



Faktor Risiko Depresi Antenatal di Puskesmas Jagir dan Tanah Kali Kedinding Surabaya

Zumroh Hasanah ¹, Hermanto Tri Joewono ², Nalini Muhdi ³

¹ Ilmu Kesehatan Reproduksi FK Unair-RSUD Dr Soetomo Surabaya

² Departemen SMF Obgin FK Unair-RSUD Dr Soetomo Surabaya

³Departemen SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unair-RSUD Dr Soetomo Surabaya

INFORMASI

Korespondensi:
hasanah_zumroh@yahoo.com

Keywords:
Antenatal Depression,
Biological Factors, Psychological Factors, Risk,
Social Factors

ABSTRACT

Objective: To find out the prevalence and analyze the risk factors (biological, psychological and social) of pregnant women who experience antenatal depression at health center of Jagir and Tanah Kali Kedinding Surabaya.

Methods: A cross sectional study design, after got the ethical clearance certificate, the subjects were pregnant women who visited antenatal clinic and meet the criteria in Mei-Juni 2019. Independent variables were biological factors : a history of Premenstrual dysphoric disorder (PMDD), and obstetric status (age, history of miscarriage and mode of delivery, and risk of pregnancy), psychological factors : the history of child abuse and negative life events and social factors : marital conflict, pregnancy status, family/spouse/social support, and financial stress. The dependent variable was determined by Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with a cut off value of 10. Statistics analysis used accordingly.

Results: The prevalence of antenatal depression was 18.95%. The statistic calculation found that age ($P=0.168$), history of miscarriage and mode of delivery ($P=0.540$), risk of pregnancy ($P=0.756$), history of PMDD ($P=1.000$), history of child abuse ($P=0,219$), negative life events ($P=0.870$), marital conflict ($P=1,000$), pregnancy status ($P=1,000$), family, spouse and social support ($P= -$), and financial stress ($P=1,000$).

Conclusion: There was no relationship between antenatal depression and the age of pregnant women, history of miscarriage and mode of delivery, pregnancy risk, history of PMDD, history of child abuse, negative life events, marital conflict, pregnancy status, family, spouse and social support, and financial stress.

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) menyatakan jika depresi menjadi penyebab utama masalah kesehatan dan ketidakmampuan di seluruh dunia (WHO, 2018). Depresi dalam psikiatri digunakan untuk menyatakan suatu kondisi mood yang abnormal yang memiliki kesamaan arti dengan ketidakbahagiaan, kesedihan, dan kesengsaraan (Sadock, BJ et al, 2007). Risiko depresi meningkat secara signifikan selama kehamilan. Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa gejala depresi lebih sering terjadi selama kehamilan daripada selama periode postpartum. Tinjauan sistematis dari negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan bahwa prevalensi rata-rata adalah 15,6% (Biratu, A et al 2015). Penelitian serupa di Jakarta menyatakan bahwa prevalensi depresi antenatal sebesar 14,8% (Wiyar, A dkk 2013).

Depresi antenatal memiliki dampak yang negatif bagi ibu yakni; bakterial vaginosis, peningkatan penggunaan rokok, narkoba, *preterm birth*, masalah kardiovaskular, kelahiran secara sesar. Selain itu diperkirakan 13% dari semua perempuan hamil yang mengalami depresi berkembang menjadi depresi pada saat postpartum hingga saat masa *parenting*; dan bagi janin yang akan dilahirkan yakni; prematur, BBLR, skor APGAR yang buruk, gangguan dalam pertumbuhan janin dan juga berpengaruh pada perkembangan mental janin. Stres antenatal melalui perubahan perubahan regulasi epigenetic, berpotensi memengaruhi pemrograman endokrin janin dan perkembangan otak di beberapa generasi. Sedangkan dampak bagi ibu yakni (Menesez, et al 2007; Hapisah et al, 2010; Babenko, O et al, 2015).

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi depresi pada kehamilan yakni; 1) Faktor biologis meliputi riwayat depresi perinatal, riwayat depresi/gangguan psikologis pada keluarga, riwayat PMDD, kadar neurotransmitter (terutama serotonin), dan status obstetrik (usia, riwayat keguguran dan cara persalinan, keluhan dan risiko kehamilan); 2) Faktor psikologis meliputi tipe kepribadian, fungsi kognitif dan citra diri (*self-esteem*), riwayat *child abuse*, peristiwa kehidupan yang negatif dalam setahun terakhir, dan jenis mekanisme koping; dan 3) Faktor sosial meliputi konflik perkawinan, kehamilan tidak diinginkan, dukungan keluarga, pasangan dan sosial, dan kesulitan kondisi finansial (Kessler, et al, 2003; Leigh, b et al, 2008; Jae Lee Et Al, 2015; Nasri, 2017; Muhdi, 2018).

Instrumen untuk menilai gejala depresi pada ibu hamil menggunakan skala EPDS. EPDS merupakan

alat ukur yang banyak digunakan untuk mendeteksi depresi pada masa perinatal berdasarkan gejala afektif yang tidak mengikutkan gejala somatik (kelainan fisik) (Hawari, 2006; Hapisah, dkk, 2010).

Penting untuk mengidentifikasi faktor risiko depresi antenatal sehingga individu yang berisiko ini dapat teridentifikasi, dan upaya pencegahan terhadap dampak utamanya yang berkaitan dengan janin dan keberhasilan masa perinatal dapat diimplementasikan. Puskesmas Jagir dan Puskesmas Tanah Kali Kedinding merupakan salah satu dari puskesmas dengan tingkat kunjungan antenatal terbanyak se-Kota Surabaya, sehingga penelitian ini diharapkan dapat menjadi representasi ibu hamil di kota Surabaya. Dalam pengetahuan peneliti, belum ada studi yang telah menyelidiki asosiasi tersebut dalam populasi di Surabaya. Selain itu, belum ada bukti epidemiologis untuk hubungan antara faktor biologis, psikologis dan sosial dengan risiko depresi antenatal di Indonesia.

