

## Research Artikel

**Faktor-Faktor Risiko dan Status Kecemasan Ibu dengan Kehamilan Tidak Diinginkan****Hairunnisa,<sup>1</sup> A. Mardiah Tahir,<sup>2</sup> Lenny M. Lisal,<sup>2</sup> Isharyah Sunarno,<sup>2</sup>  
Maisuri T. Chalid,<sup>2</sup> Rudy B. Leonardy<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Mahasiswa Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin<sup>2</sup>Staf Pengajar di Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Korepondensi: Hairunnisa, Email: hairunnisa@gmail.com

**Abstrak****Tujuan:** Untuk mengetahui hubungan faktor-faktor risiko dan status kecemasan pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan.**Metode:** Metode kasus kontrol terhadap 62 sampel perempuan dengan kehamilan tidak diinginkan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RSKDIA Fatimah, RSIA Sitti Khadijah 1, RSKDIA Pertiwi, RS Syekh Yusuf dan RSUD Lapalaloi periode Januari 2022–Juni 2022. Data diperoleh menggunakan kuesioner dan status kecemasan dihitung berdasarkan Hamilton Anxiety Rating Scale.**Hasil:** Kehamilan tidak diinginkan dihubungkan dengan paritas (16.500; CI 95%=3.675–74.081; p=0,001), penghasilan (OR 3.818; CI 95% = 1.398–10.429; p=0.012), *unmet needs* (OR 4.444; CI 95% = 2.087–9.464; p=0.001) dan penggunaan kontrasepsi (OR 2.722; CI 95%=1.309–5.659; p=0.011).**Kesimpulan:** Faktor risiko multiparitas, penghasilan, status *unmet need*, dan penggunaan kontrasepsi berhubungan dengan tingkat kecemasan pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan.**Kata kunci:** Kehamilan Tidak Diinginkan, Kecemasan, Faktor Risiko, Hamilton Anxiety Rating Scale***Risk Factors and Anxiety Status in Women with Unwanted Pregnancy*****Abstract****Objective:** To determine the relationship between risk factors and anxiety status in women with unwanted pregnancies.**Method:** Case control method of 62 samples of women with unwanted pregnancies at Dr. Wahidin Sudirohusodo, RSKDIA Fatimah, RSIA Sitti Khadijah 1, RSKDIA Pertiwi, Syekh Yusuf Hospital and Lapalaloi Hospital for the period January 2022 - June 2022. Data were obtained using a questionnaire and anxiety status was calculated based on the Hamilton Anxiety Rating Scale.**Results:** Unwanted pregnancy was associated with parity (16,500; 95% CI = 3,675–74,081; p=0.001), income (OR 3,818; 95% CI = 1,398–10,429; p=0,012), *unmet needs* (OR 4,444; 95% CI = 2.087–9.464; p=0.001) and contraceptive use (OR 2.722; 95% CI=1.309–5.659; p=0.011).**Conclusion:** Multiparity risk factors, income, *unmet need* status and contraceptive use are associated with the level of anxiety in mothers with unwanted pregnancies.**Key words:** Unwanted Pregnancy, Anxiety, Risk Factors, Hamilton Anxiety Rating Scale

## Pendahuluan

Kehamilan tidak diinginkan menjadi salah satu masalah kesehatan global pada ibu hamil. Hal ini karena kehamilan tidak diinginkan meningkatkan mortalitas dan morbiditas pada ibu hamil dan anaknya. Setiap kehamilan seharusnya merupakan kehamilan yang diinginkan oleh ibunya, termasuk kapan kehamilan dikehendaki dan berapa jumlah anak yang diinginkan. Kehamilan yang diinginkan jika kehamilan terjadi pada waktu yang tepat atau memang sudah berkeinginan untuk hamil (*intended pregnancy*). Namun, tidak semua wanita menghendaki dirinya hamil, bahkan dapat menimbulkan perasaan syok dan menyangkal kehamilan tersebut. Kehamilan tidak diinginkan (KTD/ *unintended pregnancy*) didefinisikan sebagai kehamilan yang terjadi pada saat tidak menginginkan anak pada saat itu (*mistimed pregnancy*) dan kehamilan yang tidak diharapkan sama sekali (*unwanted pregnancy*). Kehamilan tidak diinginkan akan menimbulkan dampak negatif pada aspek fisik, mental, sosial, dan ekonomi.<sup>1</sup>

