

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN STATUS
MARITAL DENGAN DERAJAT *PREMENSTRUAL*
SYNDROME PADA USIA REPRODUKSI**

*CORRELATION OF ANXIETY LEVEL AND MARITAL STATUS
WITH PREMENSTRUAL SYNDROME
ON PRODUCTIVE AGE WOMEN*

SURIANI BAHRUN



PROGRAM PASCA SARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2012

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Gagasan yang melatarbelakangi tajuk permasalahan ini timbul akibat banyaknya keluhan yang muncul pada wanita menjelang masa menstruasi.

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa itu tak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara materil. Olehnya itu, penulis mengucapkan terima kasih yang tulus dan tidak terhingga kepada Dr.dr. Irfan Idris M.Kes. sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Dr. Hj. Ariyanti Saleh S.Kp, M.Kes. sebagai Anggota Komisi Penasihat atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap permasalahan penelitian, pelaksanaan penelitian sampai dengan penulisan tesis ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada A. Indrawati Mallapiang yang telah banyak membantu dalam penelitian. Semoga segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan mendapat imbalan yang setimpal di sisi Allah SWT.

Penulis menyadari dalam penelitian ini jauh dari suatu bentuk kesempurnaan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalamam sehingga penulis sangat mengharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk penyempurnaan penelitian

selanjutnya. Namun demikian penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi nusa dan bangsa. Amin.

Makassar, Mei 2012

Suriani Bahrin

ABSTRAK

SURIANI BAHRUN. *Hubungan Tingkat Kecemasan dan Status Marital dengan Derajat Premenstrual Syndrome pada Usia Reproduksi* (dibimbing oleh Irfan Idris dan Hj. Ariyanti Saleh).

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome*.

Penentuan derajat *premenstrual syndrome* menggunakan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR), status marital dengan interviu dan tingkat kecemasan yang diukur dengan Hamilton Rating Scale for anxiety (HRS-A). Penelitian ini dilaksanakan di Makassar. Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study* menggunakan teknik *purposive sampling* untuk mendapatkan sampel sebanyak 51 orang wanita usia reproduksi. Data dianalisis dengan menggunakan uji regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mempunyai tingkat kecemasan, beresiko 3.07 kali (IK : 0.823 – 11.49) terjadi PMS. Demikian halnya dengan status marital yang beresiko 11.81 kali (IK : 1.33 – 104.98) terjadi PMS. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tingkat kecemasan dan status marital, beresiko untuk terjadi PMS.

Kata kunci : kecemasan, status marital, *premenstrual syndrome*

ABSTRACT

SURIANI BAHRUN. *Correlation of Anxiety Level and Marital Status with Premenstrual Syndrome on Produktive Age Women.* (Supervised by Irfan Idris and Hj. Ariyanti Saleh).

The research aims to reveal the relation of anxiety level, marital status with premenstrual syndrome (PMS) degree. The research was conducted in Makassar it was designed by using Cross Sectional Study with purposive sampling technique to obtain 51 productive age women. The data then analyzed with logistic regression test. To determine the PMS degree the Diagnostic AND Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR), for marital status, interview was conducted, and anxiety level Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A) was used.

The result indicates that the number of respondents who have the level of anxiety is at risk 3.07 times (IK : 0.23 – 11.49) for PMS to take place. So it can be inferred that respondents with anxiety and marital status are at risk of PMS occurring.

Key word : anxiety level, marital status, premenstrual syndrome

DAFTAR ISI

PRAKATA	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT.....	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	x
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Kegunaan Penelitian.....	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Siklus Menstruasi.....	7
B. Premenstrual Syndrom	11
C. Kecemasan.....	25
D. Status Marital	40
E. Hubungan Tingkat Kecemasan dan Status Marital dengan Derajat Premenstrual Syndrom	40
F. Kerangka Konsep	43

G. Hipotesis	43
H. Definisi Operasional	44
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	45
B. Lokasi dan Waktu	45
C. Populasi dan Teknik Sampel	45
D. Instrumen Pengumpulan Data.....	47
E. Prosedur Kerja	47
F. Analisa Data	48
G. Etika Penelitian	48
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	50
B. Pembahasan	54
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran	59
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1	Kesetaraan kriteria diagnostic PMDD menurut DSM-IV-TR dengan LCH.....23
2	<i>Hamilton Rating Scale for Anxiety</i> (HRS-A).....37
3	Distribusi karakteristik responden usia reproduksi50
4	Hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat <i>premenstrual syndrome</i>52
5	Hubungan status marital dengan lingkaran pinggang53
6	Peran lingkaran pinggang, tingkat kecemasan, dan status marital dengan <i>premenstrual syndrome</i>53

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1 Alur pemikiran masalah penelitian	42
2 Kerangka Konsep Penelitian.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1	Master tabel 71
2	Hasil analisis frekuensi karakteristik usia reproduksi..... 77
3	Hasil analisis cross tabulation..... 79
4	Hasil analisis regresi logistik..... 84
5	Ijin penelitian..... 86

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/singkatan	Arti dan keterangan
PMS	Premenstrual syndrome
WHO	World health organization
FSH	Follicle stimulating hormone
LH	Luteinizing hormone
PMDD	Premenstrual dysphoric disorder
GABA	Gamma-aminobutyric acid
DSM-IV-TR	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision
LCH	Lembar catatan harian
NIMH	National institute of mental health
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DKI	Daerah khusus ibukota
HRS-A	Hamilton rating scale for anxiety
UU	Undang-undang
RI	Republi indonesia
No	Nomor
ACTH	Adrenocorticotropic hormone
GnRH	Gonadotropin-releasing hormone
IMT	Indeks massa tubuh
LDL	Low density lipoprotein

SHBG	Sex hormone binding globulin
OR	Odd ratio

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Suriani Bahrin

Nomor mahasiswa : p1502210022

Program studi : Biomedik

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar,

Yang menyatakan

Suriani Bahrin



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
KANTOR KESATUAN BANGSA
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111
Telp +62411 – 315867 Fax +62411 – 315867

Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>

Makassar, 17 April 2012

Kepada

Nomor : 070 / 995 -II/KKBL/III/2012
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Yth. **CAMAT se- KOTA MAKASSAR**

Di-
MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Balitbangda Propinsi Sulawesi Selatan Nomor : 070.5.1/4300/Balitbangda, Tanggal 16 April 2012, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : **Suriani Barun**
Nim / Jurusan : P1502210022 / Biomedik
Instansi / Pekerjaan : Mahasiswa (S2)
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan 4 Lr. 1 No. 9A Makassar
Judul : **"HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN STATUS MARITAL DENGAN DERAJAT PREMENSTRUAL SYNDROME PADA USIA REPRODUKSI"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Tesis* sesuai dengan Judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **16 April s/d 16 Mei 2012.**

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat menyetujui dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat.

An. **WALIKOTA MAKASSAR**
KEPALA KANTOR KESBANG DAN LINMAS

Drs. H.A. ROMPEGADING PATIROY
Pangkat : Pembina Tk.I
NIP : 19580427 198210 1 001

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Balitbangda Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Direktur PPs UNHAS Makassar
4. Sdr. **Suriani Barun**



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH

Jalan Urip Sumohardjo No. 269 Telp. 436936-436937 FAX. 436934
Makassar (90321)

Makassar, 16 April 2012

Nomor : 070.5.1/ ~~4309~~ /Balitbangda
Lampiran :
Perihal : Izin/Rekomendasi Penelitian

Kepada

Yth. Walikota Makassar

di-
Makassar

Berdasarkan surat Direktur PPs UNHAS Makassar nomor : 1771/UN4.19.1/PL.02/2012 tanggal 12 April 2012 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini :

N a m a : Suriani Barun
Nomor Pokok : P1502210022
Program Studi : Biomedik
Pekerjaan : Mahasiswa (S2)
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km 10 Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan skripsi/tesis, dengan judul :

“HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN STATUS MARITAL DENGAN DERAJAT PREMENSTRUAL SYNDROME PADA USIA REPRODUKSI”

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 16 April s/d 16 Mei 2012

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Bupati/Walikota Cq. Kepala Bappeda/Balitbangda, apabila kegiatan dilaksanakan di Kab./Kota;
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan;
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 2 (dua) eksemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulsel.Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Propinsi Sulawesi Selatan;
5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

a.n. KEPALA BADAN
Kabid Data dan Publikasi



I. Ralendra

Pangkat: Pembina Tk I

NIP. 19630403 199103 1 003

TEMBUSAN : Kepada Yth :

1. Gubernur Sulawesi Selatan di Makassar (sebagai laporan);
2. Direktur PPs UNHAS Makassar ;
3. Kepala Badan Lintas Kabupaten dan Kota Prov. Sulsel;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Pertinggal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Premenstrual syndrome (PMS) merupakan suatu kumpulan gejala yang muncul sebelum menstruasi yang mempengaruhi gaya hidup atau aktivitas dan berakhir pada saat terjadinya menstruasi (Speroff and Fritz, 2005).

Statistik di Amerika Serikat menyebutkan bahwa PMS derajat sedang hingga berat diderita sekurang-kurangnya oleh 3-5 % populasi wanita usia reproduksi (Suparman dan Sentosa, 2011). Clark (2004) bahkan menyebutkan angka prevalensi ini dapat mencapai 30% dari seluruh populasi wanita usia reproduksi, dan sepertiga di antaranya mengalami PMS derajat berat (Suparman dan Sentosa, 2011). Mishell, 2005 dalam Suparman dan Santosa, 2011 juga memperkirakan prevalensi PMS sebesar 20-40% dari seluruh wanita usia reproduksi. Dari *International Journal of Biological and Medical Research*, penelitian yang telah dipublikasikan tahun 2011, mengatakan bahwa pada 300 mahasiswa, terdapat 67% mengalami PMS dengan gejala kecemasan, iritabilitas, depresi, perut kembung, sakit punggung, nyeri payudara, kelelahan, amnesia, dan perubahan berat badan (Lakshmi,

2011). Ini disebabkan karena pada usia reproduksi yang dimulai pada masa pubertas, hormone estrogen disekresi menjadi 20 kali lipat atau lebih di bawah pengaruh hormon gonadotropin hipofisis (Guyton, 2007).

Gejala PMS sangat beragam berupa gejala fisik, psikis, dan perilaku, namun yang pasti kesemuanya itu berhubungan dengan perubahan hormon yang memicu terjadinya ketidakstabilan emosi dalam diri masing-masing wanita. Gejala emosional yang sering terjadi adalah emosi yang seperti tidak terkontrol, perasaan cemas, selalu terlihat murung, mudah marah, mudah tersinggung, mudah panik, perasaan sedih yang tak terbendung, dan pada akhirnya menangis (Pujiastuti, 2007).

Survei menunjukkan bahwa PMS merupakan masalah kesehatan umum yang paling banyak dilaporkan oleh wanita usia reproduksi, pada saat ini diperkirakan prevalensi dari gejala klinis yang berarti adalah sekitar 12,6%-31% dari wanita yang mengalami menstruasi. Studi epidemiologi menunjukkan kurang lebih 20% dari wanita usia reproduksi mengalami gejala PMS sedang sampai berat (Freeman, 2007). Dalam suatu penelitian terhadap 384 wanita yang berusia 15 tahun melaporkan bahwa yang mengalami PMS sebanyak 14%. Sedangkan pada penelitian yang disponsori oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1981 menunjukkan bahwa gejala PMS dialami oleh 23% wanita Indonesia (Essel, 2007).