METODE

Penelitian analitik observasional, dengan rancangan *cross sectional*. Subjek dalam penelitian ini adalah pasien hamil yang memeriksakan diri di Puskesmas Jagir Surabaya dan Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dalam periode waktu Mei-Juni 2019, didapatkan sebanyak 153 subjek. Kriteria inklusi subjek dalam penelitian ini adalah pasien hamil yang memeriksakan diri dengan pendidikan minimal SMA, kehamilan dari suami pertama, suku Madura/Jawa, jumlah anak hidup ≤ 5 , jarak kehamilan dengan anak terakhir ≤ 10 tahun dan bersedia menjadi subjek. Kriteria eksklusi subjek dalam penelitian ini adalah pasien hamil yang memeriksakan diri kembali pada waktu selama terjadinya pengambilan data dan pasien yang menolak menjadi subjek. Pemilihan subjek pada penelitian ini adalah dengan *consecutive sampling*. Variabel independen (bebas) adalah; 1) Faktor biologis meliputi riwayat PMDD, dan status obstetrik (usia ibu hamil, riwayat keguguran dan cara persalinan, dan risiko kehamilan); 2) Faktor psikologis meliputi riwayat *child abuse* dan peristiwa kehidupan yang negatif; 3) Faktor sosial meliputi konflik perkawinan, kehamilan diinginkan/tidak, dukungan keluarga, pasangan dan sosial (terdekat), kondisi finansial. Variabel dependen (tergantung) pada penelitian ini adalah pasien yang mengalami depresi antenatal. Instrumen yang digunakan adalah menggunakan kuesioner. *Ethical clearance* dilakukan di bagian etik FK Universitas Air-

langga, setelah didapatkan sertifikat etik dilakukan penelitian. Subjek penelitian diberikan *informed for consent* dan *informed consent*, pada subjek yang telah menandatangani keduanya maka diberikan kuesioner dan didampingi selama pengisian kuesioner. Kuesioner data dasar dan variabel bebas terdiri dari 20 pertanyaan. Kuesioner mengenai variabel independen menggunakan kuesioner EPDS, terdiri dari 10 pertanyaan. Teknik analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik analisis kuantitatif dengan menggunakan analisis *bivariate* dengan uji *chi square* (χ^2). Analisis pada hasil yang tidak memenuhi persyaratan uji *chi square* akan di lanjutkan dengan uji alternatif yakni uji *Fisher's Exact*. Untuk memperkuat bila ada hubungan antarvariabel menggunakan koefisien kontingensi.

HASIL

Tabel 1 Karakteristik data dasar berdasarkan risiko depresi antenatal

Kategori Data Dasar		Berisiko		Tidak Berisiko	
		n	%	n	%
Suku	Jawa	28	18,92%	120	81,08%
	Madura	1	20,0%	4	80,0%
Pendidikan	SMA	23	19,01%	98	80,99%
	≥D3	6	18,75%	26	81,25%
Status Pekerjaan	Bekerja	11	15,49%	60	84,51%
	Tidak bekerja	18	21,95%	64	78,05%
Penghasilan suami dan istri	≤UMK	14	22,58%	48	77,42%
	UMK	8	17,39%	38	82,61%
	≥UMK	7	13,64%	38	83,86%
Usia kehamilan	TM 1	4	16,67%	20	83,33%
	TM 2	9	20,45%	35	79,55%
	TM 3	15	17,86%	69	82,14%
Jumlah anak yang hidup	0	14	23,73%	45	76,27%
	1-3	15	16,13%	78	83,78%
	>4	0	0%	1	100%
Kunjungan ANC	Rutin	29	18,42%	124	81,58%
	Tidak Rutin	0	0%	0	0%
Inisiatif ANC	Sendiri	25	18,95%	111	81,05%
	Suami dan Keluarga	4	23,53%	13	76,47%
Anggota keluarga dalam rumah	Suami	10	19,61%	41	80,39%
	Suami dan Keluarga	19	18,63%	83	81,73%

Dari tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal berasal dari suku Jawa yaitu 28 ibu hamil (18,92%). Tingkat pendidikan sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal

adalah SMA yaitu sebanyak 23 ibu hamil (19,01%). Status pekerjaan sebagian besar ibu hamil adalah tidak bekerja yaitu sebanyak 18 ibu hamil (21,95%). Penghasilan suami dan istri sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah ≤UMK (Upah Minimum Kerja) yaitu sebanyak 14 ibu hamil (22,58%). Usia kehamilan sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah trimester tiga yaitu sebanyak 15 ibu hamil (17,86%). Jumlah anak yang hidup sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah 1-3 anak hidup yaitu sebanyak 15 ibu hamil (16,13%). Kunjungan Antenatal Care (ANC) sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah rutin melakukan kunjungan ANC yaitu sebanyak 29 ibu hamil (18,42%). Inisiatif ANC sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah berasal dari diri sendiri yaitu sebanyak 25 ibu hamil (18,95%). Anggota keluarga Ibu hamil yang berisiko depresi antenatal yang tinggal serumah sebagian besar adalah bersama dengan suami dan keluarga yaitu sebanyak 19 ibu hamil (18,63%).

