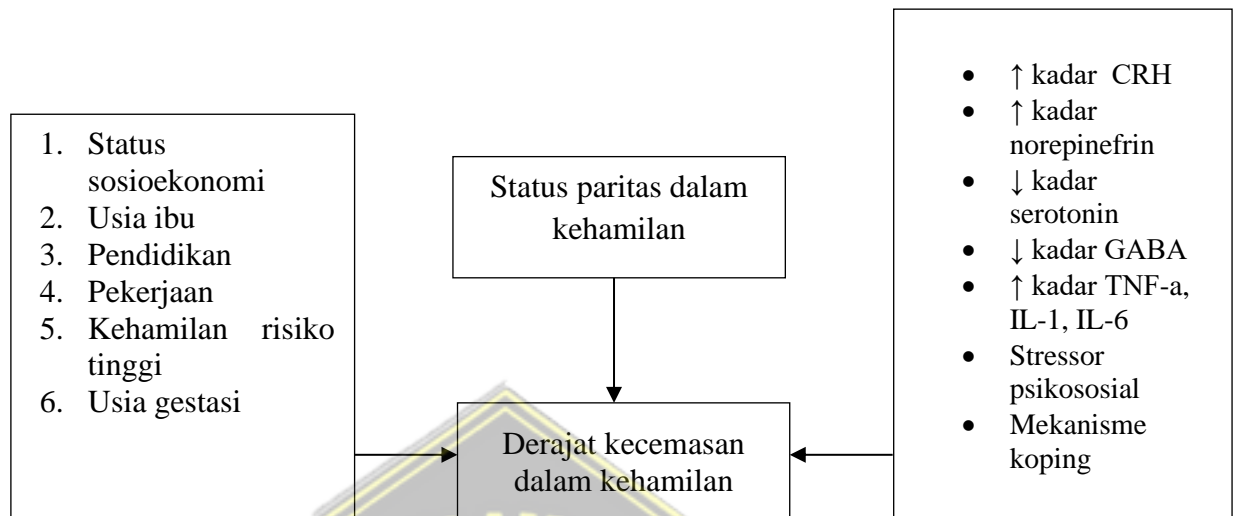
1. pernah
2. kadang-kadang
3. cukup sering
4. sering
5. sangat sering

Pertanyaan dalam alat skrining ini mencakup:

1. Saya cemas mengenai persalinan
2. Saya khawatir mengenai sakit pada saat kontraksi dan selama proses persalinan
3. Saya khawatir terhadap fakta bahwa saya mungkin tidak akan memperoleh bentuk badan kembali seperti semula setelah melahirkan

4. Saya berfikir bahwa anak saya akan memiliki tingkat kesehatan yang lemah/kurang dan mudah terkena penyakit
5. Saya khawatir tidak bisa mengontrol diri sendiri selama persalinan dan takut bahwa saya akan berteriak
6. Saya peduli terhadap penampilan tidak menarik saya
7. Saya khawatir terhadap penambahan berat badan saya yang berlebihan
8. Saya takut bahwa bayi saya akan mengalami cacat mental atau akan menderita kerusakan otak
9. Saya takut bahwa bayi kami akan meninggal saat lahir atau akan meninggal selama dan beberapa saat setelah persalinan
10. Saya takut bahwa bayi kami akan menderita kelainan fisik atau khawatir akan terjadi sesuatu yang salah terhadap bentuk fisik pada bayi

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2. 1. Kerangka Teori

2.6. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2. Kerangka Konsep

2.7. Hipotesis

Terdapat hubungan antara status paritas ibu dengan derajat kecemasan dalam kehamilan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian adalah penelitian analitik observasional dengan rancangan penelitian *cross sectional*.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel bebas

Status paritas

3.2.2. Variabel tergantung

Derajat kecemasan dalam kehamilan.

3.2.3. Definisi operasional

3.2.3.1. Status paritas

Status paritas adalah status yang ditetapkan berdasarkan perhitungan jumlah kehamilan sebelumnya yang telah mencapai usia kehamilan >20 minggu, tanpa memperhatikan bayi lahir hidup atau meninggal. Status paritas dihitung dalam satuan anak, dan dideskripsikan dengan kategori nullipara (0 anak), primipara (1 anak), dan multipara (>1 anak).

Skala: ordinal.

3.2.3.2. Kecemasan dalam kehamilan

Kecemasan dalam kehamilan adalah suatu perasaan takut atau

khawatir terhadap proses kelahiran, melahirkan anak yang cacat, dan penampilan diri pasca melahirkan.

PRAQ-R2 berisi 10 butir pertanyaan dengan 3 subskala yaitu 3 butir tentang ketakutan akan melahirkan, 4 butir tentang ketakutan akan melahirkan anak yang cacat secara fisik maupun mental, dan 3 butir tentang perhatian akan penampilan.

Skor Pernyataan :

1. pernah
2. kadang-kadang
3. cukup sering
4. sering
5. sangat sering

Hasil Skor :

≥ 37 = cemas berat
 $23 \leq \text{skor} < 37$ = cemas sedang
 < 23 = cemas ringan

Skala Data : Ordinal

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi penelitian

3.3.1.1. Populasi target

Populasi target yang dipilih pada penelitian ini adalah ibu hamil.

3.3.1.2. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau yang terpilih penelitian ini adalah ibu hamil di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang periode Mei 2021-Juli 2021.

3.3.2. Sampel penelitian

Penentuan besar sampel dapat dihitung dengan menggunakan rumus analitik bivariat komparatif kategorik tidak berpasangan. Menurut Dahlan (2010), rumus analitik bivariat komparatif kategorik tidak berpasangan adalah sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}}{(P_1 - P_2)} \right]^2$$

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{1.645\sqrt{2 \times 0.8 \times 0.2} + 0.842\sqrt{0.9 \times 0.1 + 0.7 \times 0.3}}{(0.9 - 0.7)} \right]^2$$

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{1.645\sqrt{0.32} + 0.842\sqrt{0.09 + 0.21}}{(0.2)} \right]$$

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{1.645\sqrt{0.32} + 0.842\sqrt{0.09 + 0.21}}{(0.2)} \right]$$

$$n_1 = n_2 = \left[\frac{1.645\sqrt{0.32} + 0.842\sqrt{0.3}}{(0.2)} \right]$$

$$n_1 = n_2 = 48.423 = 48$$

Keterangan :

$$Q_2 : 1 - P_2 = 1 - 0,7 = 0,3$$

$$Q_1 : 1 - P_1 = 1 - 0,9 = 0,1$$

P_2 : proporsi pada kelompok yang sudah diketahui (0,7)

P_1 : proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan judgment peneliti (0,9)

$$Q : 1 - P = 1 - 0,8 = 0,2$$

$Z\beta$: deviat baku beta (0,842)

$Z\alpha$: deviat baku alfa (1,645)

$P_1 - P_2$: selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (0,9 - 0,7 = 0,2)

$$P : \text{proporsi total} = (P_1 + P_2) / 2 = (0,9 + 0,7) / 2 = 0,8$$

Besar sampel pada penelitian didapati sebanyak 48 responden.

Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*, serta mempunyai kesesuaian dengan kriteria inklusi serta kriteria eksklusi sebagai berikut :

3.3.2.1. Kriteria inklusi

1. Responden adalah ibu hamil
2. Responden dalam keadaan sadar dan kooperatif
3. Responden dalam penelitian bersedia mengikuti alur penelitian dan mengisi surat persetujuan kesediaan mengikuti penelitian.

3.3.2.2. Kriteria eksklusi

1. Responden sudah pernah didiagnosis menderita penyakit kejiwaan atau menerima pengobatan atau pernah berobat ke psikolog atau psikiater.
2. Kehamilan berisiko tinggi
3. Responden dengan stressor psikososial

3.4. Instrumen dan Bahan Penelitian

Pengertian dari instrumen penelitian merupakan alat-alat yang membantu proses pengumpulan data instrumen penelitian. Penelitian ini menggunakan beberapa instrumen penelitian diantaranya sebagai berikut:

1. Lembar *informed consent* untuk mengetahui apakah penderita bersedia menjadi responden saat penelitian.
2. Form data responden berisi usia ibu, pekerjaan, pendidikan terakhir, pendapatan, jumlah kehamilan >20 minggu, usia kehamilan saat ini, risiko kehamilan, dan stressor psikososial yang dihadapi.
3. Kuesioner *Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised 2* (PRAQ-R2) untuk mengetahui bagaimana tingkat kecemasan penderita.
4. Alat tulis untuk mencatat hasil.