Berdasarkan teori biologik-medik, adanya perubahan kadar neurotransmitter tertentu pada susunan saraf pusat berkaitan erat dengan perubahan afek dan perilaku penderita PMS. Sebagai contoh, peningkatan kadar beta endorfin pada fase luteal dikaitkan dengan timbulnya kecemasan dan perilaku agitasi (Suparman dan Sentosa, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Delara, 2012 yang dikutip dari *International Journal of Biological and Medical Research*, menyatakan bahwa dari 602 mahasiwi, 94,6% mengalami PMS. Hal ini dipengaruhi oleh pola hidup, status soisal ekonomi, dan kebudayaan. Studi serupa yang dilakukan di salah satu universitas di Iran mengungkapkan bahwa terdapat 98,2% mahasiswi yang mengalami PMS berumur 18-27 tahun (Delara, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian dari Rahayu, 2012, melaporkan bahwa kecemasan dialami sekitar 89,12% siswi dengan berbagai tingkat kecemasan (Rahayu, 2012). Penelitian Croskey menunjukkan bahwa 15-20% mahasiswa di Amerika Serikat mengalami kecemasan saat menghadapi ujian. Hurt juga melaporkan hasil penelitiannya bahwa 10-20% mahasiswa di berbagai Perguruan Tinggi Amerika menderita kecemasan (Rahayu, 2012).

Penelitian serupa yang dilakukan oleh Knauss, 2007 yang dilakukan pada usia reproduksi di Swiss diperoleh data bahwa terdapat 43,3% wanita yang belum menikah dan 56,7% wanita yang telah

menikah yang mengalami PMS. Hal ini juga sesuai dengan Sumartinah dalam Suparman dan Sentosa, 2011 bahwa wanita yang merasa perkawinannya kurang bahagia maupun yang bersifat konservatif terhadap nilai-nilai perkawinan cenderung mengalami PMS. (Suparman dan Sentosa, 2011). Dimana wanita yang sudah menikah juga rentan mengalami stres berkaitan rumah tangga seperti merasa tertekan hidup bersama mertua, hidup diikuti saudara, finansial yang kurang, tidak memiliki keturunan dan tindak kekerasan dari suami. Hal ini berbeda dengan pendapat Burman dan Margolin dalam Haijiang Wang, 2005, bahwa wanita yang telah menikah pada umumnya mempunyai angka kesakitan dan kematian yang lebih rendah dan biasanya mempunyai kesehatan fisik dan mental yang lebih baik daripada wanita yang tidak menikah (Haijiang Wang, 2005).

Berdasarkan uraian di atas, maka dipandang perlu untuk dilakukan penelitian tentang hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome* pada usia reproduksi.

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini :

1. Apakah tingkat kecemasan berhubungan dengan derajat *premenstrual syndrome* pada usia reproduksi?
2. Apakah status marital berhubungan dengan derajat *premenstrual syndrome* pada usia reproduksi?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahuinya hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome* pada usia reproduksi.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya tingkat kecemasan pada usia reproduksi.
- b. Diketahuinya status marital pada usia reproduksi.
- c. Diketahuinya derajat PMS pada usia reproduksi.
- d. Diketahuinya hubungan tingkat kecemasan dengan derajat *premenstrual syndrome* pada usia reproduksi.
- e. Diketahuinya hubungan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome* pada usia reproduksi.

D. Kegunaan Penelitian

1. Bagi peneliti sendiri, dapat menambah wawasan, pengetahuan serta pemahaman tentang hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome*.
2. Bagi wanita usia reproduksi, sebagai bahan masukan agar wanita dapat mengenal tentang tingkat kecemasan dan status marital serta hubungannya dengan derajat *premenstrual syndrome*.

3. Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan *premenstrual syndrome*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Siklus Menstruasi

Sistem reproduksi wanita menunjukkan perubahan siklik regular yang menunjukkan persiapan periodik untuk pembuahan dan kehamilan. Pada manusia, siklus ini adalah daur haid (siklus menstruasi). (Ganong, 2008). Siklus menstruasi merupakan proses regulasi internal dimana tubuh mengalami perubahan fisiologis dan hormonal. Siklus menstruasi rata-rata berlangsung sekitar 28 hari, namun dapat berlangsung 24 – 42 hari. Ada dua tahap utama dari siklus seksual bulanan wanita, yaitu siklus ovarium dan siklus uterus. (Guyton, 2007).

1. Siklus ovarium

Siklus ovarium terdiri dari 3 fase, yaitu fase folikular, ovulasi, dan luetal.

a. Fase folikular

Selama beberapa hari pertama setiap siklus seksual bulanan wanita, konsentrasi *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) yang disekresi dari hipofisis anterior meningkat, dengan peningkatan FSH sedikit lebih besar dan lebih awal dari LH. FSH akan menyebabkan proliferasi sel-sel granulose.

Selain itu, terbentuk massa sel kedua yang disebut teka (teka interna dan eksterna). Teka interna menghasilkan hormone estrogen dan progesterone dan teka eksterna berkembang menjadi kapsul yang sangat vaskuler. (Guyton, 2007).

Sesudah tahap awal pertumbuhan proliferasi, massa sel granulose menyekresi cairan folikular yang mengandung estrogen konsentrasi tinggi. Dengan terbentuknya estrogen, sel granulose membentuk reseptor FSH yang meningkat. FSH dan estrogen kemudian membentuk reseptor LH. Kemudian, estrogen dan LH menyebabkan proliferasi sel-sel teka folikuler, sehingga sekresi folikular meningkat. Setelah pertumbuhan, satu minggu atau lebih salah satu dari folikel mulai tumbuh melebihi semua folikel yang lain yang disebut folikel matang (folikel degraf). (Guyton, 2007).

b. Ovulasi

Sebelum ovulasi, dinding luar folikel yang menonjol akan membengkak dengan cepat dan stigma (daerah kecil pada bagian tengah kapsul folikular) akan menonjol seperti putting. Dalam waktu 30 menit kemudian, cairan mengalir dari folikel melalui stigma dan sekitar 2 menit kemudian, stigma bocor. Sehingga keluar cairan kental yang berisi ovum yang dikelilingi oleh korona radiata. Sekitar 2 hari sebelum ovulasi, sekresi LH meningkat, yang kemudian merangsang sel granulosa untuk meningkatkan sekresi progesterone, sehingga estrogen menurun. Adanya peningkatan

progesteron menyebabkan teka eksterna menghasilkan enzim proteolitik dari lisosom yang menyebabkan pelarutan dinding kapsul folikular. Pada akhirnya, dinding folikular pecah dan ovum keluar. (Guyton, 2007).

c. Fase luteal

Pasca ovulasi, sel granulose dan teka interna yang tersisa berubah dengan cepat menjadi sel lutein. Diameter sel membesar 2 kali atau lebih dan terisi dengan inklusi lipid, tampilan kekuningan yang disebut luteinisasi, disebut korpus luteum. Sel granulose dalam korpus luteum kemudian mengembangkan retikulum endoplasma halus intra sel yang menghasilkan lebih banyak progesterone daripada estrogen. (Guyton, 2007).

Sel teka terutama lebih banyak membentuk hormone androgen, androstenedion, dan testosterone daripada hormone seks wanita. Akan tetapi sebagian besar akan dikonversikan oleh sel granulose menjadi hormone wanita. (Guyton, 2007).

Pada wanita normal, diameter korpus luteum tumbuh menjadi kira-kira 1,5 cm pada 7 - 8 hari pasca ovulasi. Korpus luteum kemudian menjadi korpus albicans yang kemudian digantikan oleh jaringan ikat dan akhirnya akan diserap. (Guyton, 2007).

2. Siklus uterus

Siklus uterus terdiri dari 3 fase, yaitu fase proliferasi, sekretorik, dan menstruasi.

a. Fase proliferasi

Pada permulaan setiap siklus seksual bulanan, sebagian besar endometrium telah berdeskuamasi akibat menstruasi. Hanya selapis tipis stroma endometrium yang tertinggal dan sel epitel. Di bawah pengaruh estrogen, sel stroma dan sel epitel berproliferasi dengan cepat. Permukaan endometrium akan mengalami epitalisasi kembali dalam waktu 4-7 hari sesudah terjadi menstruasi. (Guyton, 2007).

Selama satu setengah minggu berikutnya, sebelum terjadi ovulasi, ketebalan endometrium meningkat. Pada saat ovulasi, endometrium mempunyai ketebalan 3-5 mm. (Guyton, 2007).

Kelenjar endometrium, khususnya dari daerah serviks, menyekresi mucus yang encer mirip benang. Hal ini yang akan membantu mengarahkan sperma ke arah yang tepat dari vagina menuju ke dalam uterus. (Guyton, 2007).

b. Fase sekretorik

Setelah ovulasi terjadi, progesterone dan estrogen disekresi dalam jumlah yang besar oleh korpus luteum. Estrogen menyebabkan sedikit proliferasi sel tambahan pada endometrium, sedangkan progesterone menyebabkan pembengkakan yang nyata dan perkembangan sekretorik dari endometrium. (Guyton, 2007).

Pada puncak fase sekretorik, sekitar 1 minggu pasca ovulasi, ketebalan endometrium sudah menjadi 5-6 mm. Perubahan

endometrium ini menghasilkan endometrium yang sangat sekretorik yang mengandung nutrisi yang siap untuk implantasi ovum. (Guyton, 2007).

c. Menstruasi

Jika ovum tidak dibuahi, kira-kira 2 hari sebelum akhir siklus bulanan, korpus luteum di ovarium tiba-tiba berinvolusi dan estrogen dan progesterone menurun dengan tajam sampai kadar sekresi yang rendah. Pembuluh darah yang mengarah ke lapisan mukosa endometrium menjadi vasospastik, mungkin disebabkan oleh vasokonstriktor, prostaglandin. Vasospasme, penurunan zat nutrisi endometrium, dan hilangnya rangsangan hormonal menyebabkan dimulainya proses nekrosis pada endometrium, khususnya dari pembuluh darah. Sebagai akibatnya, darah akan merembes ke lapisan vaskuler endometrium dan daerah perdarahan akan bertambah besar dengan cepat dalam waktu 24 – 36 jam. (Guyton, 2007).

B. *Premenstrual Syndrome*

1. Definisi

PMS adalah suatu kumpulan gejala yang muncul sebelum menstruasi yang mempengaruhi gaya hidup atau aktivitas dan berakhir pada saat terjadinya menstruasi (Speroff and Fritz, 2005).

Tercatat bahwa 75% wanita akan mengalami gejala PMS pada beberapa waktu dalam masa dewasa dan sebanyak 20-40% akan

mencari bantuan medis untuk mengatasi PMS. Kasus yang paling berat umumnya terjadi pada wanita yang berkisar antara usia pertengahan 20-an sampai pertengahan 30-an (Varney, 2006).

2. Insiden dan Predisposisi

Statistik di Amerika Serikat menyebutkan bahwa PMS derajat sedang hingga berat diderita sekurang-kurangnya oleh 3-5% populasi wanita usia reproduksi. Clark, 2004 dalam Suparman dan Santosa, 2011 mengemukakan bahwa angka prevalensi tersebut bahkan bisa meningkat mencapai 30% dari seluruh populasi wanita usia reproduksi dan sepertiga diantara mereka mengalami PMS derajat berat. (Suparman dan Santosa, 2011).

Strickler, 1997 dalam Suparman dan Santosa, 2011 bahkan menyebutkan bahwa prevalensi PMS mencakup sekitar 85% populasi wanita usia reproduksi, dan hampir separuhnya tidak berupaya mencari pertolongan medis. Freeman, 1995 dalam Suparman dan Santosa, 2011 mengestimasi sekitar 79% penderita PMS derajat berat di Amerika Serikat telah dikonfirmasi mengalami *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD). PMDD merupakan suatu spectrum klinis lanjutan PMS dengan derajat yang lebih berat dari PMS. (Suparman dan Santosa, 2011).