Tabel 2 Karakteristik risiko depresi antenatal

Karakteristik risiko depresi antenatal	N (Persentase)
Berisiko	29 (18,95 %)
Tidak berisiko	124 (81,05 %)

Dari tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil tidak berisiko mengalami depresi antenatal yaitu sebanyak 124 ibu hamil (81,05%).

Dari tabel 3 diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah usia 21-34 tahun sejumlah 27 ibu hamil (21,26%). Status riwayat keguguran dan cara persalinan sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah tidak memiliki riwayat keguguran dan cara persalinan sejumlah 24 ibu hamil (18,05%). Status risiko kehamilan sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah KRR sejumlah 23 ibu hamil (19,49%). Status riwayat PMDD sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah tidak memiliki riwayat PMDD sejumlah 26 ibu hamil (19,12%). Status riwayat *child abuse* sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah tidak memiliki riwayat *child abuse* sejumlah 23 ibu hamil (17,86%). Status peristiwa kehidupan yang negatif sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah tidak memiliki peristiwa kehidupan yang negatif sejumlah 24 ibu hamil (18,40%).

Tabel 3 Faktor Risiko Depresi Antenatal*

Variabel	Kategori	Berisiko		Tidak Berisiko		P
		n	%	n	%	
Usia ibu hamil	21-34 tahun	27	21,26%	100	78,74%	0,168
	≤20 & ≥35 tahun	2	7,69%	24	92,31%	
Riwayat keguguran dan cara persalinan	Pernah keguguran dan atau cara persalinan	5	25,0%	15	75,0%	0,540
	Tidak pernah keguguran atau cara persalinan	24	18,05%	109	81,95%	
Risiko Kehamilan	KRR (Kelompok Risiko Rendah)	23	19,49%	95	80,51%	0,756
	KRT (Kelompok Risiko Tinggi)	6	17,14%	29	82,86%	
	&KRST (Kelompok Risiko Sangat Tinggi)					
Riwayat PMDD	Ya	3	17,65%	14	82,35%	1,000
	Tidak	26	19,12%	110	80,88%	
Riwayat <i>child abuse</i>	Ya	6	30,0%	14	70,0%	0,219
	Tidak	23	17,86%	110	82,14%	
Peristiwa kehidupan yang negatif	Ya	5	17,86%	23	82,14%	0,870
	Tidak	24	18,40%	101	81,60%	
Konflik perkawinan	Ya	2	20,0%	8	80,0%	1,000
	Tidak	27	18,88%	116	81,12%	
Status kehamilan	Kehamilan yang direncanakan dan diinginkan	25	19,38%	104	80,62%	1,000
	Kehamilan yang tidak direncanakan dan diinginkan	4	16,67%	20	83,33%	
Dukungan keluarga, pasangan dan sosial	Ya	29	18,59%	124	81,05%	,
	Tidak	0	0%	0	0%	
Kesehatan kondisi finansial	Ya	4	19,05%	17	80,95%	1,000
	Tidak	25	18,94%	107	81,06%	

*Analisis menggunakan *chi square*, pada variabel yang tidak memenuhi persyaratan analisis *chi square* digunakan *Fisher's extract*.

Status konflik perkawinan sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah tidak memiliki konflik perkawinan sejumlah 27 ibu hamil (18,88%). Status kehamilan sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah kehamilan yang direncanakan dan diinginkan sejumlah 25 ibu hamil (19,38%). Status dukungan keluarga, pasangan dan sosial sebagian besar ibu hamil yang berisiko depresi antenatal adalah mendapat dukungan keluarga, pasangan dan sosial sejumlah 29 ibu hamil (18,59%). Status kondisi finansial sebagian besar ibu hamil yang

berisiko depresi antenatal adalah tidak mengalami kesulitan kondisi finansial sejumlah 25 ibu hamil (18,94%). Dari hasil analisis bivariat menggunakan *chi square* didapatkan bahwa tidak ada variabel yang memiliki nilai signifikan. Analisis multivariat tidak dapat dilakukan karena nilai P tidak signifikan.

PEMBAHASAN

1. Data Dasar

1.1 Suku

Pada penelitian ini didapatkan sebagian besar subjek penelitian berasal dari suku Jawa, sementara salah satu tempat yakni Puskesmas Tanah Kali Kedinding yang bertempat di kelurahan Tanah Kali Kedinding Surabaya merupakan kawasan berpenduduk mayoritas suku Madura, hal ini menjadi penemuan menarik dalam penelitian ini.

1.2 Pendidikan

Pada penelitian subjek penelitian berada pada tingkat kategori pendidikan menengah (SMA) dan tinggi (perguruan tinggi) berdasarkan tingkatan pendidikan menurut Undang-Undang No 20 Tahun 2003. Pada penelitian ini didapatkan secara jumlah lebih banyak yang tidak berisiko depresi antenatal.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Miyake (2011), bahwa tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan prevalensi gejala depresi selama kehamilan. Hal ini sejalan dengan penelitian di beberapa negara lain yakni di AS, Inggris, Afrika Selatan, Australia, Pulau Karibia (Miyake, et al 2011).

1.3 Status pekerjaan

Pada penelitian ini didapatkan bahwa lebih besar jumlah subjek penelitian yang tidak berisiko depresi antenatal. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Miyake (2011), bahwa tidak ada hubungan antara pendapatan rumah tangga dan prevalensi gejala depresi selama kehamilan. Hasil ini sejalan dengan penelitian di beberapa negara lain yakni di AS, Jamaika, Inggris, Afrika Selatan (Miyake, et al 2011).

1.4 Penghasilan suami dan istri

Pada penelitian ini didapatkan bahwa lebih besar jumlah subjek penelitian yang tidak berisiko depresi antenatal dengan karakteristik penghasilan suami dan istri berpenghasilan ≤UMK. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Miyake (2011), bahwa tidak ada hubungan antara pendapatan rumah tangga dan prevalensi gejala depresi selama kehamilan.