Kejadian kehamilan tidak diinginkan di dunia adalah sebesar 38% dari total 210 juta kehamilan tiap tahunnya. Sebesar 22% dari total kejadian kehamilan tidak diinginkan berakhir kepada kejadian aborsi yang sering dilakukan dengan teknik atau kondisi yang tidak aman. Selain itu, 18% dari total kejadian kehamilan tidak diinginkan juga menyebabkan proses kelahiran yang tidak direncanakan. Kedua hal tersebut akan menyebabkan dampak yang signifikan terhadap masalah kesehatan reproduksi di dunia. Di Indonesia berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2017, terdapat 84% kehamilan yang diinginkan, 8% merupakan kehamilan yang tidak tepat waktu, dan 7% sisanya merupakan kehamilan tidak diinginkan.<sup>1-3</sup>

Salah satu komplikasi pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan adalah

kecemasan. Kecemasan pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan terjadi akibat ketidaksiapan ibu ataupun keluarga dalam merawat bayi dan dapat menyebabkan perilaku yang buruk dari ibu terhadap kehamilan, termasuk melakukan terminasi kehamilan. Atau jika kehamilannya diteruskan, akan berdampak buruk bagi ibu dan bayinya bahkan setelah melahirkan, di antaranya termasuk bayi prematur, bayi berat lahir rendah, serta gangguan perkembangan saraf. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis hendak mengetahui faktor-faktor risiko kecemasan pada kehamilan tidak diinginkan.<sup>4-6</sup>

## Metode

Penelitian ini telah dilakukan mengenai faktor-faktor risiko, alasan, dan status kecemasan pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan. Dengan kode etik Nomor: 839/UN.4.6.4.5.31/PP36/2021 di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Penelitian ini merupakan penelitian *analitik* dengan desain kasus kontrol. Pengumpulan data dilakukan selama 6 bulan dari Januari 2022–Juni 2022, di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RSIA Fatimah, RSIA St. Khadijah 1, RSKDIA Pertiwi, RS Syekh Yusuf dan RSUD Lapalaloi. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, terdapat 124 sampel yang terbagi menjadi 62 sampel yang masuk ke dalam kelompok kehamilan tidak diinginkan dan 62 sampel yang masuk ke dalam kelompok kontrol dengan kehamilan yang diinginkan.

Sampel penelitian adalah ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi yaitu bersedia ikut dalam kegiatan penelitian, ibu hamil yang memeriksakan dirinya ke poli atau IGD di Rumah Sakit yang menjadi tempat penelitian, kehamilan yang tidak diinginkan menurut pengakuan dari ibu seperti: kehamilan tidak direncanakan, kehamilan akibat

kegagalan kontrasepsi, kehamilan yang hanya dikehendaki oleh suami, kehamilan akibat tindakan asusila, kehamilan dengan abortus atau kematian janin dalam Rahim, kehamilan dengan janin yang mengalami kelainan kongenital. Dan ibu hamil yang memenuhi kriteria eksklusi yaitu kehamilan dengan tanda-tanda inpartu serta ibu yang terdiagnosis gangguan jiwa sebelumnya.

Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner dan status kecemasan dihitung berdasarkan Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala-gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 gejala yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor (skala likert) antara 0 sampai dengan 4. Skala penilaian HARS kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi: (a). Perasaan cemas, (b) Ketegangan (c) Ketakutan (d) Gangguan tidur (e) Gangguan kecerdasan (f) Perasaan depresi (g) Gejala somatik (h) Gejala sensorik (i) Gejala kardiovaskuler (j) Gejala pernapasan (k) Gejala gastrointestinal (l) Gejala urogenital (m) Gejala vegetatif (n).

## Hasil

Penelitian ini menilai hubungan antara faktor risiko dan status kecemasan terhadap 124 sampel ibu hamil yang datang ke poliklinik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RSIA Fatimah, RSIA St. Khadijah 1, RSKDIA Pertiwi, RS Syeh Yusuf dan RSUD Lapalaloi, 62 sampel merupakan kehamilan tidak diinginkan dan 62 sampel masuk ke dalam kelompok kontrol dengan kehamilan yang diinginkan.