Beberapa faktor predisposisi pada wanita yang cenderung mengalami PMS dari berbagai studi epidemiologisnya ialah :

a. Faktor genetik

PMS lebih rentan diderita oleh wanita dengan riwayat PMS pada anggota keluarga wanita lainnya (ibu kandung atau saudara kandung). Ibu kandung yang memiliki riwayat menderita PMS secara bermakna berpeluang lebih besar memiliki putri yang kelak menderita PMS (dengan peluang 70%) dibandingkan populasi umum (peluang 37%). (Suparman dan Santosa, 2011).

b. Faktor usia

Mishell, 2005 dalam Suparman dan Santosa, 2011 memperkirakan prevalensi PMS sebesar 20-40% dari seluruh wanita usia reproduksi, dengan rentang demografi usia antara 14 tahun hingga 54 tahun. Sumartinah, 1991 dalam Suparman dan Santosa, 2011 menyebutkan kejadian PMS cenderung meningkat pada usia lebih dari 35 tahun. (Suparman dan Santosa, 2011).

c. Faktor paritas

Jumlah anak kandung yang dimiliki berbanding lurus dengan besarnya kemungkinan seorang wanita mengalami PMS. (Suparman dan Santosa, 2011).

d. Faktor penggunaan preparat hormonal

PMS lebih sering dialami oleh wanita yang menggunakan kontrasepsi oral kombinasi jangka panjang. (Suparman dan Santosa, 2011).

e. Faktor kepribadian

Penelitian Hadisapoetra, 1991 dalam Suparman dan Santosa, 2011 menunjukkan bahwa PMS berkaitan erat dengan jenis-jenis kepribadian hipokondriasis, histerik, dan pasif. (Suparman dan Santosa, 2011).

f. Faktor latar belakang psikiatrik

PMS lebih rentan dialami oleh populasi wanita yang mengalami stress psikis atau sebelumnya memiliki riwayat gangguan psikiatrik lain (seperti gangguan distimik, afektif mayor atau depresif mayor). (Speroff and Fritz, 2005)

g. Faktor latar belakang sosial

Wanita yang tidak bekerja dan bekerja paruh waktu lebih rentan menderita PMS dibandingkan dengan yang bekerja penuh waktu. Wanita yang merasa perkawinannya kurang bahagia maupun yang bersifat konservatif terhadap nilai-nilai perkawinan cenderung mengalami PMS. Sikap seorang wanita terhadap haid menempatkan dirinya lebih mudah terserang PMS. (Suparman dan Santosa, 2011).

3. Etiologi

Etiologi PMS tidak diketahui. Mungkin terdapat faktor genetik, tetapi teori sekarang adalah bahwa PMS bersifat multifaktorial. Salah satu penyebabnya adalah fluktuasi kadar estradiol pada fase luteal yang

menyebabkan gejala secara langsung atau dengan mengurangi aktivitas serotonin (Llewellyn dan Jones, 2001).

Teori-teori etiologi PMS yang pernah dikemukakan tetapi belum disepakati hingga kini adalah (Suparman dan Sentosa, 2011) :

- a. Ekses atau defisiensi estrogen
- b. Defisiensi progesterone
- c. Retensi cairan
- d. Peningkatan aktivitas system renin-angiotensin-aldosteron
- e. Hiperaktivitas kelenjar adrenal
- f. Perubahan katekolamin di susunan saraf pusat
- g. Hiperprolaktinemia
- h. Defisiensi vitamin B₆
- i. Hipoglikemia subklinik
- j. Defisiensi atau ekses prostaglandin
- k. Alergi terhadap hormone-hormon endogen
- l. Zat-zat opioid endogen
- m. Kelainan fungsi tiroid
- n. Defisiensi serotonin
- o. Psikogenik

4. Patogenesis

Berbagai teori dan hipotesis yang pernah dikemukakan:

a. Teori sosial

Teori ini menyatakan bahwa timbulnya PMS merupakan hasil dari sikap kultural dan sosial masyarakat yang negatif terhadap datangnya haid. Sikap negatif ini bersumber dari asumsi masyarakat sejak zaman Aristoteles yang mengkaitkan haid dengan sesuatu yang tabu, kotor, dan mengerikan, yang masih dianut sebagian masyarakat di berbagai belahan dunia hingga kini. Sikap negatif ini mendorong para wanita memandang periode prahaid sebagai saat yang menyusahkan serta sangat mengganggu kesehatan dan aktivitas. Penelitian Hylan, Sundell dan Judge, 1999 di Amerika Serikat, Inggris, dan Perancis dalam Suparman dan Sentosa, 2011 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita PMS sudah terkondisi secara sosio-kultural untuk menerima berbagai keluhan dan gejala PMS tersebut sebagai salah satu kodrat wanita yang harus diterima dan dirasakan setiap siklus, menjelang periode haid. (Suparman dan Santosa, 2011)

b. Teori psikologi

Teori ini menyatakan bahwa PMS muncul sebagai refleksi dari konflik kejiwaan penderita yang tidak terpecahkan terhadap berbagai stresor eksternal (hubungan interpersonal atau tekanan lingkungan) maupun terhadap kodrat kewanitaannya sendiri. Haid,

secara tidak disadari, dimanfaatkan penderita PMS untuk menyatakan ketegangan akibat konflik-konflik tersebut. Hal ini didukung oleh laporan Halbreich dan Endicott, 1985 yang membuktikan tingginya persentase penderita PMS yang memiliki riwayat gangguan afektif atau depresif mayor. (Suparman dan Santosa, 2011)

c. Teori biologik-medik, yang terdiri dari : (Suparman dan Santosa, 2011)

1) Predisposisi genetik tertentu

Walaupun belum ditemukan asosiasi PMS dengan gen-gen tertentu, teori ini didukung oleh kenyataan banyaknya penderita PMS yang memiliki ibu kandung atau saudara kandung yang juga pernah atau sedang menderita PMS. Probabilitas mendapat PMS secara bermakna juga lebih tinggi antar saudara kembar monozigot dibandingkan dizigot atau bukan saudara kembar.

2) Defisiensi vitamin tertentu (A, B₆, B kompleks)

3) Defisiensi mineral tertentu (magnesium, kalsium, Zn)

Teori tersebut didasarkan bahwa berbagai vitamin dan mineral tertentu mutlak diperlukan neuron pada susunan saraf pusat untuk melangsungkan eksitabilitas dan inhibisi stimulus di tingkat sinaptik.

- 4) Disfungsi neurotransmitter (beta-endorfin, *Gamma Aminobutyric Acid* (GABA), serotonin)

Perubahan kadar neurotransmitter tertentu pada susunan saraf pusat dihipotesiskan berkaitan erat dengan perubahan efek dan perilaku penderita PMS. Sebagai contoh peningkatan kadar beta-endorfin pada fase luteal dikaitkan dengan timbulnya kecemasan dan perilaku agitasi, sedangkan penurunan kadarnya dikaitkan dengan munculnya afek depresi pada penderita.

- 5) Ketidakseimbangan prostaglandin.

Hal ini dihubungkan dengan tingginya kadar prostaglandin $F2\alpha$ dan E_2 pada fase luteal dibandingkan dengan kadar pada fase proliferasi.

- 6) Retensi cairan (vasopresin, prolaktin, aldosteron)

Terjadi peningkatan aktivitas system renin-angiotensin-aldosteron yang menyebabkan munculnya gejala-gejala retensi cairan penderita PMS.

- 7) Ketidakseimbangan hormon steroid seks (estrogen, progesterone)

Kadar hormon steroid seks mengalami fluktuasi selama siklus haid sehingga berperan sebagai pemicu pada individu dengan faktor-faktor predisposisi PMS.

5. Gejala (Suparman dan Santosa, 2011)

Berbagai kepustakaan telah mendokumentasikan lebih dari 150 gejala fisik, psikis, dan perilaku yang dapat dirangkum sebagai PMS, namun keluhan-keluhan yang paling sering dan sangat dikeluhkan sebagian besar penderitanya meliputi:

- a. Keluhan fisik: nyeri kepala, nyeri dan pembengkakan payudara, nyeri punggung nyeri sendi, dan otot, mual, perut kembung peningkatan berat badan, maupun berbagai derajat edema ekstremitas.
- b. Keluhan psikis: depresi, kecemasan, kelelahan atau merasa kehilangan tenaga, kebingungan, menjadi pelupa, perasaan mudah tersinggung, kemarahan yang muncul tanpa provokasi yang adekuat, sering menangis, kehilangan daya konsentrasi, dan merasa kehilangan harga diri.
- c. Gangguan perilaku: perasaan lelah, insomnia, berkurangnya hasrat seksual, keinginan berlebihan makan/minum sesuatu, serta penarikan diri secara sosial.

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) merupakan suatu spectrum klinis lanjutan PMS dengan derajat yang lebih berat dari PMS. PMDD didiagnosis bila memenuhi semua kriteria diagnostic PMS dengan tambahan satu gejala mayor.

6. **Diagnosis** (Suparman dan Santosa, 2011)

Banyaknya jenis dan sulitnya mengkuantifikasi semua keluhan subjektif atau gejala yang menjadi manifestasi klinik PMS. Berikut disajikan 3 jenis kuisioner PMS yang dinilai memiliki validitas tinggi sebagai berikut :

a. Daily Menstrual Symptom Rating Scale

Suatu sistem skoring harian yang diisi secara prospektif oleh penderita berdasarkan 17 keluhan atau gejala PMS yang timbul, meliputi:

- a. Perasaan putus asa
- b. Depresi (perasaan tertekan)
- c. Kurang inisiatif
- d. Penarikan diri
- e. Ketegangan
- f. Mudah tersinggung (iritabilitas)
- g. Bersikap argumentative
- h. Perasaan gembira
- i. Perasaan ingin berinteraksi
- j. Tingkat energy
- k. Nyeri atau pembengkakan payudara
- l. Perut kembung
- m. Pembengkakan wajah, tangan, atau mata kaki
- n. Nyeri perut atau pelvis

- o. Nyeri punggung
- p. Nyeri kepala
- q. Kelelahan

Sistem skoring menggunakan angka '0' bila masing-masing keluhan atau gejala tidak ada, angka '1' bila sangat sedikit dirasakan, angka '2' bila sedikit dirasakan, angka '3' bila cukup dirasakan, angka '4' bila banyak dirasakan, serta angka '5' bila sangat banyak dirasakan. Jumlah skor untuk 17 pertanyaan berkisar '0' untuk skor minimum dan '85' untuk skor maksimum. Diagnosis PMS dinilai bila jumlah skor cenderung meningkat pada hari-hari menjelang haid.

b. Kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition_text Revision* (DSM-IV-TR) untuk PMDD

Suatu sistem skoring harian yang diisi secara prospektif oleh penderita berdasarkan 11 keluhan atau gejala PMS yang memenuhi kriteria PMDD pada DSM-IV-TR, meliputi:

- 1) Perasaan tertekan, tak berguna, pikiran rendah diri yang nyata
- 2) Kecemasan atau ketegangan yang nyata, perasaan terasingkan atau terpinggirkan
- 3) Labilitas afek yang bermakna (perasaan mendadak sedih atau menangis, menjadi sensitive terhadap penolakan)
- 4) Kemarahan atau iritabilitas yang persisten dan nyata, atau meningkatnya konflik interpersonal

- 5) Penurunan ketertarikan pada aktivitas rutin (pekerjaan, sekolah, teman, atau kegemaran)
- 6) Perasaan subjektif sulit berkonsentrasi
- 7) Kelemahan badan, cepat merasa lelah atau tidak bertenaga
- 8) Perubahan nafsu makan atau minum yang nyata, keinginan berlebihan makan atau minum sesuatu
- 9) Hipersomnia atau insomnia
- 10) Perasaan subjektif lepas kontrol
- 11) Keluhan-keluhan fisik lain: nyeri atau pembengkakan payudara, nyeri kepala, nyeri otot dan sendi, kenaikan berat badan, perut kembung.