1.5 Usia kehamilan

Pada penelitian ini didapatkan lebih dari setengah ibu hamil (55,56%) berada pada kehamilan trimester tiga. Pada trimester ketiga, perubahan psikologi ibu tampak lebih kompleks dan meningkat kembali dibanding keadaan psikologi pada trimester sebelumnya. Kecemasan yang sering terjadi pada ibu hamil trimester III sebagian besar berfokus pada proses persalinan atau masa perawatan dan penyembuhan yang akan dihadapi (Rinata, 2018).

1.6 Jumlah anak yang hidup

Pada penelitian ini didapatkan jumlah anak yang hidup sebagian besar ibu hamil adalah 1-3 anak hidup yaitu sebanyak 93 ibu hamil, 15 ibu hamil (16,13%) diantaranya berisiko depresi antenatal.

1.7 Kunjungan ANC

Pada penelitian ini didapatkan lebih banyak ibu hamil dengan kunjungan ANC rutin yang tidak berisiko depresi antenatal. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa kunjungan ANC yang dilakukan oleh ibu dapat membantu ibu memperoleh informasi terkait kehamilannya, sehingga ibu hamil dapat mengendalikan rasa cemas yang muncul pada saat kehamilannya (Hasim, 2018).

1.8 Inisiatif ANC

Pada penelitian ini didapatkan lebih banyak ibu hamil yang tidak berisiko depresi antenatal memiliki inisiatif sendiri untuk melakukan kunjungan ANC. Hal ini berarti kesadaran ibu akan kesehatan kehamilannya dapat dikatakan baik.

1.9 Anggota keluarga dalam rumah

Pada penelitian ini didapatkan lebih banyak ibu hamil yang tidak berisiko depresi antenatal tinggal serumah dengan suami dan keluarganya dan seluruh ibu hamil mendapat dukungan keluarga, pasangan dan sosial. Dukungan yang diberikan keluarga dapat membantu calon ibu untuk belajar mengenal, menerima dan mempergunakan perasaan barunya tentang dirinya serta melewati hari-hari dalam sembilan bulan dengan penuh harap dan suka cita (Astuti, A dkk, 2000). Ibu yang mendapatkan dukungan dan semangat dari pihak keluarga atau suami akan sanggup menjalankan tahap kehamilan yang dialami. Ibu hamil yang mengalami kecemasan tetapi mendapat dukungan emosional dan fisik dari suaminya sebagaimana yang diharapkan, akan meminimalkan komplikasi

psikologi (Jannah, 2015).

1. Prevalensi risiko depresi antenatal

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI, persentase penyebab kematian ibu melahirkan yakni perdarahan 28%, eklampsia 24%, infeksi 11%, abortus 5%, emboli obstetri 3%, komplikasi puerperium 8%, dan lain-lain 11% (Rochmatin, H, 2018). Jika dibandingkan dengan persentase prevalensi penyebab terbesar kematian ibu, angka persentase risiko depresi antenatal yang didapatkan pada penelitian ini (18,95%) lebih besar dari penyebab kematian ketiga, yakni infeksi yang hanya 11%. Sehingga, depresi antenatal menjadi hal yang perlu mendapat perhatian lebih serius terkait dengan skrining dan penanganannya. Selain itu, perhatian lebih besar terhadap risiko depresi antenatal merupakan wujud peningkatan upaya konkrit meperlakukan perempuan sebagai subjek yang perlu diperhatikan secara komprehensif terkait dengan biologis dan psikologis selama kehamilannya.

2. Faktor risiko yang tidak berhubungan dengan risiko depresi antenatal

1.1 Hubungan antara usia ibu hamil dengan risiko depresi antenatal

Dari seluruh 153 subjek diketahui hanya 2 ibu hamil berusia ≤ 20 & ≥ 35 tahun yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Ibu hamil dengan usia ibu ≤ 20 tahun dan ≥ 35 akan memberikan dampak terhadap perasaan takut dan cemas menjelang proses persalinan (Susanti, 2008). Usia 20-35 tahun merupakan usia yang dianggap aman untuk menjalani kehamilan dan persalinan, karena pada usia < 20 tahun kondisi fisik terutama organ reproduksi dan psikologis belum 100% siap menjalani masa kehamilan dan persalinan. Sedangkan kehamilan pada usia > 35 tahun merupakan keadaan yang dikategorikan dalam risiko tinggi terhadap kelainan bawaan serta adanya penyulit selama masa kehamilan dan persalinan (Sulistyawati, 2011). Usia 21-34 tahun termasuk dalam kategori generasi Y (Gen Y) atau generasi internet yang mengandalkan media sosial sebagai tempat mendapatkan informasi. Saat ini, media sosial telah menjadi platform pelaporan dan sumber berita utama bagi masyarakat (Kominfo). Ibu hamil yang memiliki kemampuan literasi informasi akan lebih siap dalam menghadapi permasalahan yang akan dialami (Purwadi, L.K, dkk,

2016).