3.5. Cara Penelitian

Alur pelaksanaan penelitian yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

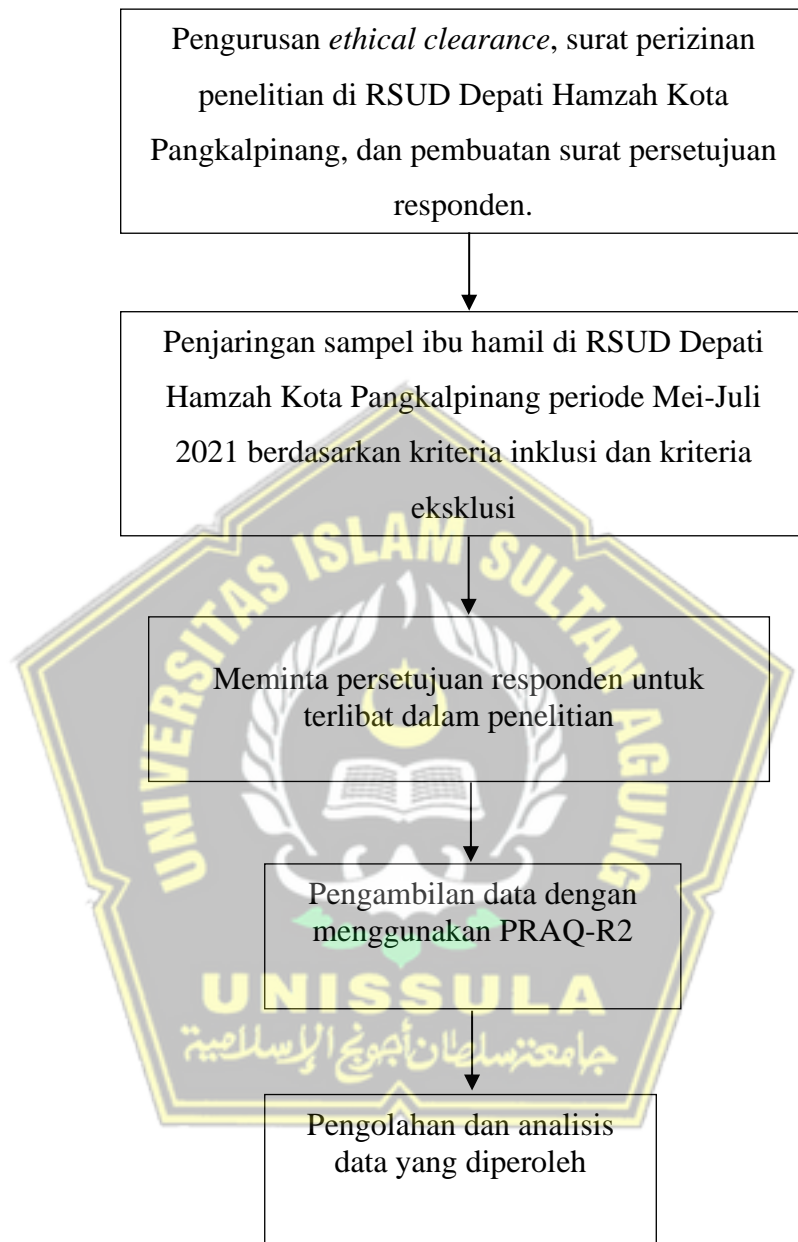
3.5.1. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses perumusan masalah, melakukan studi pendahuluan, menentukan siapa yang akan menjadi populasi, menentukan jumlah sampel serta menentukan metode yang akan digunakan untuk melakukan pada model penelitian.

3.5.2. Pelaksanaan penelitian

1. Meminta surat perizinan untuk melakukan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Membuat perizinan kepada RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.
3. Melakukan pengumpulan nomor telepon yang dapat dihubungi sesuai data pasien di rekam medis sesuai kriteria inklusi sebanyak ibu hamil di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang periode Mei-Juli 2021.
4. Meminta kesediaan responden dengan *informed consent*.
5. Melakukan wawancara berdasarkan kuesioner *Pregnancy Related Anxieties Questionnaire—Revised 2 (PRAQ-R2)*.
6. Melakukan pencatatan dan pengolahan serta analisis hasil sesuai data yang dikumpulkan.

3.6. Alur Penelitian



Gambar 3. 1. Alur Penelitian

3.7. Tempat dan Waktu

3.7.1. Tempat penelitian

Tempat penelitian dilakukan di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

3.7.2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Mei-Juli 2021.

3.8. Analisis Hasil

Model penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel bebas (status paritas) dan variabel terikat (derajat kecemasan dalam kehamilan), sehingga hasil penelitian akan dianalisis secara bivariat. Hasil penelitian yang didapatkan kemudian dianalisa menggunakan uji statistic *chi-square*. Hubungan antara variabel indepden dan dependen dikatakan ada hubungan apabila pada hasil uji *chi-square*, didapati nilai sgnifikansi $p < 0,05$.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian analitik observasional mengenai hubungan antara status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Kota Pangkalpinang pada bulan Mei – Juli 2021. Terdapat 71 pasien yang memeriksakan dirinya dan terjaring 11 pasien yang memenuhi kriteria dalam penelitian. Karena belum memenuhi besar sampel yang dibutuhkan, yaitu sejumlah 48 responden maka seluruh responden yang bersedia dianalisis tanpa memperhatikan kriteria seperti risiko kehamilan dan stressor psikososial.

4.1.1. Karakteristik sampel penelitian

Adapun karakteristik sampel yang diteliti pada model penelitian yang berasal dari Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Kota Pangkalpinang dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4. 1. Hubungan karakteristik sampel dengan derajat kecemasan

Variabel	Derajat Kecemasan						Total	Nilai p
	Ringan (n=47)		Sedang (n=1)		Berat (n=0)			
	n	%	N	%	n	%		
Usia ibu (tahun)								
≤20	2	100	0	0	0	0	2	0,793
20-35	31	93,94	2	6,06	0	0	33	
≥35	13	100	0	0	0	0	13	
Pekerjaan								
tidak bekerja	30	96,78	1	3,22	0	0	31	0,172
bekerja	16	94	1	6	0	0	17	
Pendidikan								
SD	12	100	0	0	0	0	12	0,113
SMP	6	85,72	1	14,28	0	0	7	
SMA	22	100	0	0	0	0	22	
PT	6	85,7	1	14,3	0	0	7	
Status sosioekonomi								
rendah	20	100	0	0	0	0	20	0,393
Tinggi	26	92,86	2	7,14	0	0	28	
Usia gestasi								
trimester 1	8	100	0	0	0	0	8	0,519
trimester 2	19	90,48	2	9,52	0	0	21	
trimester 3	19	100	0	0	0	0	19	
Status paritas								
nullipara	7	87,5	1	12,5	0	0	8	0,078
primipara	14	93,99	1	6,66	0	0	15	
multipara	25	100	0	0	0	0	25	
Risiko kehamilan								
berisiko	35	94,6	2	5,4	0	0	37	0,582
tidak berisiko	11	100	0	0	0	0	11	
Stres psikososial								
berisiko	2	66,67	1	33,33	0	0	3	0,794
tidak berisiko	44	98	1	2	0	0	45	

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa persentase pasien yang mengalami cemas ringan sebanyak 95,83% dan cemas sedang sebesar 4,16%. Kecemasan derajat ringan terdapat pada kelompok tersebut kelompok usia 20 – 35 tahun, usia gestasi 14 – 27 minggu (trimester II), ibu yang tidak bekerja, ibu dengan pendidikan

minimal SMA, ibu dengan total pendapatan keluarga tinggi, status paritas multipara, ibu yang hamil dengan kehamilan berisiko, dan ibu yang tidak mengalami stress psikososial.

4.1.2. Analisis hubungan status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan

Berdasarkan analisis chi-square dengan nilai $p = 0,078$, yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara status paritas dengan derajat kecemasan dalam kehamilan pada pasien hamil rawat jalan Poli Kebidanan dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Kota Pangkalpinang.