Pada 62 sampel penelitian, baik pada kelompok dengan kehamilan diinginkan dan tidak diinginkan, dilakukan analisis faktor risiko (Tabel 1). Dari 14 faktor risiko yang dievaluasi, terdapat hubungan

signifikan antara kehamilan tidak diinginkan terhadap paritas, penghasilan, *unmet need* dan penggunaan kontrasepsi. Selanjutnya, dilakukan analisis regresi untuk mengidentifikasi prediktor independen dari faktor risiko yang ditemukan berhubungan terhadap kehamilan tidak diinginkan. Berdasarkan hasil perhitungan statistik, keempat faktor risiko tersebut ditemukan memiliki nilai odds ratio di atas 1. Pada kehamilan tidak diinginkan, multiparitas ditemukan 16,5 kali lipat, penghasilan di bawah Rp3.000.000,00 3,8 kali lipat, *unmet need* 4,4 kali lipat dan penggunaan kontrasepsi 2,7 kali lipat lebih tinggi. Temuan ini menjadikan multiparitas sebagai faktor prediktor independen terkuat terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan (Tabel 2).

Pada penelitian ini, dilakukan penilaian tingkat kecemasan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* pada kedua kelompok yang termasuk di dalamnya ibu dengan kehamilan diinginkan dan tidak diinginkan. Pada kehamilan tidak diinginkan, ditemukan sebanyak 53,2% sampel mengalami kecemasan, 96% dari ibu yang cemas berada pada kategori cemas ringan dan hanya 3% yang mengalami cemas sedang. Penilaian tingkat kecemasan kemudian secara spesifik dihubungkan dengan faktor risiko (Tabel 3) kehamilan tidak diinginkan. Pada penelitian ini, riwayat keguguran ditemukan pada 1 sampel dengan cemas sedang. Selanjutnya, dilakukan analisis regresi untuk mengidentifikasi prediktor independen dari riwayat keguguran terhadap tingkat kecemasan pada kehamilan tidak diinginkan dan didapatkan nilai OR yang kurang dari 1 (Tabel 4). Temuan ini mengindikasikan bahwa riwayat keguguran bukan merupakan prediktor independen yang kuat terhadap kecemasan pada kehamilan tidak diinginkan.

Pada hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai faktor-faktor risiko kecemasan pada kehamilan diinginkan,

**Tabel 1 Faktor Risiko Kehamilan Tidak Diinginkan**

Faktor Risiko	Kehamilan yang Tidak Diinginkan		Kehamilan yang Diinginkan		Jumlah		Nilai p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Umur</b>							
<20 dan >35 tahun	15	24,2%	12	19,4%	27	21,8%	0,663
20-35 tahun	47	75,8%	50	80,6%	97	78,2%	
<b>Pendidikan</b>							
< SMA	19	30,6%	17	27,4%	36	29,0%	0,843
>= SMA	43	69,4%	45	72,6%	88	71,0%	
<b>Pekerjaan</b>							
Bekerja	9	14,5%	6	9,7%	15	12,1%	0,582
Tidak bekerja	53	85,5%	56	90,3%	109	87,9%	
<b>Asal</b>							
Maros	20	32,3%	51	82,3%	71	57,3%	0,001
Gowa	42	67,7%	11	17,7%	53	42,7%	
<b>Usia Saat Hamil</b>							
< 20 dan >35 tahun	15	24,2%	10	16,1%	25	20,2%	0,371
20-35 tahun	47	75,8%	52	83,9%	99	79,8%	
<b>Paritas</b>							
Multipara	60	96,8%	40	64,5%	100	80,6%	0,001
Primipara	2	3,2%	22	35,5%	24	19,4%	
<b>Jarak Kehamilan</b>							
<2 tahun	15	25,0%	7	17,5%	22	22,0%	0,522
>2 tahun	45	75,0%	33	82,5%	78	78,0%	
<b>Usia Kehamilan</b>							
<22 Minggu	12	19,4%	5	8,1%	17	13,7%	0,117
>22 Minggu	50	80,6%	57	91,9%	107	86,3%	
<b>Penghasilan</b>							
<3 Juta	56	90,3%	44	71,0%	100	80,6%	0,012
>3 Juta	6	9,7%	18	29,0%	24	19,4%	
<b>Riwayat Keguguran</b>							
Ya	7	11,3%	7	11,3%	14	11,3%	1,000
Tidak	55	88,7%	55	88,7%	110	88,7%	
<b>Komplikasi</b>							
Ada	5	8,1%	9	14,5%	14	11,3%	0,395
Tidak ada	57	91,9%	53	85,5%	110	88,7%	
<b>Ingin Kontrasepsi</b>							
Ya	22	35,5%	44	71,0%	66	53,2%	0,001
Tidak	40	64,5%	18	29,0%	58	46,8%	
<b>Penggunaan Kontrasepsi</b>							
Ya	20	32,3%	35	56,5%	55	44,4%	0,011
Tidak	42	67,7%	27	43,5%	69	55,6%	