Diagnosis PMDD ditegakkan jika semua criteria diagnostik di atas terpenuhi, tidak ada gangguan psikiatrik-fisik lain yang melatarbelakangi, dan secara nyata sudah menimbulkan gangguan pada penderita dalam melakukan aktivitas rutin harian.

c. Lembar Catatan Harian (LCH)

Merupakan modifikasi criteria PMDD dalam DSM-IV-TR dengan menggunakan penggantian beberapa istilah dan penyederhanaan bahasa sehingga menjadi mudah dipahami. LCH menjabarkan 11 keluhan atau gejala PMS ke dalam 22 pertanyaan yang lebih mudah diinterpretasi dan dipahami penderita, sehingga memperkecil bias skoring keluhan atau gejala yang dipersepsikan subjektif secara harian oleh penderita. Berikut dicantumkan daftar

22 pertanyaan dalam LCH (setara dengan 11 keluhan atau gejala PMDD menurut DSM-IV-TR). (Suparman dan Santosa, 2011)

Tabel 1. Kesetaraan kriteria diagnostic PMDD menurut DSM-IV-TR dengan LCH (Suparman dan Santosa, 2011)

No.	DSM-IV-TR	No.	LCH
1	Perasaan tertekan, tak berguna, pikiran rendah diri yang nyata	1 2	Saya merasa sedih dan putus asa Rasanya saya makhluk yang paling tak berguna
2	Kecemasan atau ketegangan yang nyata, perasaan terasingkan atau terpinggirkan	3 4	Saya merasa cemas dan tegang Saya merasa tidak tenang dan gelisah
3	Labilitas afek yang bermakna (perasaan mendadak sedih atau menangis, menjadi sensitive terhadap penolakan)	5 6	Tiba-tiba saya merasa sedih dan ingin menangis Perasaan saya jadi mudah tersinggung
4	Kemarahan atau iritabilitas yang persisten dan nyata, atau meningkatnya konflik interpersonal	7	Saya banyak marah dan jengkel
5	Penurunan ketertarikan pada aktivitas rutin (pekerjaan, sekolah, teman, atau kegemaran)	8	Rasanya enggan melakukan apapun
6	Perasaan subjektif sulit berkonsentrasi	9	Rasanya sulit berkonsentrasi
7	Kelemahan badan, cepat merasa lelah atau tidak bertenaga	10	Saya merasa mudah lelah
8	Perubahan nafsu makan atau minum yang nyata, keinginan berlebihan makan atau minum sesuatu	11 12 13	Nafsu makan saya menurun Saya makan banyak sekali Rasanya saya ingin makan sesuatu (mengidam)
9	Hipersomnia atau insomnia	14 15	Tidur saya banyak sekali Saya merasa sulit tidur
10	Perasaan subjektif lepas kontrol	16	Rasanya saya ingin berteriak-teriak karena

		17	jengkel Rasanya saya ingin membanting benda di sekitar
11	Keluhan-keluhan fisik lain: nyeri atau pembengkakan payudara, nyeri kepala, nyeri otot dan sendi, kenaikan berat badan, perut kembung.	18 19 20 21 22	Kepala saya sakit Pinggang saya terasa sakit Payudara saya terasa nyeri atau bengkak Rasanya perut saya kembung Sendi otot saya terasa nyeri

Dikutip dari Suparman dan Santosa, 2011

Penegakan diagnosis PMS berdasarkan LCH harus memenuhi semua criteria diagnostic PMDD dalam DSM-IV-TR. System skoring menggunakan angka '0' bila keluhan atau gejala tidak dirasakan penderita. Angka '1' diberikan jika timbul keluhan ringan namun tidak mengganggu, angka '2' jika timbul keluhan sedang dan agak mengganggu, serta angka '3' jika timbul keluhan berat dan sangat mengganggu aktivitas rutin di tempat kerja atau sekolah, maupun hubungan interpersonal penderita. Jumlah skor untuk 22 pertanyaan berkisar '0' untuk skor minimum dan '66' untuk skor maksimum. Sesuai kriteria *The National Institute of Mental Health* (NIMH) diagnosis PMS ditegakkan jika presentase perubahan rerata skor prahaid dengan rerata skor pascahaid sama dengan atau melebihi 30%.

C. Kecemasan

1. Definisi

Kecemasan adalah suatu keadaan patologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan disertai tanda somatik pertanda sistem saraf otonom yang hiperaktif (Kaplan dan Sadock, 2005).

Kecemasan atau ansietas adalah suatu keadaan atau prehensi atau keadaan khawatir yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Banyak hal yang harus dicemaskan, misalnya kesehatan, relasi social, ujian, karir, dan kondisi lingkungan (Nevid et al, 2005).

Kecemasan dan ketakutan memiliki komponen fisiologis yang sama tetapi kecemasan tidak sama dengan ketakutan. Penyebab kecemasan berasal dari dalam dan sumbernya sebagian besar tidak diketahui sedangkan ketakutan merupakan respon emosional terhadap ancaman atau bahaya yang sumbernya biasanya dari luar yang dihadapi secara sadar (Tomb, 2003).

Meskipun beberapa tingkat kecemasan atau ansietas merupakan hal yang normal dalam tekanan kehidupan, ansietas dapat menjadi adaptif atau maladaptif. Masalah muncul saat klien mempunyai mekanisme koping yang tidak adekuat untuk mengatasi bahaya, yang mungkin dikenali atau tidak dikenali. Gail (2006) membagi ansietas menjadi empat bagian, yaitu:

a. Ansietas ringan

Ansietas ringan berusia sangat singkat dan diinduksi lingkungan, umumnya sembuh sejalan dengan hilangnya stress. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari; ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ringan ini memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Ketegangan, mudah marah, takut pada sesuatu yang akan terjadi dan perhatian mulai teralih adalah umum terjadi, seringkali berkaitan dengan factor lingkungan, dan ditatalaksana dengan psikoterapi suportif serta terapi berorientasi realita. (Gail, 2006).

b. Ansietas sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. (Gail, 2006).

c. Ansietas berat

Ansietas berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. (Gail, 2006).

d. Tingkat panik

Tingkat panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan; jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian. (Gail, 2006).

2. Etiologi

Pada awal abad ke-20, asumsi Cullen yang bersifat organik digantikan oleh pandangan psikodinamika Freud. Freud mengatakan bahwa tingkah laku neurotik terjadi karena adanya ancaman bahwa ide-ide pembangkit kecemasan yang tidak dapat diterima akan muncul ke alam sadar. Menurut Freud, semua ini mencerminkan usaha ego untuk mempertahankan diri melawan kecemasan. Dengan kata lain asumsi etiologi yang dikemukakan oleh Freud menyatakan gangguan tersebut sebagai neurosis. Konsep Freud sangat luas diterima pada awal tahun 1900-an sehingga menjadi dasar untuk sistem pengklasifikasian yang ditemukan dalam 2 edisi pertama dari DSM (Nevid et al, 2005).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang meliputi beberapa aspek antara lain, terdapat komponen genetik terhadap

kecemasan, scan otak dapat melihat perbedaan terutama pada pasien kecemasan yang respons dengan signal berbahaya, sistem pemrosesan informasi dalam seseorang berjalan dengan singkat (hal ini dapat direspons dengan suatu ancaman sebelum yang bersangkutan menyadari ancaman tersebut), akar dari gangguan kecemasan mungkin tidak akan menjadi pemisahan mekanisme yang menyertainya namun terjadi pemisahan mekanisme yang mengendalikan respons kecemasan dan yang menyebabkan situasi diluar kontrol (Atmaja, Dwi, 2012).

Proses terjadinya kecemasan Perasaan tidak nyaman atau terancam pada ansietas diawali dengan adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress (Atmaja, Dwi, 2012). Berbagai teori dikembangkan mengenai factor predisposisi terjadinya ansietas :

1) Biologi (Fisik)

Penelitian terkini berfokus pada penyebab biologis terjadinya ansietas yang berlawanan dengan penyebab psikologis (Atmaja, Dwi, 2012). Beberapa individu yang mengalami episode sikap bermusuhan, iritabilitas, perilaku sosial dan perasaan menyangkal terhadap kenyataan hidup

dapat menyebabkan ansietas tingkat berat bahkan ke arah panik. Salah satu faktor penyebab secara fisik yaitu adanya gangguan atau ketidakseimbangan pada fisik seseorang.

(a) Gangguan fisik

Gangguan fisik yang dapat menyebabkan ansietas adalah antara lain gangguan otak dan saraf (neurologis) seperti cedera kepala, infeksi otak, dan gangguan telinga dalam, gangguan jantung, seperti kelumpuhan jantung dan irama jantung yang abnormal (aritmia), gangguan hormonal (endokrin) seperti kelenjar adrenal atau tiroid terlalu aktif, gangguan paru-paru (pernafasan) berupa asma, paru-paru obstruktif kronis atau Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (Medicastore, 2011).

(b) Mekanisme terjadinya kecemasan akibat gangguan fisik

Pengaturan ansietas berhubungan dengan aktivitas dari *neurotransmitter* GABA, yang mengontrol aktifitas neuron di bagian otak yang berfungsi untuk pengeluaran ansietas. Mekanisme kerja terjadinya ansietas diawali dengan penghambatan *neurotransmitter* di otak oleh GABA. Ketika bersilangan di sinaps dan mencapai atau mengikat ke reseptor GABA di membran postsinaps, maka saluran reseptor terbuka, diikuti oleh pertukaran ion-ion. Akibatnya terjadi penghambatan atau reduksi sel yang dirangsang dan

kemudian sel beraktifitas dengan lamban (Atmaja, Dwi, 2012). Mekanisme biologis ini menunjukkan bahwa ansietas terjadi karena adanya masalah terhadap efisiensi proses neurotransmitter. Neurotransmitter sendiri adalah utasan kimia khusus yang membantu informasi bergerak dari sel saraf ke sel saraf. Jika neurotransmitter keluar dari keseimbangan, pesan tidak bisa melalui otak dengan benar. Hal ini dapat mengubah cara otak bereaksi dalam situasi tertentu, yang menyebabkan kecemasan (Atmaja, Dwi, 2012).

2) Psikologis

Pendapat yang dikemukakan oleh, kecemasan merupakan pengalaman subyektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai bentuk reaksi umum dan ketidakmampuan menghadapi masalah atau munculnya rasa tidak aman pada individu. Kecemasan muncul dikarenakan adanya ketakutan atas sesuatu yang mengancam pada seseorang, dan tidak ada kemampuan untuk mengetahui penyebab dari kecemasan tersebut. Freud mengemukakan bahwa lemahnya *ego* akan menyebabkan ancaman yang memicu munculnya kecemasan. Freud berpendapat bahwa sumber ancaman terhadap *ego* tersebut berasal dari dorongan yang bersifat insting dari *id* dan tuntutan-tuntutan dari *superego*. Freud juga mengatakan jika pikiran menguasai tubuh

maka ini berarti bahwa ego yang menguasai pikiran dan pikiran berkuasa secara mutlak (Atmaja, Dwi, 2012).