4.2. Pembahasan

Terdapat 71 pasien hamil yang terdaftar sebagai pasien rawat jalan di Poli Kebidanan dan Ginekologi. Dari total pasien ini didapatkan 48 pasien yang bersedia menjadi responden dan seluruhnya diikuti dalam penelitian.

Sejumlah 33 responden atau 68,75% berusia 20 - 35 tahun. Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian Falster (2018) mendapati bahwa responden dengan usia 20 – 35 tahun merupakan usia terbaik untuk merencanakan kehamilan karena risiko kehamilan yang rendah. Dari 33 responden yang mengalami kecemasan, terdapat 2 responden mengalami cemas yang lebih berat. Dalam penelitian ini tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kecemasan, yang ditandai dengan nilai $p = 0,793$.

Pada tabel dapat dilihat bahwa terdapat 31 responden atau 64,58% tidak

bekerja, dengan 1 responden mengalami cemas yang lebih berat. Sedangkan responden yang bekerja, terdapat 16 responden yang mengalami cemas ringan dan 1 responden mengalami cemas sedang. Diketahui pula nilai $p = 0,172$ yang menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan kecemasan. Menurut Silva (2017), tidak bekerja dapat memicu kecemasan karena perasaan terjebak dalam kegiatan rumah tangga yang monoton. Sedangkan pada pasien yang bekerja, lingkungan pekerjaan yang tidak ramah ibu hamil bisa memicu terjadinya kecemasan (Biaggi *et al.*, 2016)

Sejumlah 22 responden atau 45,83% berpendidikan SMA. Pada penelitian ini juga terdapat masing-masing satu pasien yang cemas sedang di tingkat pendidikan SMP dan Perguruan Tinggi. Pendidikan yang cukup akan membantu mengenal gejala-gejala kecemasan. Hal ini sejalan dengan penelitian Busari (2018) yang menyebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan lebih cenderung mengalami kecemasan karena lebih sensitif dengan perubahan yang terjadi dalam dirinya. Namun dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan kecemasan dengan nilai $p 0,013$. Khwepeya (2018) beranggapan pendidikan yang lebih tinggi akan menjadi faktor protektif dalam terjadinya kecemasan. Hal ini sejalan dengan penelitian Aryani (2018) yang menyebutkan bahwa faktor seperti usia ibu, pekerjaan, dan pendidikan yang telah dibahas di atas tidak memiliki hubungan dengan kecemasan dalam kehamilan.

Pada status sosioekonomi, terdapat 28 responden atau 58,33% memiliki status tinggi dengan dua di antaranya mengalami cemas yang lebih berat.

Pada penelitian ini pula, didapatkan nilai $p = 0,393$ yang berarti tidak ada hubungan bermakna antara status sosioekonomi dengan kecemasan dalam kehamilan. Dalam penelitian Nath (2019) menyebutkan bahwa status sosioekonomi juga erat dengan dukungan keluarga dan pasangan. Dukungan keluarga tidak diperhitungkan dalam penelitian ini. Sehingga hasilnya tidak berjalan sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa status sosioekonomi yang meningkat akan menurunkan kecemasan dalam kehamilan (Sadock *et al.*, 2015; Nath *et al.*, 2019).

Ibu hamil yang menjadi responden dalam penelitian ini paling banyak memiliki usia kehamilan 14 – 27 minggu atau trimester II dengan jumlah 21 responden atau 68,75% dengan dua di antaranya mengalami cemas yang lebih berat. Penelitian ini juga menunjukkan nilai $p = 0,519$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan jika kecemasan akan meningkat di trimester akhir (Khalesi & Bokaie, 2018; Silva *et al.*, 2017). Tingginya angka kecemasan pada trimester II diakibatkan karena tingginya risiko kehamilan, bukan hanya dari usia kehamilan (Wallace & Araj, 2020; Mulyana *et al.*, 2016).

Pada kriteria stressor psikososial terdapat 3 responden atau 6,25% memiliki stressor psikososial dengan satu responden mengalami cemas yang lebih berat. Selain itu terdapat satu responden tidak memiliki stressor psikososial mengalami cemas sedang. Penelitian ini menunjukkan hasil analisis dengan nilai $p 0,794$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna.

Penelitian dilakukan oleh Soto-Balbuena (2018), menyebutkan stressor psikososial yang dialami selama kehamilan menjadi prediktor yang menyebabkan kecemasan selama trimester III.

Sejumlah 37 responden atau 77,08% memiliki risiko dalam kehamilannya dengan nilai $p = 0,582$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara risiko kehamilan dengan kecemasan. Dalam penelitian ini didapatkan dua responden mengalami cemas yang lebih berat dan sisanya 35 responden mengalami cemas ringan. Menurut Wallace & Araji (2020) ibu dengan cemas yang lebih ringan meskipun memiliki kehamilan yang berisiko karena kehamilan yang berisiko dapat meningkatkan adaptasi ibu. Hal ini ditunjang data mayoritas responden pada penelitian ini adalah multipara, yang secara teori lebih berpengalaman dalam kehamilan juga dalam melakukan mekanisme coping terhadap stressor berupa risiko kehamilan (Nisa *et al.*, 2018).

Dari tabel di atas juga dapat dilihat bahwa responden berstatus multipara lebih dominan yaitu sebesar 52,08%. Selain itu, kelompok multipara juga menjadi kelompok yang paling banyak mengalami kecemasan derajat ringan. Diduga kejadian kecemasan yang lebih banyak terjadi pada status multipara dikarenakan ibu berstatus multipara memiliki risiko kehamilan yang tinggi sehingga menyebabkan kecemasan (Shah *et al.*, 2020; Mulyana *et al.*, 2016; Kemenkes RI, 2019).

Namun, hasil analisis menunjukkan nilai $p = 0,078$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status paritas dengan kecemasan.

Menurut Soto-Balbuena (2018), kecemasan dalam kehamilan tidak hanya dipengaruhi status paritas, tapi juga oleh usia dan dukungan keluarga. Dari data yang diperoleh, status multipara yang berusia ≥ 35 tahun dalam penelitian ini berjumlah 7 responden. Usia ≥ 35 tahun dianggap Falster (2018) sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan berisiko. Dukungan keluarga tidak dinilai dalam penelitian ini, tetapi menurut Unzila & Agustina (2020) dukungan keluarga akan menurunkan risiko kecemasan dalam kehamilan.

Penelitian mengenai status paritas ini menemukan satu responden berstatus primipara mengalami kecemasan yang lebih berat. Kecemasan yang lebih berat terjadi pada primipara juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Nakamura (2020). Pada penelitian tersebut, primipara menjadi lebih cemas daripada multipara karena minimnya pengalaman mengasuh bayi baru lahir. Selain itu, pada penelitian ini ditemukan data responden memiliki penyulit berupa plasenta previa, memiliki stressor psikososial, tidak bekerja, dan memiliki pendidikan yang rendah, yang mana keadaan-keadaan ini akan memicu kecemasan dalam kehamilan (Dencker *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2017).

Pada penelitian ini pula, ditemukan satu responden berstatus nullipara yang mengalami cemas yang lebih berat dalam penelitian ini. Menurut Madhavanprabhakaran (2015), kecemasan selama kehamilan dapat disebabkan karena status nullipara, usia muda, dan minimnya dukungan keluarga inti. Selain itu, serupa dengan status primipara, kecemasan yang ditimbulkan juga dapat disebabkan karena minimnya keterampilan mengasuh

anak (Martínez-Galiano et al., 2019). Pada penelitian ini, didapatkan pula data bahwa pasien nullipara yang mengalami cemas sedang disini memiliki risiko yang tinggi dalam kehamilannya. Koullali (2020) menyebutkan bahwa ibu hamil berparitas rendah cenderung memiliki kehamilan yang berisiko.

Menurut peneliti, pada penelitian ini faktor lain yang cenderung menyebabkan kecemasan adalah risiko kehamilan. Hal ini disebabkan karena mayoritas pasien yang datang ke rumah sakit adalah pasien rujukan dari fasilitas kesehatan pertama yang umumnya datang sudah dengan penyulit atau faktor risiko. Menurut Rodrigues (2016) kecemasan dalam kehamilan dapat muncul akibat dari penyulit yang didapat selama kehamilan.