**Kebebasan Kontrasepsi**

Memiliki kebebasan	61	98,4%	61	98,4%	122	98,4%	1,000
Tidak memiliki kebebasan	1	1,6%	1	1,6%	2	1,6%	

**Dukungan Suami**

Tidak	1	1,6%	1	1,6%	2	1,6%	1,000
Ya	61	98,4%	61	98,4%	122	98,4%	

**Dukungan Keluarga**

Tidak	1	1,6%	1	1,6%	2	1,6%	1,000
Ya	61	98,4%	61	98,4%	122	98,4%	
Jumlah	62	100,0%	62	100,0%	124	100,0%	

**Tabel 2 Regresi Logistik Faktor Risiko Kehamilan Tidak Diinginkan dan Diinginkan**

Variabel	OR	CI 95%	
		Low	Up
Asal			
Maros	0,103	0,044	0,238
Gowa			
Paritas			
Primipara	16,500	3,675	74,081
Multipara			
Penghasilan			
<3 Juta	3,818	1,398	10,429
>3 Juta			
Ingin Kontrasepsi			
Ya	4,444	2,087	9,464
Tidak			
Penggunaan Kontrasepsi			
Ya	2,722	1,309	5,659
Tidak			

**Tabel 3 Hubungan antara Faktor Risiko Kehamilan Tidak Diinginkan dan Tingkat Kecemasan**

Faktor Risiko (Kehamilan yang Tidak Diinginkan)	Hamilton						Jumlah		Nilai p
	Tidak Cemas		Cemas Ringan		Cemas Sedang		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Usia Saat Hamil									
< 20 tahun	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	0,123
20-35 tahun	24	51,1%	23	48,9%	0	0,0%	47	100,0%	
>35 tahun	5	41,7%	6	50,0%	1	8,3%	12	100,0%	
Paritas									
Primipara	15	53,6%	13	46,4%	0	0,0%	28	100,0%	0,512
Multipara	14	43,8%	17	53,1%	1	3,1%	32	100,0%	
Jarak Kehamilan									
<2 tahun	8	53,3%	6	40,0%	1	6,7%	15	100,0%	0,173
>2 tahun	21	46,7%	24	53,3%	0	0,0%	45	100,0%	
Usia Kehamilan									
<22 Minggu	3	25,0%	8	66,7%	1	8,3%	12	100,0%	0,042
>22 Minggu	26	52,0%	24	48,0%	0	0,0%	50	100,0%	
Penghasilan									
<3 Juta	26	46,4%	29	51,8%	1	1,8%	56	100,0%	0,939
>3 Juta	3	50,0%	3	50,0%	0	0,0%	6	100,0%	
Riwayat Keguguran									
Ya	6	85,7%	0	0,0%	1	14,3%	7	100,0%	0,001
Tidak	23	41,8%	32	58,2%	0	0,0%	55	100,0%	
Komplikasi									
Ada	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	5	100,0%	0,805
Tidak ada	26	45,6%	30	52,6%	1	1,8%	57	100,0%	
Ingin berkontrasepsi									
Ya	19	47,5%	20	50,0%	1	2,5%	40	100,0%	0,734
Tidak	10	45,5%	12	54,5%	0	0,0%	22	100,0%	
Penggunaan Kontra- sepsi									
Ya	20	47,6%	21	50,0%	1	2,4%	42	100,0%	0,755
Tidak	9	45,0%	11	55,0%	0	0,0%	20	100,0%	
Kebebasan Kontra- sepsi									
Memiliki kebebasan	28	45,9%	32	52,5%	1	1,6%	61	100,0%	0,561
Tidak memiliki kebebasan	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	