Freud menyatakan bahwa *ego* disebut sebagai eksekutif kepribadian. Dalam melaksanakan fungsi-fungsi eksekutif ini, *ego* harus berusaha mengintegrasikan tuntutan *id*, *superego*, dan dunia luar yang sering bertentangan. Hal ini sering menimbulkan tegangan berat pada *ego* dan menyebabkan timbulnya kecemasan.

Freud membagi teori kecemasan menjadi 4 yaitu :

- a) ID/Impulse anxiety : perasaan tidak nyaman pada anak
- b) Separation anxiety : pada anak yang merasa takut akan kehilangan kasih sayang orang tuanya
- c) Cstration anxiety : merupakan fantasi kastrasi pada masa kanak-kanak yang berhubungan dengan pembentukan impuls seksual
- d) Super Ego anxiety : pada fase akhir pembentukan super ego yaitu pre pubertas (Atmaja, Dwi, 2012).

3) Sosial Budaya

Cara hidup orang di masyarakat juga sangat mempengaruhi pada timbulnya ansietas. Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami ansietas. Budaya seseorang juga dapat menjadi pemicu terjadinya ansietas. Hasil survey yang

dilakukan oleh Mudjadid,dkk tahun 2006 di lima wilayah pada masyarakat DKI Jakarta didapatkan data bahwa tingginya angka ansietas disebabkan oleh perubahan gaya hidup serta kultur dan budaya yang mengikuti perkembangan kota. Namun demikian, faktor predisposisi di atas tidaklah cukup kuat menyebabkan seseorang mengalami ansietas apabila tidak disertai faktor presipitasi (pencetus) (Atmaja, Dwi, 2012).

b. Faktor presipitasi (Atmaja, Dwi, 2012).

Stresor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yakni :

1) Biologi (fisik)

Salah satu penyebab biologis yang dapat menimbulkan ansietas yaitu gangguan fisik. Kecemasan yang sudah mempengaruhi atau terwujud pada gejala-gejala fisik, dapat mempengaruhi system syaraf, misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan sebagainya.

Gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang. Ancaman tersebut berupa ancaman eksternal dan internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, makanan, pakaian, atau trauma injuri. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan

mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu, kehamilan, dan kondisi patologis yang berkaitan dengan menstruasi.

3. Gejala (Widosari, 2010)

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

a. Gejala somatik

- 1) Keringat berlebih.
- 2) Ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung.
- 3) Sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, parestesi.
- 4) Gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi.
- 5) Iritabilitas kardiovaskuler: hipertensi, takikardi.
- 6) Disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

b. Gejala psikologis

- 1) Gangguan mood: sensitif sekali, cepat marah, mudah sedih.
- 2) Kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang.

- 3) Kelelahan, mudah capek.
- 4) Kehilangan motivasi dan minat.
- 5) Perasaan-perasaan yang tidak nyata.
- 6) Sangat sensitif terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja.
- 7) Berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa.
- 8) Kikuk, canggung, koordinasi buruk.
- 9) Tidak bisa membuat keputusan: tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil.
- 10) Gelisah, resah, tidak bisa diam.
- 11) Kehilangan kepercayaan diri.
- 12) Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- 13) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- 14) Terus menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.

4. Alat Ukur Kecemasan (Kusumadewi, Sri, 2008)

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau berat sekali (panik) orang menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik.

- a. *Anxious mood*; bagian ini akan melihat kondisi emosi pasien yang menunjukkan ketakutan yang luar biasa terhadap ketidakpastian masa depan, merasa khawatir, merasa tidak aman, mudah tersinggung, dan kecemasan.
- b. Ketegangan (*tension*); bagian ini akan melihat ketidakmampuan pasien untuk bersikap relaks, tidak nervous, ketegangan, gemetaran, dan kepenatan.
- c. Ketakutan (*fear*); bagian ini akan melihat ketakutan pasien di keramaian, terhadap binatang, di tempat umum, sendirian, lalu lintas, orang asing, kegelapan, dll.
- d. Sulit tidur (*insomnia*); bagian ini akan melihat pengalaman pasien terhadap durasi tidur dan kepulasan tidur selama 3 malam sebelumnya. Catatan: tanpa penggunaan obat penenang.
- e. Sulit konsentrasi dan daya ingat; bagian ini akan melihat ketidakmampuan pasien untuk berkonsentrasi, mengambil keputusan terhadap kejadian sehari-hari, dan lemahnya daya ingat.
- f. *Depressed mood*; bagian ini akan melihat komunikasi pasien baik secara verbal maupun non-verbal tentang kesedihan, depresi, tanpa harapan, kemurungan, dan ketakberdayaan.
- g. Gejala-gejala somatik umum: *muscular*; pasien merasa lemah, sakit, ketegangan otot seperti pada bagian leher dan rahang.

- h. Gejala-gejala somatik umum: *sensory*; pasien merasa penat dan lemah, atau mengalami gangguan fungsi perasa seperti: tinnitus, mata kabur, sensasi panas-dingin dan keringat buntat.
- i. Gejala-gejala yang berhubungan dengan jantung (*cardiovascular*); termasuk tachycardia, jantung berdebar, tekanan pada bagian dada, dentaman pada pembuluh darah, dan perasaan seakan-akan ingin pingsan.
- j. Gejala-gejala yang berhubungan dengan pernafasan; seperti merasa sesak nafas atau kontraksi pada tenggorokan atau dada, atau rasa seperti tercekik.
- k. Gejala-gejala yang berkaitan dengan usus (*Gastro-intestinal*); seperti sulit menelan, merasa ada tekanan pada bagian perut, gangguan pencernaan (rasa panas pada bagian perut, sakit perut berhubungan dengan makanan, mual dan muntah), perut terasa keroncongan dan diare.
- l. Gejala-gejala yang berhubungan dengan saluran kencing (*genito-urinary*); termasuk gejala-gejala non-organik atau psikis, seperti: sering atau susah buang air kecil, menstruasi tidak teratur, anorgasmia, ejakulasi dini.
- m. Gejala-gejala otonomik lainnya, seperti mulut terasa kering, pucat, sering keluar keringat dingin dan pusing
- n. Sikap pada saat wawancara; seperti: pasien kelihatan tertekan, nervous, gelisah, tegang, suara gemetar, pucat, keluar keringat.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) antara 0-4, yang artinya adalah:

0	=	Tidak ada gejala atau keluhan
1	=	Gejala ringan
2	=	Gejala sedang
3	=	Gejala berat
4	=	Gejala berat sekali atau panik

Penilaian atau pemakaian alat ukur ini dilakukan oleh tenaga kesehatan atau orang yang telah dilatih untuk menggunakannya melalui teknik wawancara langsung. Masing-masing nilai angka (*score*) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (<i>score</i>): < 14	=	Tidak ada kecemasan
14-20	=	Kecemasan ringan
21-27	=	Kecemasan sedang
28-41	=	Kecemasan berat
42-56	=	Kecemasan berat sekali atau panik

Tabel 2. *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) (Kusumadewi, Sri, 2008)

No.	Gejala kecemasan	Nilai angka (<i>score</i>)				
		0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas (ansietas) a. Cemas b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung	0	1	2	3	4
2	Ketegangan a. Merasa tegang	0	1	2	3	4

	<ul style="list-style-type: none"> b. Lesu c. Tidak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah 					
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak 	0	1	2	3	4
4	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none"> a. Sukar masuk tidur b. Terbangun malam hari c. Tidur tidak nyenyak d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk g. Mimpi menakutkan 	0	1	2	3	4
5	Gangguan kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> a. Sukar konsentrasi b. Daya ingat menurun c. Daya ingat buruk 	0	1	2	3	4
6	Perasaan depresi (murung) <ul style="list-style-type: none"> a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan pada hobi c. Sedih d. Bangun dini hari e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari 	0	1	2	3	4
7	Gejala somatik/fisik (otot) <ul style="list-style-type: none"> a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku kedutan otot c. Gigi gemerutuk d. Suara tidak stabil 	0	1	2	3	4
8	Gejala somatik/fisik (sensorik) <ul style="list-style-type: none"> a. Tinitus (telinga berdenging) b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat d. Merasa lemas e. Perasaan ditusuk-tusuk 	0	1	2	3	4
9	Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) <ul style="list-style-type: none"> a. Takikardia (denyut jantung cepat) b. Berdebar-debar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti) 	0	1	2	3	4

	sekejap)					
10	Gejala respiratori (pernapasan) a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Rasa tercekik c. Sering menarik nafas d. Nafas pendek/sesak	0	1	2	3	4
11	Gejala ganstrointestinal (pencernaan) a. Sulit menelan b. Perut mullit c. Gangguan pencernaan d. Nyeri sebelum dan sesudah makan e. Perasaan terbakar di perut f. Rasa penuh atu kembung g. Mual h. Muntah i. Buang air besar lembek j. Sukar buang air besar (konstipasi) k. Kehilangan berat badan	0	1	2	3	4
12	Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) a. Sering buang air kecil b. Tidak dapat menahan air seni c. Tidak datang bulan (tidak ada haid) d. Darah haid berlebihan e. Darah haid amat sedikit f. Masa haid berkepanjangan g. Masa haid amat pendek h. Haid beberapa kali dalam sebulan i. Menjadi dingin (frigid) j. Ejakulasi dini	0	1	2	3	4
13	Gejala autonom a. Mulut kering b. Muka merah c. Mudah berkeringat d. Kepala pusing e. Kepala terasa berat f. Kepala terasa sakit g. Bulu-bulu berdiri	0	1	2	3	4
14	Tingkah laku (sikap pada wawancara) a. Gelisah b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Otot tegang/mengeras g. Nafas pendek dan cepat h. Muka merah	0	1	2	3	4
Jumlah nilai angka (total score) =						

D. STATUS MARITAL

Perkawinan adalah ikatan lahir batin antara seorang pria dan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga atau rumah tangga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa (UU RI No. 1, 974).