Penelitian ini memiliki keterbatasan karena memasukkan kriteria kehamilan yang berisiko dan stressor psikososial. Mayoritas ibu hamil yang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Kota Pangkalpinang dirujuk dari fasilitas kesehatan pertama karena kehamilannya yang berisiko. Selain itu ibu hamil tanpa stressor psikososial juga tidak mencukupi besar sampel yang dibutuhkan. Sehingga kedua kriteria tersebut tetap dianalisis.

Keterbatasan lain yang didapatkan dari penelitian ini adalah cukup sulitnya interaksi dengan responden. Pada saat pandemi seperti saat ini, durasi pelayanan dan kegiatan di poli dibatasi. Sehingga sebagian responden tidak bisa diwawancarai langsung. Hal ini mengakibatkan beberapa responden enggan memberikan informasi meskipun sudah menyetujui *informed consent* di rumah sakit. Selain itu, teknik pengisian mandiri melalui *google form*

membuat responden dapat memilih jawaban tanpa pengawasan sehingga menyebabkan bias pada hasil penelitian.

Kekurangan-kekurangan dalam penelitian ini memungkinkan terjadinya bias dan menyebabkan hasil penelitian tidak sejalan dengan penelitian-penelitian sebelumnya.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Adapun kesimpulan pada penelitian ini adalah status paritas tidak berhubungan dengan derajat kecemasan yang dialami ibu pada masa kehamilan.

5.2. Saran

Saran yang dapat diajukan terkait dengan hasil penelitian yaitu perlunya mengeluarkan kriteria kehamilan yang berisiko dan stressor psikososial. Selain itu, perlu dilakukan pula penilaian mekanisme coping dan dukungan keluarga yang secara teori juga dapat menyebabkan kecemasan.



DAFTAR PUSTAKA

- Abay Taryana, Aan Nur'aeni, A.P. 2017. Tingkat kecemasan klien gagal ginjal terminal pada tindakan hemodialisis. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 4(1): 37–45.
- Abu-Heija, A.T., Al-Bash, M.R. & Al-Kalbani, M.A. 2017. Effects of maternal age, parity and pre-pregnancy body mass index on the glucose challenge test and gestational diabetes mellitus. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 12(4): 338–342.
- Accortt, E.E., Cheadle, A.C.D. & Dunkel Schetter, C. 2015. Prenatal Depression and Adverse Birth Outcomes: An Updated Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6): 1306–1337.
- Adhikari, K., Patten, S.B., Williamson, T., Patel, A.B., Premji, S., Tough, S., Letourneau, N., Giesbrecht, G. & Metcalfe, A. 2020. Neighbourhood socioeconomic status modifies the association between anxiety and depression during pregnancy and preterm birth: A Community-based Canadian cohort study. *BMJ Open*, 10(2): 1–9.
- Adwas, A.A., Jbireal, J.M. & Azab, A.E. 2019. Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(October): 80–91.
- Andayasari, L. & Opitasari, C. 2016. Parity and risk of low birth weight infant in full term pregnancy. *Health Science Journal of Indonesia*, 7(1): 13–16.
- Arch, J.J. 2013. Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54(3): 217–228.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. & Pariante, C.M. 2016. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191: 62–77.
- Bieber, A.K., Martires, K.J., Driscoll, M.S., Grant-Kels, J.M., Pomeranz, M.K. & Stein, J.A. 2016. Nevi and pregnancy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(4): 661–666.
- BKKBN. 2018. Angka Usia Kawin Pertama (UKP) Wanita Usia Subur.
- Blackmore, E.R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C. & Connor, T.G.O. 2017. Significance from a Prospective Longitudinal Study. : 251–258.
- Cacioppo, S., Balogh, S. & Cacioppo, J.T. 2015. Implicit attention to negative social, in contrast to nonsocial, words in the Stroop task differs between individuals high and low in loneliness: Evidence from event-related brain microstates. *Cortex*, 70: 213–233.

- Coffman, J.A. 2020. Chronic stress, physiological adaptation and developmental programming of the neuroendocrine stress system. *Future Neurology*, 15(1).
- Cunningham, F. Gary; Leveno, Kenneth J.; Bloom, S.L. 2014. *Williams OBSTETRICS*. 24th ed. McGraw-Hill Education.
- Curran, E., Rosato, M., Ferry, F. & Leavey, G. 2020. Prevalence and factors associated with anxiety and depression in older adults: Gender differences in psychosocial indicators. *Journal of Affective Disorders*, 267(December 2019): 114–122.
- Dahlan, M.S. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel ddam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. 3rd ed. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H. & Sparud-Lundin, C. 2019. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2): 99–111.
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. 2013. The Emotional and Hormonal Pathways of Labour and Birth: Integrating Mind, Body and Behaviour. *New Zealand College of Midwives Journal*, 48: 15–23.
- Din, Z.U., Ambreen, S., Iqbal, Z., Iqbal, M. & Ahmad, S. 2016. Determinants of antenatal psychological distress in Pakistani women. *Noropsikiyatri Arsivi*, 53(2): 152–157.
- Doktorchik, C., Premji, S., Slater, D., Williamson, T., Tough, S. & Patten, S. 2018. Patterns of change in anxiety and depression during pregnancy predict preterm birth. *Journal of Affective Disorders*, 227: 71–78.
- Edyanti, Deal Baby; Indawati, R. 2014. Faktor Pada Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Kebidanan. *CIREN - Open Access Proceedings Journal*, 2017(July): 1–67.
- Egelioglu Cetişli, N., Denizci Zirek, Z.Y. & Bakılan Abalı, F. 2016. O medo do parto e do puerpério em gestantes e os fatores que as afetam. *Aquichan*, 16(1): 32–42.
- Elida, S., Fitri Siregar, S.M., Husna, A., Fera, D. & Azwar, A. 2019. The Influence of Maternal Age, Parity and Education on Infant Mortality in West Aceh Regency. *J-Kesmas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat (The Indonesian Journal of Public Health)*, 6(2): 80.
- Ferrari, F., Faccio, F., Peccatori, F. & Pravettoni, G. 2018. Psychological issues and construction of the mother-child relationship in women with cancer during pregnancy: A perspective on current and future directions. *BMC Psychology*, 6(1): 4–7.
- Gaikwad, R.A. & Chavan, N.N. 2017. Study of cases of rupture uterus in a tertiary institute and its maternal and perinatal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(9):

4023.

- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M.C., Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., Castellini, G. & Faravelli, C. 2012. Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1): 21–30.
- Gilles, M., Otto, H., Wolf, I.A.C., Scharnholtz, B., Peus, V., Schredl, M., Sütterlin, M.W., Witt, S.H., Rietschel, M., Laucht, M. & Deuschle, M. 2018. Maternal hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) system activity and stress during pregnancy: Effects on gestational age and infant's anthropometric measures at birth. *Psychoneuroendocrinology*, 94(August 2017): 152–161.
- Gonzalez Suarez, M.L., Kattah, A., Grande, J.P. & Garovic, V. 2019. Renal Disorders in Pregnancy: Core Curriculum 2019. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(1): 119–130.
- Guardino, C.M. & Dunkel Schetter, C. 2014. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 8(1): 70–94.
- Guilliams, T.G. 2020. HPA Axis Road Map. In *The Role of Stress and the HPA Axis in Chronic Disease Management*.
- Guilliams, T.G. & Edwards, L. 2010. Chronic stress and the HPA axis: Clinical assessment and therapeutic considerations. *The Standard*, 9(2): 1–12.
- Heriani, H. 2016. Kecemasan dalam Menjelang Persalinan Ditinjau Dari Paritas, Usia dan Tingkat Pendidikan. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(2): 01–08.
- Hickey, M., Bryant, C. & Judd, F. 2012. Evaluation and management of depressive and anxiety symptoms in midlife. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, 15(1): 3–9.
- Hidalgo Vicario, M.H. & Rodríguez Hernández, P.R. 2013. *DSM-5. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. últimas novedades*.
- Hiebert, L. 2016. Adolescent Health: Parity and Nutritional Status among Married Women What is Unique for Adolescents and What is Similar to Older Women? : 24.
- Holanda, A.A.R. de, Gonçalves, A.K. da S., Medeiros, R.D. de, Oliveira, A.M.G. de & Maranhão, T.M. de O. 2016. Ultrasound findings of the physiological changes and most common breast diseases during pregnancy and lactation. *Radiologia Brasileira*, 49(6): 389–396.
- Huizink, A.C. 2002. *Coping in normal pregnancy*.
- Huizink, A.C., Delforterie, M.J., Scheinin, N.M., Tolvanen, M., Karlsson, L. & Karlsson, H. 2016. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's*

Mental Health, 19(1): 125–132.

- Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Robles De Medina, P.G., Visser, G.H.A. & Buitelaar, J.K. 2004. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2): 81–91.
- Husna, N., Demartoto, arg & Respati, S.H. 2016. Factors Associated with Early Marriage in Sleman, Yogyakarta. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 01(02): 87–98.
- Inayah, S. 2017. Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Di Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Skripsi Program Studi Div.
- Itedal. 2017. Impact of Maternal Age and Parity in Incidence of Placenta Previa. , (June).
- Joy Vink; Kristin Myers. 2019. Cervical Alterations in Pregnancy. *Physiology & behavior*, 176(1): 139–148.
- Julian, L.J. 2011. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11).
- Kaur, J. & Kaur, K. 2012. Obstetric complications: Primiparity Vs. Multiparity. *European Journal of Experimental Biology*, 2(5): 1462–1468.
- Kemenkes RI. 2019. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*.
- Khalesi, Z.B. & Bokaie, M. 2018. The association between pregnancy-specific anxiety and preterm birth: A cohort study. *African Health Sciences*, 18(3): 569–575.
- Khan, M.M.A. & Khan, M.N. 2020. Effects of psychosocial and socio-environmental factors on anxiety disorder among adolescents in Bangladesh. *Brain and Behavior*, 10(12): 1–10.
- Khavari, F., Golmakani, N. & Saki, A. 2017. The Relationship between Prenatal Coping Strategies and Irrational Beliefs in Pregnant Woman. , 6(2): 1215–1222.
- Khwepeya, M., Lee, G.T., Chen, S.R. & Kuo, S.Y. 2018. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1): 1–10.
- Kodogo, V., Azibani, F. & Sliwa, K. 2019. Role of pregnancy hormones and hormonal interaction on the maternal cardiovascular system: a literature review. *Clinical Research in Cardiology*, 108(8): 831–846.
- Koullali, B., Van Zijl, M.D., Kazemier, B.M., Oudijk, M.A., Mol, B.W.J., Pajkrt, E. & Ravelli, A.C.J. 2020. The association between parity and spontaneous preterm birth: A population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1): 1–8.

- Lai, Y.P. 2018. Pregnancy-related anxiety associated with small-for-gestational-age infants.
- Lindsay, J.R. & Nieman, L.K. 2005. *The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy: Challenges in disease detection and treatment.*
- LoMauro, A. & Aliverti, A. 2015. Respiratory physiology of pregnancy. *Breathe*, 11(4): 297–301.
- Madhavanprabhakaran, G.K., D'Souza, M.S. & Nairy, K.S. 2015. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3: 1–7.
- Majella, M.G. 2019. A longitudinal study on high risk pregnancy and its outcome among antenatal women attending rural primary health centre in Puducherry, South India.
- Manuaba, I.B.G. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan.* Jakarta: EGC.
- Martínez-Galiano, J.M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M. & Gómez-Salgado, J. 2019. Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Scientific Reports*, 9(1): 1–8.
- Martinez, C.A., Marteinsdottir, I., Josefsson, A., Sydsjö, G., Theodorsson, E. & Rodriguez-Martinez, H. 2020. Expression of stress-mediating genes is increased in term placentas of women with chronic self-perceived anxiety and depression. *Genes*, 11(8): 1–16.
- Martini, J., Asselmann, E., Einsle, F., Strehle, J. & Wittchen, H.U. 2016. A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 40: 58–66.
- Maximino, C. 2012. Serotonin and anxiety: Neuroanatomical, Pharmacological, and Functional Aspects. *Neuroscientist*, 5(4): 199.
- Maynard, R.I.T.S.E. 2017. Renal and urinary tract physiology in normal pregnancy. : 1–10.
- Medicine, M. 2013. Committee opinion no 579: Definition of term pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 122(5): 1139–1140.
- Meltzer-Brody, S., Stuebe, A., Dole, N., Savitz, D., Rubinow, D. & Thorp, J. 2011. Elevated Corticotropin Releasing Hormone (CRH) during pregnancy and risk of Postpartum Depression (PPD). *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96(1): 40–47.
- Motosko, C.C., Bieber, A.K., Pomeranz, M.K., Stein, J.A. & Martires, K.J. 2017.

- Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *International Journal of Women's Dermatology*, 3(4): 219–224.
- Mulyana, R.S., Jaya Kusuma, A.A.N., Hariyasa Sanjaya, I.N. & Sri Widiyanti, E. 2016. Characteristics of High-Risk Pregnancy in Sanglah General Hospital 2011-2014. *Bali Medical Journal*, 5(2): 163.
- Narmandakh, A., Roest, A.M., de Jonge, P. & Oldehinkel, A.J. 2020. Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Nasreen, H.E., Pasi, H.B., Rifin, S.M., Aris, M.A.M., Rahman, J.A., Rus, R.M. & Edhborg, M. 2019. Impact of maternal antepartum depressive and anxiety symptoms on birth outcomes and mode of delivery: A prospective cohort study in east and west coasts of Malaysia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1): 1–11.
- Nath, A., Venkatesh, S., Balan, S., Metgud, C.S., Krishna, M. & Murthy, G.V.S. 2019. <p>The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India</p>. *International Journal of Women's Health*, Volume 11: 241–248.
- Nekoe, T. & Zarei, M. 2015. Evaluation the Anxiety Status of Pregnant Women in the Third Trimester of Pregnancy and Fear of Childbirth and Related Factors. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 9(12): 1–8.
- Nisa, S.M.K., Murti, B. & Qadrijati, I. 2018. Psychosocial Factors Associated with Anxiety and Delivery Pain. *Journal of Maternal and Child Health*, 03(01): 44–58.
- Nuss, P. 2015. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: A disturbance of modulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11: 165–175.
- Obrowski, M. 2016. Normal Pregnancy: A Clinical Review. *Academic Journal of Pediatrics & Neonatology*, 1(1): 15–18.
- Olanike Busari, A. 2018. Multiple sclerosis Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among Pregnant Women. *Open Access Journal of Neurology & Neurosurgery*, 9(2).
- Opitasari, C. & Andayasari, L. 2014. Parity, education level and risk for (pre-) eclampsia in selected hospitals in Jakarta. *Health Science Journal of Indonesia*, 5(1): 35–39.
- Panicker, V. V., Riyaz, N. & Balachandran, P.K. 2017. A clinical study of cutaneous changes in pregnancy. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 7(1): 63–70.
- Peterson, A.K., Toledo-Corral, C.M., Chavez, T.A., Naya, C.H., Johnson, M., Eckel, S.P., Lerner, D., Grubbs, B.H., Farzan, S.F., Dunton, G.F., Bastain,

- T.M. & Breton, C. V. 2020. Prenatal maternal cortisol levels and infant birth weight in a predominately low-income hispanic cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18): 1–13.
- Petraglia, F., Imperatore, A. & Challis, J.R.G. 2010. Neuroendocrine mechanisms in pregnancy and parturition. *Endocrine Reviews*, 31(6): 783–816.
- Pigott, T.A. 2003. Anxiety disorders in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3): 621–672.
- Polte, C., Junge, C., von Soest, T., Seidler, A., Eberhard-Gran, M. & Garthus-Niegel, S. 2019. Impact of Maternal Perinatal Anxiety on Social-Emotional Development of 2-Year-Olds, A Prospective Study of Norwegian Mothers and Their Offspring: The Impact of Perinatal Anxiety on Child Development. *Maternal and Child Health Journal*, 23(3): 386–396.
- Ramdan, I.M. 2019. Reliability and Validity Test of the Indonesian Version of the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) to Measure Work-related Stress in Nursing. *Jurnal Ners*, 14(1): 33.
- Rees, S., Channon, S. & Waters, C.S. 2019. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2): 257–280.
- Rodrigues, P.B., Zambaldi, C.F., Cantilino, A. & Sougey, E.B. 2016. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3): 136–140.
- Rutgers, M.P. 2015. The rat as a model for studying maternal behavior 5 . The rat as a model for studying maternal behavior. , (December).
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. 2015. *Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. M. D. Caroly S. Pataki, M.D. Norman Sussman, ed. Wolters Kluwer.
- Sanghavi, M. & Rutherford, J.D. 2014. Cardiovascular physiology of pregnancy. *Circulation*, 130(12): 1003–1008.
- Santoft, F., Hedman-Lagerlöf, E., Salomonsson, S., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Kecklund, G., Lekander, M. & Andreasson, A. 2020. Inflammatory cytokines in patients with common mental disorders treated with cognitive behavior therapy. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 3(February): 100045.
- Schetter, C.D. 2011. Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62: 531–558.
- Shah, T., Warsi, J. & Laghari, Z. 2020. Anemia and its association with parity. *The Professional Medical Journal*, 27(05): 968–972.