Faktor Risiko (Kehamilan yang Tidak Diinginkan)	Hamilton						Jumlah	Nilai p	
	Tidak Cemas		Cemas Ringan		Cemas Sedang				
	n	%	n	%	n	%			
Dukungan Suami									
Ya	28	45,9%	32	52,5%	1	1,6%	61	100,0%	0,561
Tidak	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
Dukungan Keluarga									
Ya	28	45,9%	32	52,5%	1	1,6%	61	100,0%	0,561
Tidak	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
Jumlah	29	46,8%	32	51,6%	1	1,6%	62	100,0%	

semua sampel masuk ke dalam kategori tidak cemas (100%) berdasarkan jumlah skor *Hamilton Anxiety Rating Scale* dengan hasil skor kurang dari 14 poin. Oleh karena itu, uji statistik tidak dapat dilakukan untuk selanjutnya membandingkan ketiga variabel.

### Pembahasan

Pada penelitian ini, ditemukan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian kehamilan tidak diinginkan yaitu paritas, penghasilan, *unmet need* dan penggunaan kontrasepsi. Dari keempat faktor tersebut, yang paling kuat hubungannya dengan kehamilan tidak diinginkan adalah paritas. Paritas merupakan faktor risiko terjadinya kejadian kehamilan tidak diinginkan, pada penelitian ini ibu dengan multipara dan primipara memiliki faktor risiko 16,5x kali terjadi pada kehamilan tidak diinginkan. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggraini dkk, yang menyebutkan bahwa kehamilan tidak diinginkan paling banyak terjadi pada paritas >4 (26,5%) serta penelitian oleh Wulandari dkk yang melaporkan peningkatan 12,2 kali lipat risiko untuk multipara berakhir dengan kehamilan tidak diinginkan. Kehamilan pada multipara dihubungkan dengan kegagalan dalam merencanakan kehamilan serta kegagalan dalam menggunakan kontrasepsi. Dengan dukungan pemerintah dan mudahnya

memperoleh informasi edukatif terkait Kesehatan reproduksi perempuan saat ini, pasangan suami istri semakin sadar akan pentingnya membatasi jumlah anak. Selain itu, status paritas berpengaruh terhadap keterbukaan pasangan untuk menginginkan kehadiran seorang anak, dimana peningkatan jumlah anak dapat meningkatkan beban sosioekonomi dalam keluarga. Serangkaian faktor ini menjadikan alasan kehamilan pada multiparitas menjadi kehamilan tidak diinginkan.<sup>7,8</sup>

Pada penelitian ini, persentase penggunaan kontrasepsi lebih banyak didapatkan pada kelompok kasus dengan kehamilan tidak diinginkan bila dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan kehamilan yang diinginkan. Pasangan yang memiliki usaha untuk menggunakan kontrasepsi hampir pasti tidak menginginkan sebuah kehamilan untuk terjadi, adanya kegagalan dalam berkontrasepsi menempatkan pasangan pada kondisi di luar rencana, menyebabkan pasangan berada pada kondisi cemas dan stress. Penggunaan kontrasepsi yang tidak memadai menyumbang 90% dari perkiraan 3,2 juta kehamilan tidak diinginkan per tahun di AS. Metode kontrasepsi dengan serangkaian risiko kegagalan termasuk hanya menggunakan metode alamiah, kondom, pil KB, dan kb suntik.<sup>10</sup>

Kehamilan tidak diinginkan dihubungkan dengan keinginan pasien dalam berkontrasepsi

yang dicerminkan dalam faktor *unmet need*. Pada penelitian ini, pasangan yang tidak berkontrasepsi berkontribusi 2,7x lipat terjadi pada kehamilan tidak diinginkan, temuan ini sejalan pada penelitian yang dilakukan oleh Febriana yang menunjukkan peningkatan 1,3 kali risiko untuk wanita tidak menggunakan kontrasepsi mengalami *unwanted pregnancy*. *Unmet need* itu sendiri merupakan persentase pasangan yang tidak menginginkan kehamilan namun tidak menggunakan kontrasepsi. Meskipun masyarakat sadar akan kebutuhan berkontrasepsi, berbagai faktor dapat berkontribusi pada temuan ini, termasuk masih rendahnya keterbukaan masyarakat terkait penggunaan kontrasepsi yang dipengaruhi oleh rendahnya edukasi dan informasi terkait indikasi dan jenis kontrasepsi serta masih tingginya isu-isu terkait kontrasepsi di masyarakat.<sup>3</sup>