Status perkawinan (wanita yang sudah menikah lebih banyak mengalami PMS dibandingkan yang belum). Ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Knauss, pada usia reproduksi di Swiss, diperoleh data bahwa terdapat 43,3% wanita yang belum menikah dan 56,7 % wanita yang telah menikah yang mengalami PMS. (Knauss, et.al., 2011)

E. HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DAN STATUS MARITAL DENGAN DERAJAT *PREMENSTRUAL SYNDROM*

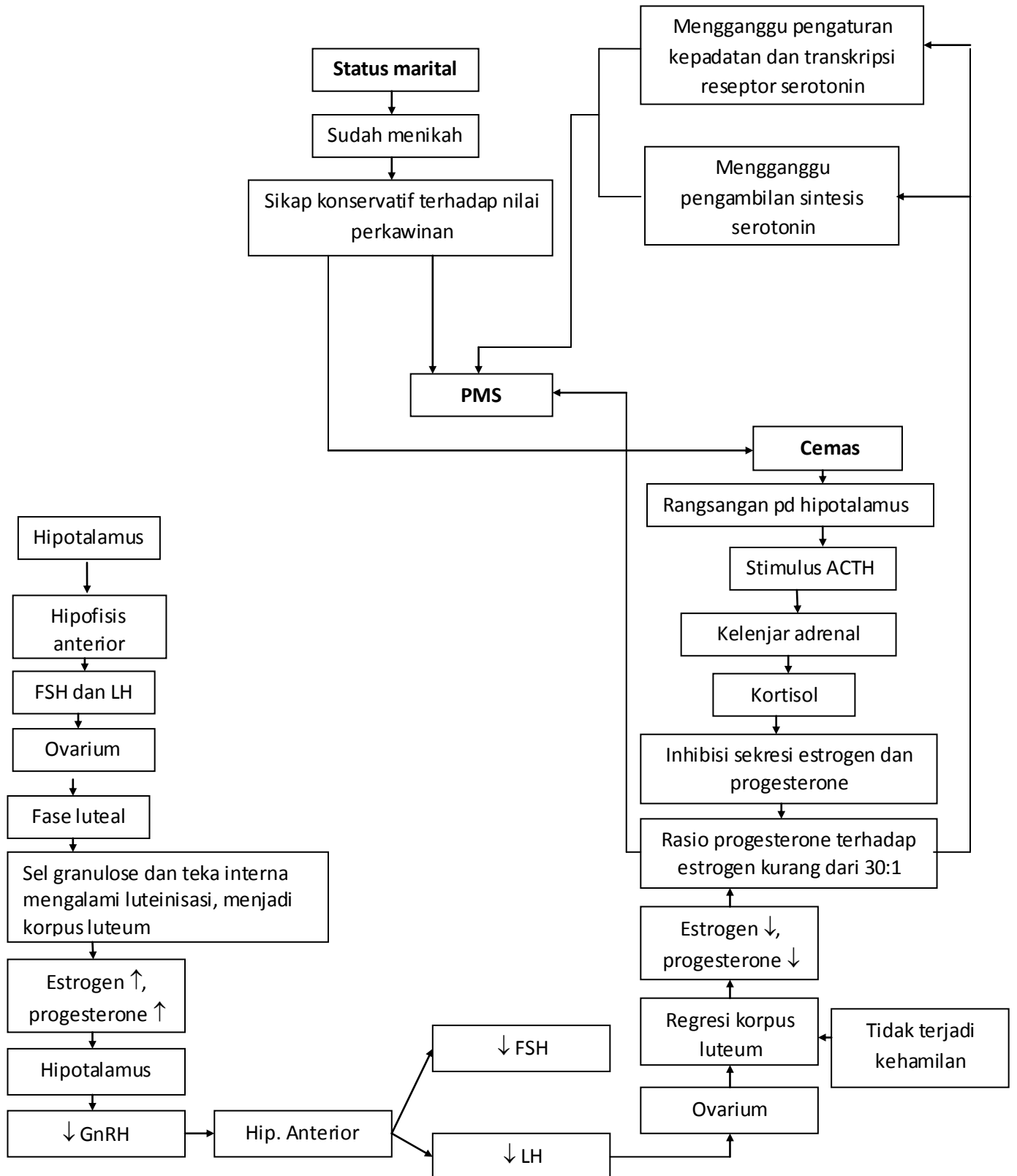
Bila terjadi kecemasan maka tubuh akan bereaksi secara otomatis berupa perangsangan hormon dan neurotransmitter. Terjadi peningkatan secara cepat sekresi *adrenocorticotropic hormone* (ACTH) yang akan merangsang kelenjar adrenal untuk menghasilkan kortisol. Keadaan ini dianggap sebagai akibat dari naiknya aktivitas dalam sistem limbik, khususnya dalam region amigdala dan hipokampus yang kemudian menyalurkan sinyal ke bagian posterior medial hipotalamus. Kortisol ini akan menginhibisi pelepasan LH dan FSH oleh kelenjar pituitari, hormon estrogen dan progesteron oleh ovarium, dan menginduksi resistensi

hormon estrogen di organ target. Hal ini yang menyebabkan ketidakseimbangan hormon estrogen progesteron selama fase luteal.

Menurut Suliswati dkk (2005), kondisi cemas menyebabkan terjadinya respon otonom tubuh, yaitu respon parasimpatis yang bertentangan dengan respon tubuh dan respon simpatis yang mengaktifkan respon tubuh. Respon simpatis lebih menonjol untuk mengaplikasikan tubuh mengatasi situasi emergensi melalui reaksi "fight" or "flight". Kecemasan akan menimbulkan respon fisiologis dan psikologis. Secara fisiologis ketika terjadi kecemasan, korteks otak menerima rangsangan yang kemudian akan diteruskan ke kelenjar adrenal untuk melepaskan epinefrin melalui saraf simpatis. Sebagai efeknya napas menjadi dalam, nadi dan tekanan darah meningkat. Darah akan tercurah terutama ke jantung, susunan saraf pusat dan otot. Epinefrin menyebabkan peningkatan glikogenolisis sehingga gula darah akan meningkat.

Demikian halnya juga dengan status marital. Berdasarkan faktor predisposisi dari PMS, wanita yang merasa perkawinannya kurang bahagia maupun yang bersifat konservatif terhadap nilai-nilai perkawinan cenderung mengalami PMS. Sikap seorang wanita terhadap haid menempatkan dirinya lebih mudah terserang PMS.

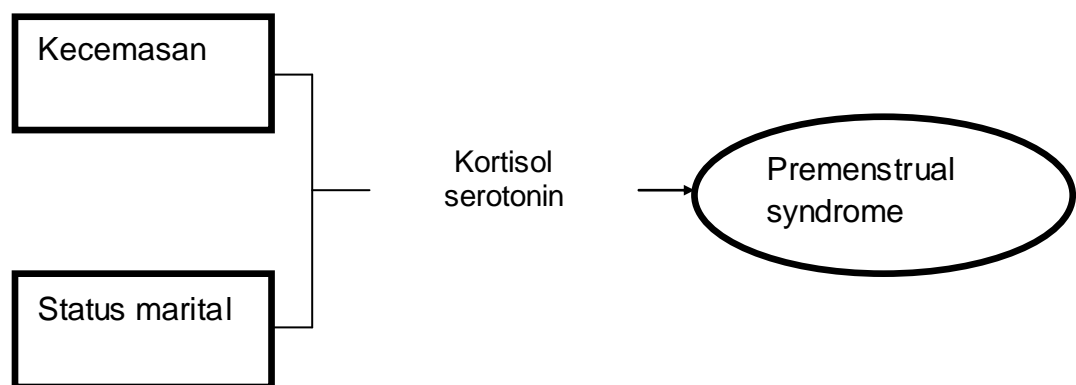
Gambar 1 Alur pemikiran masalah penelitian



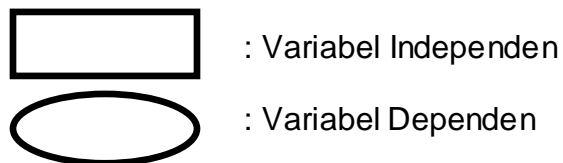
F. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan uraian pada tinjauan pustaka maka dapat dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



G. HIPOTESIS

1. Ada hubungan tingkat kecemasan dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia reproduksi
2. Ada hubungan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome* pada wanita usia reproduksi

H. DEFINISI OPERASIONAL

1. Variable dependen

Pre menstrual syndrome adalah kumpulan gejala fisik maupun psikis yang dialami pada wanita pada 7-10 hari sebelum siklus haid sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh DSM-IV-TR.

Kriteria objektif :

- 1) Ringan : jika skornya 0-22
- 2) Sedang : jika skornya 23-44
- 3) Berat : jika skornya 45-66

2. Variable independen

a. Kecemasan adalah perasaan yang dialami ketika berpikir tentang sesuatu yang tidak menyenangkan yang akan terjadi, yang dapat diukur dengan *Hamilton Rating Scale for anxiety (HRS-A)*.

Kriteria objektif :

- 1) < 14 : tidak ada kecemasan
- 2) 14 - 27 : kecemasan ringan
- 3) 28 - 41 : kecemasan sedang
- 4) 42 - 66 : kecemasan berat

b. Status marital adalah keadaan yang menyatakan ada atau tidaknya ikatan perkawinan responden

1. Sudah menikah
2. Belum menikah

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional study*, semua data yang dibutuhkan dikumpulkan dalam satu waktu (Sugiyono, 2009).

B. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di Makassar. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 4 - 21 April 2012.

C. Populasi dan Teknik Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang meliputi semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian (Arikunto, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia reproduksi (14 - 50 tahun) yang mengalami *Premenstrual Syndrome*

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Sampel diambil dengan cara *sampling purposive* yaitu pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu.

$$\begin{aligned}
 n &= \left\{ \frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \left[\frac{(1+r)}{(1-r)} \right]} \right\}^2 + 3 \\
 &= \left\{ \frac{(1,64 + 1,28)}{0,5 \ln \left[\frac{(1 + 0,4)}{(1 - 0,4)} \right]} \right\}^2 + 3 \\
 &= 51
 \end{aligned}$$

Jadi, besar sampel adalah 51

Yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah mahasiswa yang memenuhi kriteria inklusi :

- a. Wanita usia 14-50 tahun yang mengalami *premenstrual syndrome*
- b. Menandatangani *informed consent*

Kriteria eksklusi :

- a. Gangguan jiwa
- b. Siklus menstruasi tidak teratur
- c. Menggunakan terapi hormonal
- d. Ada kelainan endokrin
- e. Merokok
- f. Riwayat alkoholik

D. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisioner. Penentuan derajat *premenstrual syndrome* menggunakan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR), status marital dengan interviu dan tingkat kecemasan yang diukur dengan Hamilton Rating Scale for anxiety (HRS-A).

E. Prosedur Kerja

Tahap 1

1. Dilakukan pengkajian melalui Lembar Catatan Harian (LCH) menggunakan format *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision* (DSM-IV-TR)
2. Menegakan diagnosa *premenstrual syndrome*
3. Menentukan derajat *premenstrual syndrome*.
4. Mengelompokan sampel *premenstrual syndrome* berdasarkan derajatnya.

Tahap 2

1. Melakukan pengukuran kecemasan yang diukur dengan Hamilton Rating Scale for anxiety (HRS-A)
2. Mengelompokan kecemasan berdasarkan tingkatannya

Tahap 3

1. Dilakukan pengkajian status marital

2. Menentukan status marital
3. Mengelompokan sampel berdasarkan status marital

F. Analisa Data

Adapun proses analisa data dalam penelitian ini yaitu :

1. Analisa Data Univariat

Analisa ini dilakukan pada tiap sub variabel penelitian untuk melihat tampilan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap sub variabel yang diteliti.

2. Analisa Data Bivariat

Analisa ini dilakukan terhadap tiap variabel independen dan variabel dependen dengan cross tabulation dan dengan menggunakan uji regresi logistic.

G. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian peneliti merasa perlu adanya rekomendasi dari institusi atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi/ lembaga tempat penelitian. Setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekan masalah etika yakni :

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian, bila subyek menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak subyek.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembar tersebut diberikan kode.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi dijamin peneliti hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini akan mendeskriptifkan hasil analisis dari penelitian untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat *premenstrual syndrom*. Penelitian terhadap 51 wanita usia reproduksi dengan tehnik pengambilan sampel secara *purposive sampling*. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada tanggal 4-21 April 2012 dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 3. Distribusi karakteristik responden usia reproduksi

Karakteristik	Frekuensi	%
Umur		
14-24	39	76.5
25-36	12	23.5
Pekerjaan		
Belum bekerja	39	76.5
Bekerja	12	23.5
Lingkar pinggang		
Normal	36	70.6
Obesitas	15	29.4
Aktivitas fisik		
Berat	22	43.1
Ringan	29	56.9
IMT		
Normal	30	58.8
Obesitas	21	41.2

Tingkat kecemasan		
Tidak cemas	15	29.4
Cemas	36	70.6
Status Marital		
Belum menikah	43	84.3
Sudah menikah	8	15.7
Derajat PMS		
PMS ringan	28	54.9
PMS berat	23	45.1
Total	51	100.0

Sumber : Data primer, 2012

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa responden mayoritas berada pada umur 14-24 tahun, 41 responden (76.5%). Berdasarkan pekerjaan responden, pada umumnya responden belum bekerja sebanyak 39 responden (76,5%). Menurut karakteristik lingkaran pinggang responden, lebih banyak responden yang berada pada tingkat normal yaitu sebanyak 36 responden (70.6%). Berdasarkan aktivitasnya, responden lebih banyak yang berada pada ringan yaitu 29 responden (56.9%). Karakteristik yang lain yaitu IMT menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kategori normal sebanyak 30 responden (58.8%).