1.2 Hubungan antara riwayat keguguran dan cara persalinan dengan risiko depresi antenatal

Pada penelitian ini diketahui hanya 4 ibu hamil dengan riwayat keguguran dan cara persalinan dengan risiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Perempuan yang pernah mengalami keguguran di masa lalu memiliki tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi selama kehamilan, yang terus berlanjut sampai hampir tiga tahun setelah mereka melahirkan bayi yang sehat (Azis, 2017). Sebagai cara untuk menghadapi kecemasan, dilakukanlah strategi *coping*. Bentuk *coping* yang dapat dilakukan seperti menghindari keterikatan atau mencari *literature* tentang kehamilan, sebagai upaya untuk mengurangi perasaan berkabung (Lamb, E.H, 2002; Azis, N.A, dkk 2017). Hal inilah yang dapat berkaitan dengan hasil pada penelitian ini. Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa sebagian besar berusia 21-34 tahun, dimana usia ini termasuk dalam kategori generasi internet yang mengandalkan media sosial sebagai tempat mendapatkan informasi (Kominfo). Ibu hamil yang memiliki kemampuan literasi informasi akan lebih siap dalam menghadapi permasalahan yang akan dialami (Purwadi, L.K, dkk, 2016).

Selain itu pada penelitian ini didapatkan bahwa seluruh subjek mendapatkan dukungan keluarga, pasangan dan sosial ibu hamil. Dukungan sosial secara umum menimbulkan pengaruh positif bagi kesejahteraan fisik maupun psikis dan secara khusus mempengaruhi kesehatan selama masa kehamilan (Astuti, A et al 2000). Ibu yang mendapatkan dukungan dan semangat dari pihak keluarga atau suami akan sanggup menjalankan tahap kehamilan yang dialami. Ibu hamil yang mengalami kecemasan tetapi mendapat dukungan emosional dan fisik dari suaminya sebagaimana yang diharapkan, akan meminimalkan komplikasi psikologi (Jannah, 2015).

1.3 Hubungan antara risiko kehamilan dengan risiko depresi antenatal

Dari seluruh 153 subjek diketahui hanya 5 ibu hamil berisiko tinggi dan sangat tinggi yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Kehamilan berisiko tinggi sangat memengaruhi kondisi psikologis, sosial dan emosional ibu dan pasangan serta keluarga (Setyaningsih, 2013). Kondisi ini dapat menimbulkan gangguan keseimbangan dalam keluarga, akibatnya proses kehamilan ini dirasakan semakin sulit. Ibu hamil risiko tinggi membutuhkan waktu untuk mempersiapkan diri dalam menerima kegagalan atau kehilangan kesempatan menjadi seorang ibu seperti ibu-ibu lain yang memiliki kehamilan normal, karena kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami proses persalinan dini dan komplikasi (Setyaningsih, 2013).

Penelitian oleh Lexshimi, R et al (2007) menjabarkan bahwa penyebab terjadinya kecemasan pada ibu hamil risiko tinggi adalah kurangnya informasi yang didapatkan pasien dan keluarga tentang penyakit/keadaan ibu. Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting terbentuknya perilaku seseorang. Kunjungan *ANC* yang dilakukan oleh ibu dapat membantu ibu memperoleh informasi terkait kehamilannya, sehingga ibu hamil dapat mengendalikan rasa cemas yang muncul pada saat kehamilannya.

Pada penelitian ini didapatkan subjek seluruhnya melakukan *ANC* secara rutin dan seluruh subjek mendapatkan dukungan keluarga, pasangan dan sosial ibu hamil. Hal inilah yang mungkin berkaitan dengan hasil statistik yang tidak bermakna pada hubungan antara risiko kehamilan dengan risiko depresi antenatal.

1.4 Hubungan antara riwayat PMDD dengan risiko depresi antenatal

Dari seluruh 153 subjek diketahui 3 ibu hamil dengan riwayat PMDD yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Hipotesis yang berkaitan dengan fluktuasi hormon *sex* yang terjadi pada perempuan selama masa reproduksinya dapat memengaruhi jalur neurokimia yang berkaitan dengan kejadian depresi, hal ini telah terbukti melalui penelitian yang dilakukan baik pada hewan, manusia dan data klinis. PMDD adalah bentuk dari *Pre-menstrual syndrom* (PMS) yang berat (Jae Lee Et Al, 2015). Hal diatas berbeda dengan dengan yang didapatkan pada penelitian ini. Hal ini bisa terjadi karena tidak hanya riwayat PMDD yang berhubungan dengan risiko depresi antenatal, melainkan ada pengaruh biologis lain yang terjadi selama kehamilan. Selama trimester ketiga pada kehamilan normal, ka-

dar estrogen dan progesteron yang tinggi bersama dengan kadar kortisol plasma yang tinggi, berkaitan dengan hiperaktivitas sumbu HPA. Ketidakmampuan sumbu HPA untuk mempertahankan homeostasis disebabkan oleh reseptor glukokortikoid (GR) yang terganggu di hipofisis, hipotalamus, dan hippocampus, sehingga mengubah aktivitas umpan balik negatif yang dimediasi oleh kortisol (Gelman, et al 2015). Fungsi sumbu HPA berubah secara signifikan selama kehamilan dan postpartum. Hormon kortikotropin (CRH), yang biasanya hanya dilepaskan dari hipotalamus ke dalam sirkulasi portal dan tidak terdeteksi dalam plasma, dihasilkan dan dilepaskan ke dalam aliran darah dari plasenta (Glover, V et al 2004).

1.5 Hubungan antara riwayat *child abuse* dengan risiko depresi antenatal

Dari seluruh 153 subjek diketahui 6 ibu hamil dengan riwayat *child abuse* yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Penganiayaan/kekerasan pada anak diklasifikasikan ke dalam lima bentuk pelecehan yang berbeda (mis., emosional, seksual atau fisik) dan dua bentuk pengabaian yang berbeda (emosional atau fisik). Pada masa kehamilan, perempuan mengalami banyak perubahan fisik, seperti sensasi janin bergerak dalam tubuh mereka atau sering pemeriksaan panggul, yang mungkin menjadi lebih sulit bagi mereka yang pernah mengalami pelecehan (Lara, M et al 2015).