- Silva, M.M. de J., Nogueira, D.A., Clapis, M.J. & Leite, E.P.R.C. 2017. Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem*, 51(September).
- Solanke, B.L. 2019. Maternal socio-demographic factors associated with low parity and grand multiparity in Nigeria. *Women and Health*, 59(7): 730–747.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. & Mebazaa, A. 2016. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2): 89–94.
- Sonfield, A., Hasstedt, K., Kavanaugh, M.L. & Anderson, R. 2013. The Social and Economic Benefits of Women ' s Ability To Determine Whether and When to Have Children. *Guttmacher Institute*, (March): 44.
- Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. de la F., Gomis, A.I.E., Barriendos, F.J.F., Le, H.N., Blanco, C.F., González, A.M., Álvarez, E., de la Mata, Á., Bernardo, C.C., Hortal, M.L. & Hortal, B.F. 2018. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3): 257–263.
- Stein, D.J. & Nesse, R.M. 2015. Normal and Abnormal Anxiety in the Age of DSM-5 and ICD-11. *Emotion Review*, 7(3): 223–229.
- Stolzenberg, D.S. & Champagne, F.A. 2016. Hormonal and non-hormonal bases of maternal behavior: The role of experience and epigenetic mechanisms. *Hormones and Behavior*, 77: 204–210.
- Tal, R. 2015. *Endocrinology of Pregnancy*. South Dartmouth: MDTesxt.com, Inc.
- Thompson, E. 2015. Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A). *Occupational Medicine*, 65(7): 601.
- Unzila, R.F. & Agustina, I. 2020. to Anxiety at Kepanjenkidul Primary Care in Blitar History Article: *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*: 177–181.
- Vashi, R., Hooley, R., Butler, R., Geisel, J. & Philpotts, L. 2013. Breast imaging of the pregnant and lactating patient: Physiologic changes and common benign entities. *American Journal of Roentgenology*, 200(2): 329–336.
- Vionalita, G. & Permata, N.T. 2020. The Relationship Between Age of Pregnant Women and Parity With the Incidence of Anemia in Third Semester Pregnant Women. , 30(Ichd): 125–128.
- Wallace, K. & Araj, S. 2020. An Overview of Maternal Anxiety During Pregnancy and the Post-Partum Period. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 4(4): 47–56.
- Waqas, A., Raza, N., Lodhi, H.W., Muhammad, Z., Jamal, M., Rehman, A., Uebelacker, L.A., Madhavanprabhakaran, G.K., D'Souza, M.S., Nairy, K.S.,

- Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Robles De Medina, P.G., Visser, G.H.A., Buitelaar, J.K., Pigott, T.A., Norhayati, M.N., Nik Hazlina, N.H., Asrenee, A.R., Wan Emilin, W.M.A., Loomans, E.M., Van Dijk, A.E., Vrijkotte, T.G.M., Van Eijdsden, M., Stronks, K., Gemke, R.J.B.J., Van Den Bergh, B.R.H., Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G., Mazure, C.M., Hickey, M., Bryant, C., Judd, F., Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M.C., Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., Castellini, G., Faravelli, C., Lebel, C., Mackinnon, A., Bagshawe, M., Adwas, A.A., Jbireal, J.M., Azab, A.E., Din, Z.U., Ambreen, S., Iqbal, Z., Iqbal, M., Ahmad, S., Accortt, E.E., Cheadle, A.C.D., Dunkel Schetter, C., Silva, M.M. de J., Nogueira, D.A., Clapis, M.J. & Leite, E.P.R.C. 2015. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 15(1): 621–672.
- Wardani, H.W., Agustina, R. & Damayanti, E.A.F. 2018. Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Ibu Hamil Primigravida Trimester III. *Dunia Keperawatan*, 6(1): 1.
- WHO. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland.
- Winkel, S., Einsle, F., Pieper, L., Höfler, M., Wittchen, H.U. & Martini, J. 2015. Associations of anxiety disorders, depressive disorders and body weight with hypertension during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3): 473–483.
- Won, E. & Kim, Y.-K. 2016. Stress, the Autonomic Nervous System, and the Immune-kynurenine Pathway in the Etiology of Depression. *Current Neuropharmacology*, 14(7): 665–673.
- Yaari, M., Treyvaud, K., Lee, K.J., Doyle, L.W. & Anderson, P.J. 2019. Preterm Birth and Maternal Mental Health: Longitudinal Trajectories and Predictors. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(6): 736–747.
- Yu, M., Gong, W., Taylor, B., Cai, Y. & Roman Xu, D. 2020. Coping styles in pregnancy, their demographic and psychological influences, and their association with postpartum depression: A longitudinal study of women in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10): 1–15.
- Zangrossi, H., Del Ben, C.M., Graeff, F.G. & Guimarães, F.S. 2020. Serotonin in panic and anxiety disorders. *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 31: 611–633.
- Zeng, Y., Cui, Y. & Li, J. 2015. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15(1): 1–7.
- Zimmermann, M., Chong, A.K., Vecchiu, C. & Papa, A. 2020. Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Research*, 285: 112705.

Zoubovsky, S.P., Hoseus, S., Tumukuntala, S., Schulkin, J.O., Williams, M.T., Vorhees, C. V. & Muglia, L.J. 2020. Chronic psychosocial stress during pregnancy affects maternal behavior and neuroendocrine function and modulates hypothalamic CRH and nuclear steroid receptor expression. *Translational Psychiatry*, 10(1).

Zulfira Ananda, D.D. 2015. Kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien stroke. *Universitas Syiah Kuala Banda Aceh*, 53(9): 1689–1699.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Responden 1

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Dengan hormat,

Dengan adanya surat ini, saya Aulia Firdiana, mahasiswa Fakultas Kedokteran UNISSULA Semarang angkatan 2017, memohon dengan kesediaan saudara/I untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan saya lakukan dengan judul, **“HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT KECEMASAN DALAM KEHAMILAN” (Studi Observasional Analitik di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang Mei – Juli 2021).** Atas ketersediaannya saya sampaikan terima kasih.

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Telp/Hp :

Dengan ini menyatakan bersedia tanpa paksaan untuk menjadi responden dalam penelitian saya, serta tidak keberatan apabila hasil penelitiannya ini dipublikasikan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dengan menjaga kerahasiaan dari responden.

Dengan demikian penelitian ini saya dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan

dari pihak manapun.

Peneliti

Pangkalpinang, Mei 2021

Responden,

(Aulia Firdiana)

(.....)



Lampiran 2. Data Responden dan Kuesioner PRAQ-R2

Lampiran 2. Data Responden dan Kuesioner 1

Petunjuk umum pengisian :

1. Ibu diharapkan bersedia menjawab semua pertanyaan yang diajukan peneliti berdasarkan uraian yang tertulis di lembar kuesioner ini.
2. Berilah tanda (√) pada data responden dan kuesioner sesuai keadaan responden.
3. Jika pertanyaan tidak jelas atau kurang dimengerti, silahkan bertanya pada peneliti.