Kecemasan merupakan masalah serius baik pada ibu hamil, maupun pada janinnya. Pada ibu, kecemasan yang bermanifestasi sebagai efek gelisah dan peningkatan aktivitas sistem saraf otonom dapat memicu terjadinya kontraksi yang dapat meningkatkan risiko peningkatan tekanan darah, abortus, hingga kelahiran preterm. Temuan pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Iran pada tahun 2021 yang menunjukkan rata-rata skoring F-ASP-R (*Farsi anxiety scale for pregnancy*) yang lebih rendah pada kelompok sampel dengan kehamilan yang diinginkan, yang artinya tingkat kecemasan pada kelompok tersebut dengan kelompok kasus dengan kehamilan tidak diinginkan.<sup>11,13</sup>

Pada penelitian ini, ditemukan hubungan tidak ada hubungan antara peningkatan terjadinya kecemasan pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan yang memiliki riwayat keguguran atau luaran obstetrik buruk lainnya. Faktor yang mungkin berkontribusi terhadap tidak adanya peningkatan kecenderungan terjadinya kecemasan pada kehamilan tidak diinginkan adalah tercukupinya dukungan keluarga, adanya

anak hidup pada kehamilan sebelumnya, adanya kesibukan berupa pekerjaan *full-time*, status sosioekonomi yang mencukupi serta jarak riwayat keguguran sebelumnya yang sudah jauh. Meskipun begitu studi oleh Woods-Giscombe dkk, 2020 yang menilai kehamilan dengan riwayat keguguran atau KJDR menemukan bahwa beberapa sampel menilai kehamilannya sebagai sesuatu yang mengancam dan menyebabkan serangkaian gejala termasuk peningkatan kewaspadaan, rasa cemas dan sifat protektif terhadap luaran dari kehamilannya serta dihubungkan dengan peningkatan risiko ibu untuk mengambil tindakan mengakhiri kehamilan.<sup>14,16</sup>

Faktor risiko terjadinya kecemasan pada kehamilan tidak diinginkan lainnya seperti usia pada kehamilan, status pernikahan, jumlah paritas, jarak kehamilan, usia kehamilan, penghasilan, pekerjaan, pendidikan, komplikasi, penggunaan kontrasepsi, kebebasan berkontrasepsi, dukungan suami, dukungan keluarga, dan kejadian KDRT tidak menunjukkan hubungan yang signifikan berbeda pada penelitian ini berdasarkan uji statistik. Meskipun terdapat berbagai literatur yang melaporkan adanya hubungan dari faktor-faktor risiko ini, perbedaan temuan pada penelitian ini mungkin dapat dijelaskan dari perbedaan karakteristik sampel antara penelitian ini dan penelitian sebelumnya, dimana ras, kewarganegaraan, budaya dan status sosioekonomi ditemukan beragam pada berbagai penelitian.

Pada penelitian ini, semua sampel dengan kehamilan diinginkan masuk ke dalam kategori tidak cemas berdasarkan jumlah skor *Hamilton Anxiety Rating Scale* dengan hasil skor kurang dari 14 poin. Pada penelitian oleh Lubke dkk., dilaporkan bahwa ibu hamil mengekspresikan lebih sedikit aktivitas kemosensorik yang dikaitkan dengan tingkat kecemasan. Seiring dengan berkembangnya kehamilan, serangkaian perubahan terkait respon otonom dan respon kortisol terjadi, menyebabkan ibu hamil