Hal diatas berbeda dengan hasil penelitian ini, hal bisa terjadi karena tidak hanya riwayat *child abuse* yang berhubungan dengan risiko depresi antenatal, melainkan ada pengaruh faktor risiko lainnya seperti; 1) faktor biologis yang terjadi selama kehamilan yang melibatkan peran neurotransmitter yang tidak terukur pada penelitian ini, dan 2) *self esteem*, penelitian oleh Mwakanyamale 2018 di Tanzania menyebutkan bahwa penganiayaan pada anak memengaruhi *self esteem* anak.

1.6 Hubungan antara peristiwa kehidupan yang negatif dengan risiko depresi antenatal

Dari seluruh subjek diketahui 5 ibu hamil memiliki peristiwa kehidupan yang negatif pada 1 tahun terakhir yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Penelitian oleh Wang (2016) membuktikan hipotesis bahwa ada efek langsung antara peristiwa kehidupan negatif dan depresi antenatal, dibandingkan dengan peristiwa kehidupan negatif, pikiran negatif memiliki efek langsung dan umum yang lebih besar pada depresi antenatal (Wang, 2016). Individu yang lebih rentan terhadap depresi yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian introvert (Lailil, 2012).

Ketidakmampuan untuk menghadapi secara positif situasi sosial dapat menyebabkan rendahnya *self-esteem* yang mengakibatkan depresi. Depresi nantinya menyebabkan ketidakmampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan diterima dalam kelompok sosial yang menyebabkan perasaan rendahnya *self-esteem* (Lailil, 2012). Kepercayaan diri dan fungsi kognitif juga merupakan faktor risiko depresi antenatal yang tidak diteliti pada penelitian ini, faktor ini yang bisa menjadi mediator antara peristiwa kehidupan yang negatif dan depresi antenatal.

1.7 Hubungan antara konflik perkawinan dengan risiko depresi antenatal

Dari seluruh 153 subjek diketahui 5 ibu hamil dengan konflik perkawinan yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Konflik perkawinan sebenarnya tidak selalu berimbas negatif. Jika konflik tersebut dapat diselesaikan secara positif tentunya akan menjadikan keluarga tersebut semakin kuat dan kompak (Handayani, 2008). Mekanisme koping didefinisikan sebagai upaya kognitif dan perilaku yang terus berubah yang ditujukan untuk beradaptasi dengan tuntutan situasi tertentu yang dinilai sebagai stress (Silfiana, 2012). Pada penelitian ini mekanisme koping tidak diteliti, mekanisme koping inilah yang bisa menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan konflik perkawinan dan depresi antenatal. Selain itu pada penelitian ini juga ditemukan bahwa seluruh subjek mendapatkan dukungan keluarga, pasangan dan sosial ibu hamil. Hal ini juga bisa menjadi salah satu bukti bahwa walau beberapa subjek yang memiliki konflik rumah tangga, namun ibu hamil tetap mendapatkan dukungan keluarga, pasangan dan sosial sehingga tidak sampai berpengaruh besar pada depresi antenatal.

1.8 Hubungan antara status kehamilan dengan risiko depresi antenatal

Pada penelitian ini didapatkan, 4 ibu hamil dengan status kehamilan yang tidak direncanakan dan diinginkan yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan. Pada penelitian ini didapatkan bahwa ibu hamil yang tidak berisiko depresi antenatal sebagian besar merupakan kehamilan yang direncanakan dan diinginkan.

Status kehamilan yang tidak direncanakan dan diinginkan pada penelitian ini adalah terkait dengan kegagalan KB (keluarga berencana). Pengaruh secara psikologis terhadap perilaku dari kehamilan yang tidak diinginkan salah satunya adalah masalah kunjungan pemeriksaan kehamilan. Perempuan dengan kehamilan yang tidak diinginkan memiliki peluang 2,1 kali untuk tidak memeriksakan kehamilannya (Nawati, 2018).

Hal ini berbeda dengan hasil yang didapatkan pada penelitian ini. Pada status kunjungan *ANC*, seluruh ibu hamil rutin memeriksakan kehamilannya dan sebagian besar subjek melakukan *ANC* atas inisiatif diri sendiri. Kepatuhan *ANC* inilah yang dapat menjadikan ibu tidak berisiko depresi antenatal sesuai dengan teori bahwa kunjungan *ANC* yang dilakukan oleh ibu dapat membantu ibu memperoleh informasi terkait kehamilannya, sehingga ibu hamil dapat mengendalikan rasa cemas yang muncul pada saat kehamilannya (Kurniawan, 2013).

Pada penelitian ini juga didapatkan seluruh ibu hamil mendapat dukungan keluarga, pasangan dan sosial ibu hamil. Ibu hamil yang mengalami kecemasan tetapi mendapat dukungan emosional dan fisik dari suaminya sebagaimana yang diharapkan, akan meminimalkan komplikasi psikologi (Jannah, 2015). Terlebih, pada penelitian ini juga didapatkan hasil bahwa sebagian besar subjek tinggal serumah dengan suami dan keluarganya, dimana memungkinkan ibu mendapat dukungan lebih besar dari keluarganya.

1.9 Hubungan antara dukungan keluarga, pasangan dan sosial dengan risiko depresi antenatal

Pada penelitian ini didapatkan, tidak ada subjek yang tidak mendapatkan dukungan keluarga, pasangan dan sosial. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan data yang homogen sehingga tidak bisa dianalisis untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa ibu hamil

yang tidak berisiko depresi antenatal sebagian besar mendapat dukungan keluarga, pasangan dan sosial. Ibu yang mendapatkan dukungan dan semangat dari pihak keluarga atau suami akan sanggup menjalankan tahap kehamilan yang dialami dan meminimalkan komplikasi psikologi (Jannah, 2015).