Berdasarkan tingkat kecemasannya, mayoritas responden yang cemas yaitu 36 responden (70.6%). Dari status marital, 43 responden (84.3%) yang sudah menikah. Berdasarkan derajat PMS, dominan responden berada pada derajat berat yaitu 28 responden (54.9%).

Tabel 4. Hubungan tingkat kecemasan dan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome*

	Derajat PMS				n	%	OR (IK 95%)
	Ringan	%	Berat	%			
Tingkat kecemasan							
Tidak cemas	11	73.3	4	26.7	15	100.0	3.07 (0.82 - 11.49)
Cemas	17	47.2	19	52.8	36	100.0	
Status marital							
Belum menikah	27	62.8	16	37.2	43	100.0	11.81 (1.33-104.98)
Sudah menikah	1	12.5	7	87.5	8	100.0	

Berdasarkan tabel 4, diperoleh data bahwa 15 responden yang tidak cemas, dominan responden mengalami PMS ringan, 11 responden (73.3%). Sedangkan 36 responden yang cemas, mayoritas mengalami PMS berat, 19 responden (52.8%). Berdasarkan status marital responden, dari 43 yang belum menikah, 27 responden (62.8%) yang mengalami PMS ringan. Sedangkan 8 responden yang sudah menikah, 7 responden (87.5%) yang PMS berat. Dari tabel tersebut juga menunjukkan bahwa tingkat kecemasan tidak beresiko untuk terjadi PMS. Sedangkan status marital 11.81 kali (IK : 1.33 – 104.98) beresiko untuk terjadi PMS.

Tabel 5. Hubungan status marital dengan lingkaran pinggang

Status marital	Lingkar pinggang				n	%	OR (IK 95%)
	Normal	%	Obesitas	%			
Belum menikah	33	76.7	10	23.3	43	100.0	5.5 (1.11 – 27.15)
Sudah menikah	3	37.5	5	62.5	8	100.0	
Total	36	70.6	15	29.4	51	100.0	

Berdasarkan tabel 5, dari 43 responden, 33 responden (76.7%) yang mempunyai lingkaran pinggang. Sedangkan yang sudah menikah, 5 responden (62.5%) yang obesitas. Tabel tersebut juga menunjukkan bahwa status marital, 5.5 kali (1.11 – 27.15) beresiko untuk terjadi peningkatan lingkaran pinggang.

Tabel 6: Peran lingkaran pinggang, tingkat kecemasan, dan status marital dengan *premenstrual syndrome*

Karakteristik	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Lingkar pinggang	1.869	.880	4.506	1	.034	6.481	1.154	36.395
Tingkat kecemasan	2.739	1.216	5.076	1	.024	15.465	1.428	167.505
Status marital	2.894	1.365	4.497	1	.034	18.074	1.245	262.338
Constant	-10.765	3.589	8.994	1	.003	.000		

Berdasarkan tabel 6, status marital lebih beresiko untuk terjadi PMS. Dimana status marital, 18 kali lebih beresiko dibandingkan dengan tingkat kecemasan dan lingkaran pinggang.

B. Pembahasan

1. Hubungan tingkat kecemasan dengan derajat *premenstrual syndrome*

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh data bahwa tingkat kecemasan tidak beresiko terhadap terjadinya PMS. Hal ini berbeda dengan pendapat Guyton bahwa bila terjadi kecemasan maka tubuh akan bereaksi secara otomatis berupa perangsangan hormon dan neurotransmitter. Terjadi peningkatan secara cepat sekresi ACTH yang akan merangsang kelenjar adrenal untuk menghasilkan kortisol. Keadaan ini dianggap sebagai akibat dari naiknya aktivitas dalam sistem limbik, khususnya dalam region amigdala dan hipokampus yang kemudian menyalurkan sinyal ke bagian posterior medial hipotalamus. Kortisol ini akan menginhibisi pelepasan LH dan FSH oleh kelenjar pituitari, hormon estrogen dan progesteron oleh ovarium, dan menginduksi resistensi hormon estrogen di organ target. Hal ini yang menyebabkan ketidakseimbangan hormon estrogen progesteron selama fase luteal. Peningkatan kadar kortisol dalam darah dapat memicu terjadinya ketidakstabilan mood sehingga dapat menyebabkan terjadinya *premenstrual syndrome* (Guyton, 2007).

Responden yang tidak mengalami kecemasan, sebanyak 11 responden yang mengalami PMS ringan. Hal ini disebabkan mayoritas responden mempunyai lingkar pinggang yang berada pada kategori normal yang tidak menunjang untuk terjadinya PMS berat. Lain halnya dengan 4 responden yang tidak cemas, akan tetapi mengalami PMS

berat. Ini disebabkan oleh mayoritas diantaranya mempunyai lingkaran pinggang dalam kategori obesitas dan sudah bekerja.

Lingkar pinggang adalah ukuran antropometri yang dapat digunakan untuk menentukan obesitas sentral. Hal ini mendukung untuk penyediaan bahan dasar pembentukan estrogen, sementara progesterone hanya diproduksi dalam tingkat rendah, sehingga rasio estrogen dan progesterone terganggu. Lemak intraabdominal dan lemak subkutan abdominal lebih memiliki arti penting dibanding lemak subkutan yang ada di bokong dan ekstremitas bawah. Ini mungkin berkaitan dengan fakta bahwa adiposit intraabdominal lebih bersifat lipolitik aktif daripada yang berasal dari simpanan lain (Flier, 2005). Selain itu, wanita yang telah bekerja, lebih beresiko untuk terpapar dengan stressor di tempat kerja. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lustyk, et al tahun 2004 bahwa PMS berhubungan dengan stress, dimana kecemasan itu muncul sebagai reaksi terhadap stress tersebut. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Clark (2004) bahwa angka prevalensi PMS ini dapat mencapai 30% dari seluruh populasi wanita usia reproduksi, dan sepertiga di antaranya mengalami PMS derajat berat (Suparman dan Sentosa, 2001).

2. Hubungan status marital dengan derajat *premenstrual syndrome*

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh data bahwa ada bahwa terdapat korelasi yang bermakna antara status marital dengan derajat

premenstrual syndrome. Hal ini sesuai dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh Knauss, 2007 yang dilakukan pada usia reproduksi di Swiss diperoleh data bahwa PMS lebih banyak dialami oleh wanita yang sudah menikah dibandingkan dengan wanita yang belum menikah.

Responden yang belum menikah, 27 diantaranya mengalami PMS ringan, karena mayoritas memiliki lingkaran pinggang dalam kategori normal. Sedangkan 16 responden diantaranya mengalami PMS berat. Hal ini disebabkan karena dominan responden mengalami kecemasan. Selain itu, responden juga mempunyai lingkaran pinggang dalam kategori obesitas (7 responden) dan beraktivitas ringan. Dimana menurut Hudson (2009) dalam penelitiannya tentang efek aktivitas fisik terhadap *premenstrual syndrome* bahwa wanita yang melakukan aktivitas fisik secara teratur mengalami penurunan atau lebih sedikit mengalami gejala *premenstrual syndrome*.

Responden yang sudah menikah, 1 responden diantaranya mengalami PMS ringan karena tidak mengalami kecemasan dan beraktivitas berat meskipun mengalami obesitas dari hasil pengukuran lingkaran pinggangnya. Sedangkan responden yang sudah menikah, 7 responden diantaranya mengalami PMS berat. Ini disebabkan mayoritas responden yang sudah menikah tersebut sudah bekerja, berumur lebih dari 27 tahun, mengalami kecemasan dan obesitas dari hasil pengukuran lingkaran pinggang. Berdasarkan tabel 5, wanita yang

telah menikah, 5,5 kali beresiko untuk terjadi peningkatan lingkaran pinggang. Lingkaran pinggang merupakan pengukur distribusi lemak abdominal yang mempunyai hubungan erat dengan indeks massa tubuh (Bell *et al.*, 2001). Sehingga kadar lemak yang menjadi sumber pembuatan estrogen yang merupakan faktor penyebab *premenstrual syndrome* pun dapat diprediksi melalui pengukuran lingkaran pinggang. Dalam sebuah penelitian tentang hubungan lingkaran pinggang dengan kadar lemak (trigliserida, HDL kolesterol) menunjukkan terdapat hubungan positif terhadap semua komponen (Fasli J *et al.*, 2008).

Lemak intraabdominal dan lemak subkutan abdominal lebih memiliki arti penting dibanding lemak subkutan yang ada di bokong dan ekstremitas bawah. Ini mungkin berkaitan dengan fakta bahwa adiposit intraabdominal lebih bersifat lipolitik aktif daripada yang berasal dari simpanan lain (Flier, 2005). Perempuan dengan kadar lemak berlebihan, 4-5 kali lebih sering terjadi gangguan fungsi ovarium. Pada perempuan gemuk terjadi kelebihan androgen dan kelebihan estrogen terutama estron. Pada perempuan gemuk didapatkan keadaan hormonal sebagai berikut : produksi androgen suprarenal meningkat, peningkatan pengeluaran 17-ketosteroid dan 17-hidroksisteroid, kadar plasma testosteron meningkat, kadar plasma androstenedion meningkat, rasio estron/estradiol 2,5, kadar *sex hormone binding globulin* (SHBG) rendah (Baziad, 2003).

Sintesis hormon steroid dimulai dari perkembangan folikel ovarium, hormon *folikel stimulating homon* (FSH) akan merangsang perkembangan folikel primordial yang selanjutnya akan membentuk hormon steroid. Sumber pembuatan hormon steroid adalah kolesterol yang berasal dari diet yang dibawa *low density lipoprotein* (LDL) dalam pembuluh darah kolesterol yang dibuat oleh sel-sel endokrin, dan sel-sel yang disimpan dalam endokrin (Herslagh A, 1998). Sehingga dengan rendahnya kolesterol dalam tubuh yang diindikasikan dengan kuantitas lingkaran pinggang akan menyebabkan rendahnya kadar hormon steroid termasuk kadar estrogen progesteron sebagai penyebab munculnya *premenstrual syndrome*.

Obesitas berhubungan dengan abnormalitas menstruasi pada wanita, terutama wanita dengan obesitas lemak bagian atas. Dalam penelitian oleh Mayes dan Watson 2004 dilaporkan bahwa semakin besar lingkaran pinggang seorang wanita, ternyata semakin rendah kadar hormon estrogen dalam tubuh. Ketidakseimbangan kadar estrogen ini yang menyebabkan *premenstrual syndrome* (Suparman, 2011).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Tingkat kecemasan tidak beresiko untuk terjadi *premenstrual syndrome*
2. Status marital beresiko 11.81 kali untuk terjadi *premenstrual syndrome*, dimana status marital (sudah menikah) beresiko 5.5 kali untuk terjadi obesitas (pengukuran lingkaran pinggang) yang beresiko terhadap derajat *premenstrual syndrome*.