untuk mengalami penurunan sensitivitas terhadap kecemasan. Pada penelitian ini, faktor yang perlu dipertimbangkan adalah instrumen dalam menilai kecemasan yang digunakan, dimana untuk dikategorikan cemas, sampel perlu mencapai poin tertentu yang menyebabkan gejala dengan poin rendah menjadi kurang bermakna. Meskipun begitu, kecemasan pada ibu hamil dapat menjadi suatu temuan fisiologis, dimana kecemasan pada trimester I umumnya dikaitkan dengan kondisi kesejahteraan janin, rasa aman selama kehamilan, pengalaman buruk terkait komplikasi pada kehamilan sebelumnya, penerimaan terhadap kehamilan serta dukungan dari suami dan keluarga. Pada trimester II, umumnya rasa cemas akan mulai menurun dan kembali meningkat pada trimester III di mana ibu mulai memikirkan tentang proses persalinan.<sup>17,18</sup> Keterbatasan dari penelitian ini beberapa sampel kurang memberikan informasi secara terbuka kepada peneliti dan beberapa sampel memiliki keterbatasan dalam berkomunikasi sehingga peneliti harus berkali-kali memberikan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan.

Simpulan kehamilan tidak diinginkan dipengaruhi oleh asal, paritas, penghasilan, keinginan untuk berkontrasepsi dan penggunaan kontrasepsi. Selain itu, risiko kecemasan juga didapatkan meningkat pada ibu dengan kehamilan tidak diinginkan yang memiliki riwayat obstetri buruk.

#### Daftar Pustaka

1. Habib, M. A., Raynes-Greenow, C., Nausheen, S., Soofi, S. B., Sajid, M., Bhutta, Z. A., & Black, K. I. (2017). Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1339-z>
2. Tsegaye, A. T., Mengistu, M., & Shimeka, A. (2018). Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married women in west Belessa Woreda, Northwest Ethiopia, 2016. *Reproductive Health*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0649-6>
3. Febriana, & Liza Kurnia, S. (2020). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia Tahun 2017. *Seminar Nasional Official Statistics*, 1041–1051.
4. Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., & Merkurieva, I. (2016). The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *American Journal of Public Health*, 106(3), 421–429. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>
5. Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
6. Shahry, P., Niakan Kalhori, S. R., Esfandiyari, A., & Zamani-Alavijeh, F. (2016). A comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted and unwanted pregnancy. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(2), 176–185.
7. Fu'ad Kautsar, Dayal Gustopo & Fuad Achmadi. (2015). Uji Validitas dan Reliabilitas Hamilton Anxiety Rating Scale Terhadap Kecemasan dan Produktivitas Pekerja Visual Inspection PT. Widatra Bhakti. SEMINAR NASIONAL TEKNOLOGI 2015 Institut Teknologi Nasional Malang
8. Anggraini K, Wratsangka R, Bantas K, Fikawati S. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018 Jun

- 24;8(1):27–37.
9. Wulandari RD, Laksono AD. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2021 Sep;49(3):155–66.
  10. Hall, K. S., Kusunoki, Y., Gatny, H., & Barber, J. (2014). The risk of unintended pregnancy among young women with mental health symptoms. *Social Science and Medicine*, 100, 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.037>
  11. Alder, Judith & Fink, Nadine. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. 20. 189-209. [10.1080/14767050701209560](https://doi.org/10.1080/14767050701209560).
  12. Ghezi, S., Eftekhariyazdi, M., & Mortazavi, F. (2021). Pregnancy Anxiety and Associated Factors in Pregnant Women. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 23(1). <https://doi.org/10.5812/zjrms.99953>
  13. Gao, Lingling; Qu, Jia; Wang, Alex Y (2019). Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, (), 1–12. doi:10.1080/02646838.2019.1652730
  14. Woods-Giscombé, C. L., Lobel, M., & Crandell, J. L. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in nursing & health*, 33(4), 316–328. <https://doi.org/10.1002/nur.20389>
  15. Côté-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res*. 2007 Mar-Apr;56(2):108-16. doi: 10.1097/01.NNR.0000263970.08878.87. PMID: 17356441.
  16. Ding, X., Mao, L., Ge, X., Xu, S., Pan, W., Yan, S., Huang, K., & Tao, F. (2015). Course and risk factors of maternal pregnancy-related anxiety across pregnancy in Ma' anshan city. *Wei Sheng Yan Jiu*, 44(3), 371–376.
  17. Lübke KT, Busch A, Hoenen M, Schaal B, Pause BM. Pregnancy reduces the perception of anxiety. *Sci Rep*. 2017 Aug 23;7(1):9213. doi: 10.1038/s41598-017-07985-0. PMID: 28835640; PMCID: PMC5569070.
  18. 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, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>