1.10 Hubungan antara kesulitan kondisi finansial dengan risiko depresi antenatal

Pada penelitian ini didapatkan 4 ibu hamil dengan kesulitan finansial yang berisiko depresi antenatal. Hal ini bisa jadi memengaruhi hasil analisis dikarenakan jumlah yang berisiko terlalu sedikit untuk bisa menunjukkan suatu hubungan.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa ibu hamil yang tidak berisiko depresi antenatal sebagian besar tidak memiliki kesulitan kondisi finansial. Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa status pekerjaan sebagian besar ibu hamil adalah tidak bekerja dan penghasilan suami dan istri sebagian besar ibu hamil adalah \leq UMK. Sehingga secara normalnya, maka akan mengalami kesulitan finansial, namun hasil pertanyaan yang diajukan sebagian besar ibu hamil tidak memiliki kesulitan finansial. Hal ini merupakan temuan yang menarik karena ada ketidaksesuaian dari jawaban subjek penelitian.

Hal ini bisa terjadi berkaitan dengan 2 kekurangan menggunakan kuesioner tertutup yakni; 1) bahwa subjek tidak diberi kesempatan memberi jawaban yang tidak tercantum dalam angket, sehingga ia terpaksa mengecek atau memilih jawaban yang tidak sepenuhnya sesuai dengan pendapatnya; dan 2) Ada kemungkinan bahwa subjek asal-asal saja mengecek salah satu alternatif sekedar memenuhi permintaan untuk mengisinya, tanpa memikirkan benar-benar apakah jawaban itu sesuai atau tidak dengan pendiriannya. (Sugiyono, 2007; Nasution, 2012).

3 Keunggulan penelitian

Penelitian ini dapat menjadi daya ungkit agar skrining depresi antenatal dapat dilakukan secara rutin dan berkala, sehingga ibu hamil tidak hanya sebagai objek melainkan sebagai subjek yang diamati secara komprehensif terkait perubahan biologis dan psikologis selama kehamilannya.

4 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan, yaitu, 1) Pengambilan data hanya dilakukan satu kali sehingga hanya diketahui keadaan saat itu. Tidak dapat diketahui

sebelumnya apakah ibu hamil sudah berisiko depresi antenatal sejak lama ataupun sebelumnya tidak berisiko; 2) Beberapa faktor risiko tidak terkaji secara utuh seperti dukungan keluarga, pasangan dan sosial yang memiliki kuesioner tersendiri yang telah memiliki validitas yang baik, selain itu juga ada kuesioner *self-esteem*, *child abuse* dan mekanisme koping; 3) Faktor risiko kadar neurotransmitter juga tidak diukur pada penelitian ini.

KESIMPULAN

Prevalensi depresi antenatal adalah sebesar 18,95% (29 subjek). Tidak ada hubungan antara depresi antenatal dengan pada usia ibu hamil, riwayat keguguran dan cara persalinan, risiko kehamilan, riwayat PMDD, riwayat *child abuse*, peristiwa kehidupan yang negatif, konflik perkawinan, status kehamilan, dukungan keluarga, pasangan dan sosial, dan kesulitan kondisi finansial.

SARAN

Perlu dilakukan penelitian lanjutan; 1) mengenai risiko lain yang berkaitan dengan depresi antenatal; 2) bersifat *multi-center*; dan 3) dengan jumlah subjek yang lebih besar. Perlu dilakukan penelitian *deep interview* pada subyek yang memiliki risiko depresi antenatal pada penelitian ini. Perlu diterapkan ANC yang diintegrasikan dengan psikologi dan psikiatri di semua klinik ANC.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, B.A., Wibowo, S.S., & Utami, M.S. 2000. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Penyesuaian Diri Perempuan Pada Kehamilan Pertama. *Jurnal Psikologi*. 27(2). 84-95. Diambil dari <https://jurnal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/7001/5453>
- Azis, N.A., & Margaretha. 2017. Strategi Coping Terhadap Kecemasan Pada Ibu Hamil Dengan Riwayat Keguguran Di Kehamilan Sebelumnya. *Jurnal Imiah Psikologi Terapan*. 05(01), 144-157. Diambil dari <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/jipt/article/view/3976>
- Babenko, O., Kovalchuk, I., Gerlinde, A.S., & Metz. 2015. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 48, 70-91. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.11.013>
- Biratu, A., & Haile, D. 2015. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 12(99). Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4627391/pdf/12978_2015_Article_92.pdf
- Gelman, P.L., Fuentes, C.C., Grajeda, J.P.R., Herrera, I.M., Martínez, M.L., Bustos, R.G., ... Ramos, M.F. 2015. HPA Axis Function During the Perinatal Period in Patients with Affective Disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 11(2), 102-115. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/277134548>
- Glover, V., & Kammerer, M. 2004. The Biology and Pathophysiology of Peripartum Psychiatric Disorders. *Primary Psychiatry*, 11(3), 37-41. Retrieved from <http://primarypsychiatry.com/the-biology-and-pathophysiology-of-peripartum-psychiatric-disorders/>
- Handayani, M, dkk. (2008). Psikologi Keluarga. Surabaya. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
- Hasim, R. P. (2018). Gambaran Kecemasan Ibu Hamil (Skripsi). Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta
- Hapisah, Dasuki, D., Prabandari, Y.S. 2010. Depressive Symptoms Pada Ibu Hamil Dan Bayi Berat Lahir Rendah. *Berita Kedokteran Masyarakat*. , 26(2), 81-89. Diambil dari <https://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article/view/3472>
- Hawari, D. (2011). Manajemen Stress, Cemas, Depresi. Jakarta. FKUI
- Jae lee, Y, Yi, S.W., Ju, D.H., Lee, S.S., Sohn, W.S., & Kim, I.J. 2015. Correlation Between Postpartum Depression and Premenstrual Dysphoric Disorder: Single Center Study. *Obstet Gynecol Sci*, 58(5), 353-358. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5468/ogs.2015.58.5.353>
- Jannah. N. (2015). ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi. Jakarta. EGC
- Kurniawan, E.S., Rate, N., & Westa., W. 2013. Faktor Penyebab Depresi Pada Ibu Hamil Selama Asuhan Antenatal Setiap Trimester. Diambil dari <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/4936/3726>
- Kemenkes RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014. Jakarta
- Mengenal generasi milenial. Dimbil dari https://www.kominfo.go.id/content/detail/8566/mengenal-generasi-millennial/0/sorotan_media