DATA RESPONDEN :

1. Usia Ibu : ≤ 20 tahun
 21 – 34 tahun
 ≥ 35 tahun
2. Pekerjaan : bekerja
 tidak bekerja
3. Pendidikan terakhir : SD
 SMP
 SMA
 Perguruan Tinggi
4. Pendapatan : ≤ Rp. 3.230.022,-
 > Rp. 3.230.022,-
5. Usia kehamilan saat ini : 1 – 13 minggu (Trimester I)
 14 – 27 minggu (Trimester II)

28 – 41 minggu (Trimester III)

1. Jumlah kehamilan >20 minggu : 0 anak

1 anak

> 1 anak

2. Risiko kehamilan : anemia

hipertensi

HIV/sifilis

hamil kembar

hipotiroidisme

diabetes gestasional

riwayat operasi caesar

riwayat malpresentasi

riwayat abortus

riwayat prematur

dll, sebutkan

3. Stress psikososial lain ada/tidak : merokok

menggunakan alkohol

aktivitas fisik yang rendah

kesepian

mengalami kejadian hidup yang

sangat mengguncang

stres berkepanjangan yang

didapat dari pekerjaan

KUESIONER PRAQ-R2:

No.	Pertanyaan	Pernah	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sangat Sering
1.	Saya cemas mengenai persalinan					
2.	Saya khawatir mengenai sakit pada saat kontraksi dan selama proses persalinan					
3.	Saya khawatir terhadap fakta bahwa saya mungkin tidak akan memperoleh bentuk badan kembali seperti semula setelah melahirkan					
4.	Saya berfikir bahwa anak saya akan memiliki tingkat kesehatan yang lemah/kurang dan mudah terkena penyakit					
5.	Saya khawatir tidak bisa mengontrol diri sendiri selama persalinan dan takut bahwa saya akan berteriak					
6.	Saya peduli terhadap penampilan tidak menarik saya					
7.	Saya khawatir terhadap penambahan berat badan saya yang berlebihan					
8.	Saya takut bahwa bayi saya akan mengalami cacat mental atau akan menderita kerusakan otak					
9.	Saya takut bahwa bayi kami akan meninggal saat lahir atau akan meninggal selama dan beberapa saat setelah persalinan					
10.	Saya takut bahwa bayi kami akan menderita kelainan fisik atau khawatir akan terjadi sesuatu yang salah terhadap bentuk fisik pada bayi					

Lampiran 3. Data Penelitian Derajat Kecemasan pasien hamil

Nama	Usia ibu	Pekerjaan	Pendidikan	Status sosiekonomi	Risiko kehamilan	Usia gestasi (trimester ke-)	Status paritas	Stres psikososial	PRAQ-R2									Interpretasi		
									A1	A2	A3	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	jumlah	skala
Ny. S	27	ya	PT	tinggi	tinggi	2	nullipara	tidak ada	3	3	5	1	2	3	4	1	4	3	29	sedang
Ny. RJ	29	tidak	SMA	tinggi	tinggi	1	primipara	tidak ada	2	1	1	3	3	3	4	1	2	1	21	ringan
Ny. L	26	tidak	SMP	rendah	tinggi	1	primipara	tidak ada	1	1	1	3	2	2	3	1	1	1	16	ringan
Ny. YM	35	tidak	SMA	tinggi	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	15	ringan
Ny. Y	34	tidak	SMA	tinggi	tinggi	2	primipara	tidak ada	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	15	ringan
Ny. NB	26	tidak	SMA	tinggi	tinggi	2	multipara	tidak ada	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	16	ringan
Ny. AY	39	ya	PT	tinggi	tinggi	2	multipara	tidak ada	3	1	1	1	1	2	2	2	1	1	15	ringan
Ny. R	29	tidak	SD	rendah	rendah	2	multipara	tidak ada	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	12	ringan
Ny. Z	30	tidak	SD	rendah	rendah	3	multipara	tidak ada	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	ringan
Ny. NY	26	ya	SMA	tinggi	tinggi	2	multipara	tidak ada	2	1	1	3	3	1	3	1	1	1	17	ringan
Ny. RS	21	tidak	SMA	rendah	rendah	2	primipara	tidak ada	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	13	ringan
Ny. A	36	tidak	SD	rendah	tinggi	3	primipara	tidak ada	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	12	ringan
Ny. E	34	tidak	SD	rendah	tinggi	2	multipara	tidak ada	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	13	ringan
Ny. N	31	ya	SMA	tinggi	tinggi	2	multipara	ada	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	16	ringan
Ny. RK	29	ya	PT	tinggi	rendah	2	multipara	tidak ada	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	ringan
Ny. LS	43	ya	PT	tinggi	tinggi	2	primipara	ada	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	13	ringan
Ny. M	30	tidak	SMA	tinggi	tinggi	3	multipara	tidak ada	2	2	1	3	2	2	3	2	2	1	20	ringan
Ny. KS	29	ya	SMA	tinggi	tinggi	2	primipara	tidak ada	2	1	1	1	1	1	3	3	2	2	17	ringan
Ny. SE	23	tidak	SMP	tinggi	tinggi	2	primipara	ada	2	2	3	1	5	5	5	1	1	1	26	sedang
Ny. A	39	tidak	SD	rendah	tinggi	3	primipara	tidak ada	1	1	1	3	2	3	2	2	2	2	19	ringan
Ny. UK	27	tidak	SD	rendah	rendah	3	multipara	tidak ada	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	13	ringan
Ny. S	25	tidak	SD	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	3	1	1	2	2	2	2	16	ringan
Ny. N	28	ya	SMA	tinggi	rendah	1	nullipara	tidak ada	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	16	ringan
Ny. S	35	tidak	SMA	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	3	1	1	2	1	1	3	3	2	3	20	ringan
Ny. M	28	ya	SMA	tinggi	rendah	1	nullipara	tidak ada	2	2	1	2	2	1	2	3	1	2	18	ringan
Ny. FAS	29	tidak	SMP	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	2	2	1	2	3	2	3	18	ringan
Ny. NK	25	tidak	SMA	tinggi	tinggi	2	primipara	tidak ada	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	16	ringan
Ny. S	40	tidak	SD	tinggi	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	12	ringan
Ny. DS	16	tidak	SD	rendah	tinggi	2	nullipara	tidak ada	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	14	ringan
Ny. IS	25	tidak	PT	rendah	rendah	1	nullipara	tidak ada	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	11	ringan
Ny. N	28	tidak	SMA	tinggi	tinggi	3	multipara	tidak ada	2	1	1	3	1	3	2	3	2	2	20	ringan
Ny. A	34	tidak	SMA	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	17	ringan
Ny. J	31	tidak	SD	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	2	1	1	4	2	3	4	1	2	1	21	ringan
Ny. SZ	25	ya	SMA	rendah	tinggi	1	primipara	tidak ada	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	15	ringan
Ny. US	24	ya	SMA	rendah	rendah	2	primipara	tidak ada	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13	ringan

Ny. SM	27	tidak	SMP	rendah	rendah	1	nullipara	tidak ada	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	13	ringan
Ny. W	18	tidak	SMP	rendah	tinggi	2	primipara	tidak ada	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	13	ringan
Ny. L	31	ya	SMA	tinggi	tinggi	2	primipara	tidak ada	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	14	ringan
Ny. HE	39	ya	PT	tinggi	tinggi	1	nullipara	tidak ada	4	1	1	2	1	2	3	1	1	1	17	ringan
Ny. M	37	ya	SMA	tinggi	tinggi	2	multipara	tidak ada	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	12	ringan
Ny. F	35	ya	PT	tinggi	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	11	ringan
Ny. D	27	tidak	SMA	tinggi	tinggi	3	primipara	tidak ada	3	1	1	3	1	2	2	2	2	2	19	ringan
Ny. YR	27	tidak	SMP	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	14	ringan
Ny. P	27	tidak	SMP	rendah	tinggi	2	nullipara	tidak ada	2	1	1	2	2	3	3	1	1	1	17	ringan
Ny. N	28	ya	SMA	tinggi	rendah	3	multipara	tidak ada	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	ringan
Ny. VS	37	tidak	SD	tinggi	tinggi	2	multipara	tidak ada	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2	17	ringan
Ny. S	38	tidak	SD	rendah	tinggi	3	multipara	tidak ada	2	1	1	3	1	1	2	2	2	2	17	ringan
Ny. RH	27	tidak	SMA	tinggi	tinggi	3	multipara	tidak ada	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	15	ringan