B. Saran

1. Kepada wanita usia reproduksi, diharapkan memiliki manajemen dalam menghadapi kecemasan untuk lebih meminimalisir terjadinya *premenstrual syndrome*
2. Kepada wanita yang sudah menikah, diharapkan mengurangi ukuran lingkaran pinggangnya sehingga dapat menurunkan derajat *premenstrual syndrome*.
3. Kepada peneliti selanjutnya, diharapkan dapat meneliti kadar kortisol dan faktor resiko lain pada fase luteal.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, Gilly. 2009. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. EGC, Jakarta, hlm. 76.
- Atmaja, Dwi. 2012. *Kajian Psikologi* (Online), (<http://kajianpsikologi.blogspot.com/2012/01/faktor-faktor-yang-mempengaruhi.html>), diakses 13 Maret 2012).
- Baziad, A. (2003). Estrogen dan Progesteron dalam Endokrinologi Ginekologi. Edisi 2. Media Aesculapius UI: Jakarta, hlm. 35-66.
- Bell, Ge K., Popkin B.M. (2001). Weight gain and its predictors in Chinese adults. *Int Jnateded Metabolism Disorder*, page 1079-1086.
- Bobak, et al. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. EGC: Jakarta, hlm. 29.
- Connoly, M. 2001. *Premenstrual Syndrome* : an update of definitions, diagnosis and management. *Advances in Psychitarics Treatment*, page 469.
- Delara, et al. 2012. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *International Journal of Biological and Medical Researc*, (Online), Vol. 10, No. 1, (<http://hqlo.com/content/10/1/1>), diakses 21 Maret 2012).
- Dahlan, M. Sopiudin. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Salemba Medika: Jakarta, hlm. 20.
- D'Eon, Tara M., Carrie Sharoff, Stuart R. Chipkin, Dan Grow, Brent C. Ruby, and Barry Braun. 2002. *Regulation of Exercise Carbohydrate Metabolism by Estrogen and Progesterone in Women*. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, page 1046–1055.
- Essel, E. K. 2007. *PMS Is it Real?*, (Online), (<http://www2.gsu.edu/>), diakses 09 Maret 2012).
- Fasli Jalal, et al. (2008). *Lingkar Pinggang, Kadar Glukosa Darah, Trigliserida dan Tekanan Darah pada Etnis Minang di Kabupaten Padang Pariaman, Sumatera Barat*. Media Medika Indonesiana.
- Flier, J. S. (2005). *Obesity*. 15th edition. New York: The McGraw-Hill Companies, page 479.

- Freeman, E. W. 2007. *Epidemiology and Etiology Of Premenstrual Syndromes*, (Online), (<http://www.medscape.com>, diakses 09 Maret 2012).
- Gail, Stuart W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC, hlm. 144.
- Ganong, W.F. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 22. EGC: Jakarta, hlm. 451.
- Guyton, Arthur C. 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. EGC: Jakarta, hlm. 1065-1070.
- Haijiang, W. (2005). *Marital Status*, (Online), <http://www.princeton.edu>, diakses 04 Mei 2012.
- Herslagh and Peterson. (1998). *Obstetry and Gynecologyc*. New York: The McGraw-Hill Companies, page 391.
- Hudson, (2009). *Premenstrual syndrome part 1*, (online), (<http://search.proquest.com/docview/204390637?accountid=17242>, diakses 1 Maret 2012).
- Kaplan and Sadock. 2005. *Sinopsis Psikiatri*. Edisi 8. Bina Rupa Aksara: Jakarta Barat, hlm. 1-8.
- Knauss, et al. 2011. The interrelation between premenstrual syndrome and major depression: results from a population-based sample. *BMC Public Health*, (Online), Vol. 11, (<http://biomedcentral.com>, diakses 21 Maret 2012).
- Kusumadewi, Sri. 2008. *Aplikasi Fuzzy Total Integral pada Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. (Online), (<http://journal.uui.ac.id/index.php/Snati/article/viewFile/764/698>, diakses 05 Maret 2012).
- Lakshmi, et al. 2011. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Dysmenorrhoea among Female Medical Students and its Association with College Absenteeism. *International Journal of Biological and Medical Researc*, (Online), Vol. 2, No. 4, (<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, diakses 26 Januari 2012).
- Liza. 2008. *Otak Manusia, Neurotransmitter, dan Stres*. (Online), (<http://adiwarsito.files.wordpress.com>, diakses 05 Maret 2012).

- Llewellyn, D. dan Jones. 2001. *Dasar-dasar obstetric dan ginekologi*. Edisi 6. Hipokrates: Jakarta, hlm. 516.
- Lustyk et al. 2004. *Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder*. *Article from the Haworth Document Delivery Service* (Online), Vol 1, (<http://www.spu.edu/depts/spfc/happenings/documents/>), diakses 05 Maret 2012).
- Nevid et al. 2005. *Psikologi Abnormal*. Edisi 5. Erlangga: Jakarta, hlm. 89.
- Pujiastuti, A. 2007. *Pengaruh Premenstrual syndrome terhadap produktivitas tenaga kerja wanita di Pabrik Korek Api Pematang Siantar* (Online), ([http:// repository.usu.ac.id/bitstream/](http://repository.usu.ac.id/bitstream/)), diakses 26 Januari 2012).
- Rahayu. 2012. *Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Siklus Menstruasi pada Siswi* (Online), ([http:// duniacemerlang.com](http://duniacemerlang.com)), diakses 26 Maret 2012).
- Speroff, Leon and Fritz, Marc, A. 2005. *Clinical Endocrinologic Endocrine and Infertility*. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins: New York, page 532.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Bisnis*. Alfabeta: Bandung, hlm. 389.
- Suparman, E dan Sentosa Ivan Rifai. 2011. *Premenstrual Syndrome*. EGC: Jakarta, 5-13,30-31,49-59.
- Thomas M. 2007. *Hypertension : clinical features and investigations*. *Hospital Pharmacist*, page 111.
- Tomb, D.A. 2003. *Buku Saku Psikiatri*. Edisi 6. EGC: Jakarta, hlm. 96-97.
- Undang-undang Republik Indonesia No.1 Tahun 1974 tentang Perkawinan. 1974. Jakarta: Yayasan Peduli Anak Negeri (YPAN)
- Varney, H. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 4 Volume 1. EGC: Jakarta, hlm. 351.
- Widosari, Y.W. 2010. *Perbedaan Derajat Kecemasan dan Depresi Mahasiswa Kedokteran Preklinik dan Ko-Asisten di FK UNS Surakarta*. (Online), ([http:// eprint.uns.ac.id/](http://eprint.uns.ac.id/)), diakses 26 Januari 2012).

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Saudari

di Tempat.

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Suriani Bahrn**

Nim : **P1502210022**

adalah Mahasiswa Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar yang mengadakan penelitian tentang : *Hubungan Tingkat Kecemasan dan Status Marital dengan Derajat Premenstrual Syndrom pada Usia Reproduksi* .

Maka dengan rendah hati saya memohon kesediaan saudara untuk berpartisipasi menjadi responden dalam kegiatan tersebut.

Apabila saudara bersedia, mohon diminta dengan hormat untuk bertanda tangan pada lembar persetujuan yang terlampir.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kesediaan Saudari, dihaturkan banyak terima kasih.

Peneliti

SURIANI BAHRUN

INFORMED CONSENT

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini, **Menyatakan Bersedia/Tidak Bersedia *)** menjadi responden dari saudari **SURIANI BHRUN** dalam penelitian yang berjudul ***“Hubungan Tingkat Kecemasan dan Status Marital dengan Derajat Premenstrual Syndrom pada Usia Reproduksi”***

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar,

2012

Responden

Nama & tanda tangan

10.	Saya merasa mudah lelah				
11.	Nafsu makan saya menurun				
12.	Saya sering makan dan banyak				
13.	Rasanya saya ingin makan sesuatu (ngidam makanan				
14.	tertentu)				
15.	Tidur saya banyak sekali				
16.	Saya merasa sulit tidur				
17.	Rasanya saya ingin berteriak-teriak karena jengkel				
18.	Rasanya saya ingin membanting benda di sekitar				
19.	Kepala saya sakit				
20.	Pinggang saya terasa sakit				
21.	Payudara saya terasa nyeri dan bengkak				
22.	Rasanya perut saya kembung				
	Sendi otot saya terasa nyeri				

Dikutip dari Suparman dan Sentosa, 2011

Alat ukur Hamilton Rating Scale for anxiety (HRS-A)

0	=	Tidak ada gejala atau keluhan
1	=	Gejala ringan
2	=	Gejala sedang
3	=	Gejala berat
4	=	Gejala berat sekali atau panik

No.	Gejala kecemasan	Nilai angka (score)				
		0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas (ansietas) a. Cemas b. Firasat buruk c. Takut akan pikiran sendiri d. Mudah tersinggung	0	1	2	3	4
2	Ketegangan a. Merasa tegang b. Lesu c. Tidak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah	0	1	2	3	4
3	Ketakutan a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak	0	1	2	3	4
4	Gangguan tidur a. Sukar masuk tidur b. Terbangun malam hari c. Tidur tidak nyenyak d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk g. Mimpi menakutkan	0	1	2	3	4
5	Gangguan kecerdasan a. Sukar konsentrasi b. Daya ingat menurun c. Daya ingat buruk	0	1	2	3	4
6	Perasaan depresi (murung) a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan pada hobi	0	1	2	3	4

	c. Sedih d. Bangun dini hari e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7	Gejala somatik/fisik (otot) a. Sakit dan nyeri di otot-otot b. Kaku kedutan otot c. Gigi gemerutuk d. Suara tidak stabil	0	1	2	3	4
8	Gejala somatik/fisik (snsorik) a. Tinitus (telinga berdenging) b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat d. Merasa lemas e. Perasaan ditusuk-tusuk	0	1	2	3	4
9	Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) a. Takikardia (denyut jantung cepat) b. Berdebar-debar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)	0	1	2	3	4
10	Gejala respiratori (pernapasan) a. Rasa tertekan atau sempit di dada b. Rasa tercekik c. Sering menarik nafas d. Nafas pendek/sesak	0	1	2	3	4
11	Gejala ganstrointestinal (pencernaan) a. Sulit menelan b. Perut melilit c. Gangguan pencernaan d. Nyeri sebelum dan sesudah makan e. Perasaan terbakar di perut f. Rasa penuh atau kembung g. Mual h. Muntah i. Buang air besar lembek j. Sukar buang air besar (konstipasi) k. Kehilangan berat badan	0	1	2	3	4
12	Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin) a. Sering buang air kecil b. Tidak dapat menahan air seni c. Tidak datang bulan (tidak ada haid) d. Darah haid berlebihan e. Darah haid amat sedikit	0	1	2	3	4

	f. Masa haid berkepanjangan g. Masa haid amat pendek h. Haid beberapa kali dalam sebulan i. Menjadi dingin (frigid) j. Ejakulasi dini					
13	Gejala autonom a. Mulut kering b. Muka merah c. Mudah berkeringat d. Kepala pusing e. Kepala terasa berat f. Kepala terasa sakit g. Bulu-bulu berdiri	0	1	2	3	4
14	Tingkah laku (sikap pada wawancara) a. Gelisah b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Otot tegang/mengeras g. Nafas pendek dan cepat h. Muka merah	0	1	2	3	4
Jumlah nilai angka (total skor) =						

Dikutip dari Kusumadewi, Sri. 2008.

Keterangan :

Tidak ada kecemasan : jika skornya < 14 Kecemasan sedang : jika skornya 28 – 41

Kecemasan ringan : jika skornya 14 – 27 Kecemasan berat : jika skornya 42 – 56

Pernyataan tersebut di atas adalah benar sesuai dengan apa yang saya rasakan.

Ttd :