- Kesser, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., ... Wang, P.S. 2003. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. Retrieved from <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196765>
- Lailil, N. (2012). Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Depresipada Santri Yang Menjadi Pengurus Pondok Pesantren (Skripsi). Universitas Islam Negeri Malang, Malang
- Lamb, E.H. 2002. The impact of previous loss on subsequent pregnancy and parenting. *The Journal of Perinatal Education*, 11(2), 33-40. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595109/pdf/JPE110033.pdf>
- Lara, M.A., Navarrete, L., Nieto, L., & Le, H.N. 2015. Childhood Abuse Increases The Risk of Depressive And anxiety Symptoms and History of Suicidal Behavior In mexican Pregnant Women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37 (3). Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015005041479&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Leigh, B, & Milgrom, J. 2008. Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stress. *BMC Psychiatry*, 8(24). Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24>
- Lexshimi, R.G., Ho, S.E, Hamidah, H., Rohani, M., & Syed Zulkifli, S.Z. 2007. A study on anxiety and depression level among high risk in patient pregnant women in an obstetric ward. *Med & health*, 2(1), 34-41. Retrieved from http://journalarticle.ukm.my/1927/1/03._34-41_%28MH_022%29.pdf
- Menesez, R, & Cury, F. 2007. Prevalence Of Anxiety And Depression During Pregnancy In A Private Setting Sampel. *Journa Of Women's Mental Health*, 10 (1), 25-32. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17187166>
- Miyake, Y, Tanaka, K, & Arakawa, M. 2011. Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*, 12:117. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/117>
- Muhdi, N. 2018. Handout Kuliah Depresi Perinatal. SMF Ilmu Kedokteran Jiwa RSUD Dr Soetomo-FK Unair Surabaya
- Mwakanyamale, A.A., Wandu, D.P., Yizhen. Y. 2018. Multi-type child maltreatment: prevalence and its relationship with self-esteem among secondary school students in Tanzania. *BMC Psychology*, 6(35). Retrieved from <https://bmcpublishing.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0244-1>
- Nasri, Z., Wibowo, A., & Ghozali, E.W. 2017. Faktor Determinan Depresi postpartum Di Kabupaten Lombok Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20 (3), 8-95. Diambil dari <http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v20i3.6137.89-95>
- Nasution, S. (2012). Metode Research (Penelitian Ilmiah). Jakarta. Bumi Aksara.
- Nawati, & Nurhayati, F. 2018. Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan terhadap Perawatan Kehamilan dan Bayi (Studi Fenomenologi) *Jurnal Kesehatan*, 9 (1), 21-25 Retrieved from <http://ejournal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>
- Sadock B.J. dan Sadock V.A. (2007). Depression and Bipolar Disorder', in A Grebb Jack (ed) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins
- Setyaningsih, M.M., Setyowati, & Kuntarti. 2013. Penurunan Kecemasan Ibu Hamil Risiko Tinggi Dalam menghadapi Persalinan Melalui Paket "Harmoni". *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15 (3), 176-182. Retrieved from <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/328/486>
- Silfiana, F. 2012. Mekanisme Koping Terhadap Konflik Peran Ganda Wanita Kerja Yang Berumah Tangga. *Jurnal psikosains*, 4 (1), 29-44. Diambil dari <http://digilib.umg.ac.id/files/disk1/25/jjptumg--fifisilfia-1209-1-3-fifis-4.pdf>
- Sugiyono. (2007) Statistika Untuk Penelitian. Alfabeta. Bandung
- Sulistiyawati, A. (2011). Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan. Salemba Medika. Jakarta
- Rinata, E. & Andayani, G.A. 2018. Karakteristik Ibu (usia, Paritas, Pendidikan) Dan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Ibu Hamil Trimester III. *Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, 16 (1), 14-20. Retrieved from [Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan](http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/medisains/article/view/2063), Vol 16 No 1. Diambil dari <http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/medisains/article/view/2063>
- Rochmatin, H. 2018. Gambaran Determinan Kematian Ibu Di Kota Surabaya Tahun 2015 – 2017. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 7 (2),

- 178-187. Diambil dari <https://e-journal.unair.ac.id/GBK/article/view/10288>
- Wang, Y., Wang, X., Liu, F., Jiang, X., Xiao, Y., Dong, X., ... Qu, Z. 2016. Negative Life Events and Antenatal Depression among Pregnant Women in Rural China: The Role of Negative Automatic Thoughts. *PLoS ONE*, 11(12): Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5157981/pdf/pone.0167597.pdf>
- WHO. 2018. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wiyar, A, Helda, 2013. Prevalensi dan Determinan Ansietas dan Depresi Antenatal di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Tahun 2013. diambil dari <http://www.lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/S53325-wiyar%20annerangi>