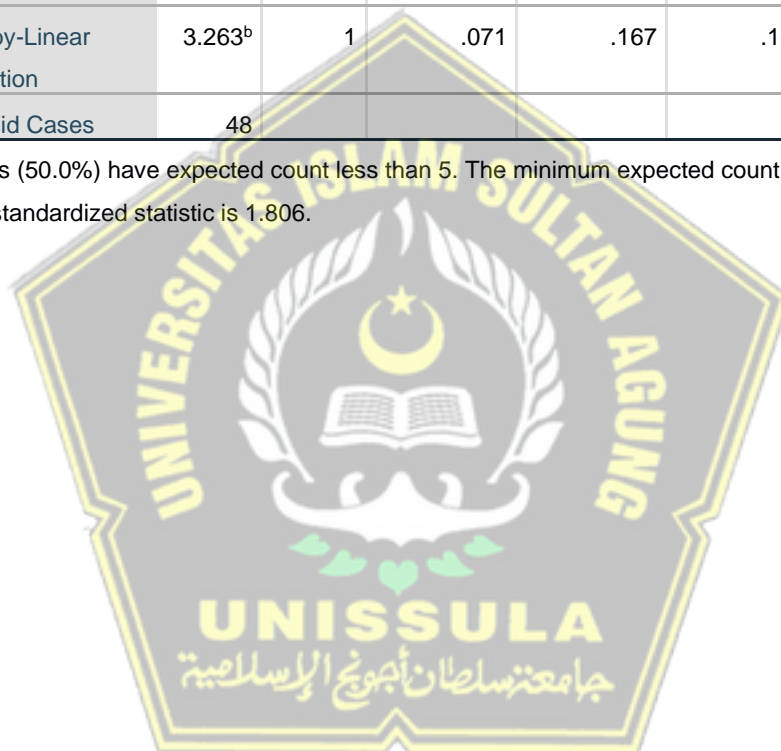
Lampiran 4. Analisis Bivariat Hubungan Status Paritas dengan Derajat Kecemasan dalam Kehamilan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.106 ^a	2	.078	.167		
Likelihood Ratio	3.693	2	.158	.167		
Fisher's Exact Test	3.557			.167		
Linear-by-Linear Association	3.263 ^b	1	.071	.167	.167	.167
N of Valid Cases	48					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .17.

b. The standardized statistic is 1.806.



Lampiran 5. Ethical Clearance

**KOMISI BIOETIKA PENELITIAN KEDOKTERAN/KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Sekretariat : Gedung C Lantai I Fakultas Kedokteran Unissula
Jl. Raya Kaligawe Km 4 Semarang, Telp. 024-6583584, Fax 024-6594366

Ethical Clearance

No. 152/V/2021/Komisi Bioetik

Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang, setelah melakukan pengkajian atas usulan penelitian yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT
KECEMASAN DALAM KEHAMILAN**
Studi Observasional Analitik di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang
Mei – Juli 2021

Peneliti Utama : Aulia Firdiana
Pembimbing : dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ.
dr. Andina Putri Aulia, M.Si.
Tempat Penelitian : RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang

dengan ini menyatakan bahwa usulan penelitian diatas telah memenuhi prasyarat etik penelitian. Oleh karena itu Komisi Bioetika merekomendasikan agar penelitian ini dapat dilaksanakan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki dan panduan yang tertuang dalam Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI tahun 2004.

Semarang, 31 Mei 2021

Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/Kesehatan
Fakultas Kedokteran Unissula

Ketua,



(dr. Sofwan Dahlan, Sp.F(K))

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian



YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)

Jl. Raya Kaligawe Km.4 Semarang 50112 Telp. (024) 6583584 (8 Sal) Fax.(024) 6582455
email : informasi@unissula.ac.id web : www.unissula.ac.id

FAKULTAS KEDOKTERAN

Bismillah Membangun Generasi Khaira Ummah

No : 065/ SKRIPSI/SA-K/IV/2021
Lampiran :-
Perihal : Surat Ijin Pendahuluan Penelitian

FORM-SA-K-PSPK-078

Kepada : Yth. Direktur RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang
di Tempat

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dengan ini kami hadapkan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung (Unissula) Semarang,

Nama : AULIA FIRDIANA
NIM : 30101700030
Semester : VIII (Delapan)

Mohon diijinkan untuk melakukan Penelitian / Pengambilan Data di Bagian Poli Kebidanan dan Ginekologi (OBGYN) RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang sebagai bahan penulisan Skripsi dengan judul :

HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT KECEMASAN DALAM KEHAMILAN Studi Observasional di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang

Pembimbing I : dr. Ely Noerhidajati Sp.KJ
Pembimbing II : dr. Andina Putri Aulia M.Si

Demikian atas bantuan serta kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Semarang, 10 April 2021

Dekan FK Unissula,



Dr.dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF. *Ref*
NIK 210199049

Lampiran 7. Surat Keterangan Selesai Penelitian



DINAS KESEHATAN KOTA PANGKALPINANG
UPTD. RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DEPATI HAMZAH

Jalan Soekarno Hatta Telp. (0717) 422693 Fax. (0717) 421324
 PANGKALPINANG 33143



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

NOMOR: 421.B/74/RSUDDH/VIII/2021

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Muhamad Fauzan
 Jabatan : Direktur

Dengan ini menyatakan bahwa Mahasiswa :

Nama : Aulia Firdiana
 NIM : 30101700030
 Semester : VIII
 Fakultas : Fakultas Kedokteran
 Universitas : Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Telah melaksanakan pengambilan data dan penelitian di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang pada bulan Mei sd Juli 2021 dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul " Hubungan Antara Status Paritas Dengan Derajat Kecemasan Dalam Kehamilan "

Demikian surat ini dibuat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pangkalpinang, 06 Agustus 2021

RSUD Depati Hamzah
 Kota Pangkalpinang
 Direktur

dr. Muhamad Fauzan
 NIP.198011142010011008



Mari Wujudkan Pangkalpinang Bersih Narkoba

Lampiran 8. Surat Undangan Seminar Hasil

	FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG Jl. Raya Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah	No. Dokumen	FORM-SA-K-PPSK-018
		Tgl Berlaku	01 Oktober 2013
	Form Pengantar Ujian Hasil Penelitian Skripsi	No. Revisi	01
		Halaman	1 dari 1

No : 038/Skripsi-UH/FK/VIII/2021
 Hal : Pengantar Ujian Hasil Penelitian Skripsi
 Lamp : 1 lembar

Kepada Yth. 1. dr. Yulice Soraya Nur Intan Sp. OG (Ketua)
 2. Dr.dr. Setyo Trisnadi Sp.KF., SH (Anggota)
 3. dr. Elly Noerhidajati Sp.KJ (Anggota)
 4. dr. Andina Putri Aulia M.Si (Anggota)

Penguji Skripsi FK UNISSULA
 di
 Semarang

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan hormat,

Bersama ini kami hadapkan mahasiswa sesuai yang tercantum di bawah ini :

Nama : AULIA FIRDIANA
 NIM : 30101700030
 Judul Skripsi : HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT
 KECEMASAN DALAM KEHAMILAN
 Studi Observasional di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang

Untuk dapat diuji pada waktu yang telah disepakati oleh mahasiswa ybs dengan ketiga/keempat Penguji. Adapun untuk mempertancar pelaksanaan ujian, para penguji dimohon untuk dapat hadir tepat waktu.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, 10 Agustus 2021

Ka. Unit Skripsi,



Dr. Rita Kartika Sari, SKM, MKes

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG Jl. Raya Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah Surat Keterangan Pelaksanaan Ujian Hasil Penelitian Skripsi	No. Dokumen	FORM-SA-K-PPSK-019
	Tgl Berlaku	01 Oktober 2013
	No. Revisi	01
	Halaman	1 dari 1

No. HP Mahasiswa : 089603592038

Yang bertanda tangan di bawah ini, adalah Tim Penguji Skripsi untuk mahasiswa :

Nama	: AULIA FIRDIANA
NIM	: 30101700030
Judul Skripsi	: HUBUNGAN ANTARA STATUS PARITAS DENGAN DERAJAT KECEMASAN DALAM KEHAMILAN Studi Observasional di RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang

Menyatakan persetujuan untuk menguji mahasiswa tersebut, pada :

Hari / Tgl	: Rabu, 11 Agustus 2021
Pukul	: 15.30
Tempat	: Zoom Meeting

TIM PENGUJI

1	dr. Yulice Soraya Nur Intan Sp. OG
2	Dr. dr. Setyo Trisnadi Sp. KF., SH
3	dr. Elly Noerhidajati Sp. KJ
4	dr. Andina Putri Aulia M. Si

Catatan :

1 lembar surat keterangan ini (yang sudah ditandatangani seluruh penguji) diserahkan ke sekretariat pada saat melaporkan waktu ujian yang sudah disepakati (paling lambat 2 hari sebelum ujian). Tanpa itu, ujian bagi mahasiswa ybs **tidak akan dipersiapkan**.