

PERSEPSI IBU TERHADAP GEJALA DEPRESI PADA PERIODE KEHAMILAN: STUDI KUALITATIF

Misrawati¹, Sri Wahyuni², Fathra Annis Nauli³, Feri Candra⁴

^{1,2,3} Fakultas Keperawatan Universitas Riau Jalan Pattimura No.9 Gedung G Pekanbaru Riau

⁴Fakultas Teknik, Universitas Riau, Pekanbaru, Indonesia

Kode Pos 28131 Indonesia

Email : misrawati@lecturer.unri.ac.id

Abstrak

Depresi dalam masa kehamilan merupakan masalah kesehatan mental yang paling sering dialami oleh ibu. Kondisi ini menyebabkan ibu kurang peduli dengan kesehatan kehamilannya yang berdampak negatif terhadap pertumbuhan janin, resiko persalinan prematur sehingga berat badan bayi lahir rendah dan bayi kurang responsive terhadap stimulus. Memahami secara kualitatif kondisi ibu hamil yang mengalami gejala depresi masih terbatas penelitiannya. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi ibu hamil terhadap gejala depresi. Metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pekanbaru dengan jumlah partisipan 10 orang ibu hamil yang diambil secara *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel dengan kriteria terdeteksi mengalami gejala depresi setelah mengisi lembar kuesioner *Edinburgh Postnatal/Perinatal Depression Scale* (EPDS) dengan nilai minimal 7 (*Mild depression*). Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam yang dianalisis menggunakan analisis tematik. Ditemukan tiga tema dari hasil analisis 1) Perubahan perilaku akibat suasana emosi yang tidak stabil, 2) Faktor internal dan eksternal menjadi penyebab perubahan suasana emosi, 3) Pengendalian suasana emosi membutuhkan berbagai dukungan. Disarankan ibu hamil membuka diri mengungkapkan suasana hati kepada orang terdekat, mengikuti aktifitas yang disenangi untuk meningkatkan suasana hati positif dan adanya program layanan kesehatan psikologis bagi ibu hamil saat kunjungan *antenatal care*.

Kata kunci: persepsi, hamil, depresi

Abstract

Depression during pregnancy is the most common mental health problem experienced by mothers. This condition causes the mother to be less concerned about the health of her pregnancy which has a negative impact on fetal growth, the risk of premature delivery so that the baby's birth weight is low and the baby is less responsive to stimuli. Understanding qualitatively the condition of pregnant women who experience depressive symptoms is still limited in research. This study aims to explore pregnant women's perceptions of depressive symptoms. A qualitative research method using a phenomenological approach was carried out in the work area of the Pekanbaru Health Center with 10 pregnant women as participants who were taken by purposive sampling, namely sampling with the criteria of being detected as having symptoms of depression after filling out the Edinburgh Postnatal/Perinatal Depression Scale (EPDS) questionnaire with a minimum value 7 (Mild

depression). Data were collected by in-depth interviews which were analyzed using thematic analysis. Three themes were found from the results of the analysis 1) Changes in behavior due to unstable emotional moods, 2) Internal and external factors cause changes in emotional moods, 3) Controlling emotional moods requires various supports. It is recommended that pregnant women open up to express their moods to those closest to them, participate in activities they like to increase positive moods and psychological health service programs for pregnant women during antenatal care visits.

Keywords: *perception, pregnant, depression*

PENDAHULUAN

Depresi merupakan masalah kesehatan mental yang paling sering dialami perempuan di masa hamil (O'Hara et al., 2014). Berdasarkan hasil penelitian di Indonesia, kejadian depresi di masa hamil sangat tinggi yaitu berkisar 14,8 – 59,7% (Anindyajati et al., 2017; Annerangi & Helda, 2013; Ismail, 2002; Misrawati & Afianti, 2020). Pekanbaru sebagai ibu kota Propinsi Riau terdeteksi sekitar 38,6% ibu hamil mengalami gejala depresi (Husna et al., 2018).

Gejala depresi ibu hamil yang utama berupa afek depresi, kehilangan minat dan kegembiraan serta berkurangnya energi yang menyebabkan mudah lelah serta menurun aktifitas (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Disertai gejala tambahan berupa berkurangnya konsentrasi, berkurangnya rasa percaya diri, perasaan bersalah, pesimis terhadap masa depan, adanya upaya membahayakan diri atau bunuh diri dan gangguan tidur mengkategori tingkatan depresi mulai dari ringan sampai berat yang sangat berdampak bagi kesehatan ibu hamil dan janin (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Kondisi ibu hamil dengan gejala depresi memberikan dampak negatif yang signifikan bagi kesehatan ibu hamil berupa abortus, persalinan prematur (Eastwood et al., 2017),

pre-eklampsia (Laszlo et al., 2013), solusio plasenta (Kawanishi et al., 2019), kesiapan ibu menghadapi persalinan terganggu (Shridevi & Anuchithra, 2014), dan kurang peduli dengan janinnya (Anindyajati et al., 2017; Beeghly et al., 2017; Fallon et al., 2016).

Ibu yang tidak peduli dengan janinnya menyebabkan kebutuhan janin terabaikan (Brandon et al., 2011). Ketidakpeduliaan ibu terhadap janin terus berlanjut memberikan dampak negatif bagi janin berupa gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin, sehingga resiko janin lahir pada usia tidak cukup bulan dan berat badan lahir rendah (Eastwood et al., 2017).

Depresi semakin meningkatkan produksi hormon kortisol saat hamil sehingga kortisol berlebihan pada darah ibu. Ketidakmampuan sawar darah plasenta membendung kelebihan kortisol ibu mengakibatkan kortisol menembus sawar plasenta menuju janin. Kondisi ini berdampak bagi sirkulasi darah janin yang mengakibatkan resiko gangguan pertumbuhan, perkembangan kognitif dan perilaku janin setelah dilahirkan (Hompe et al., 2012; Van Den Bergh et al., 2005). Terlihat kondisi ini setelah anak lahir berupa gangguan emosi dan perilaku pada anak yang dilahirkan. Anak mudah cemas, depresi, *attention deficit*

hyperactivity disorder (ADHD), autism, schizophrenia dan psikopat (Glover & Capron, 2017; O'Donnell et al., 2013), gangguan motorik, verbal, dan sosial bahkan setelah besar cenderung emosional dan berperilaku anarkis (Ashaba et al., 2015; Mahmoodi et al., 2018).

Besarnya dampak negatif yang ditimbulkan ibu hamil dengan gejala depresi sehingga diperlukan penatalaksanaan lebih komprehensif. Oleh karena itu diperlukan eksplorasi lebih mendalam terhadap persepsi ibu hamil yang mengalami masalah gejala depresi. Penelitian sejenis ini masih terbatas di Indonesia, sehingga penelitian ini akan ditiklanjuti.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Populasi penelitian adalah semua ibu hamil yang berada di wilayah kerja puskesmas yang ada di Pekanbaru. Sebanyak 10 orang partisipan diambil dengan teknik *purposive sampling* yang telah memenuhi kriteria inklusi, yaitu: dapat berkomunikasi dengan lancar dan terdeteksi mengalami gejala depresi perinatal setelah diukur dengan menggunakan instrumen *Edinburgh Postnatal/Perinatal Depression Scale* (EPDS) dengan nilai minimal 7 (*Mild depression*), sesuai indikator hasil penelitian (McCabe-beane et al., 2016). Partisipan penelitian berjumlah 10 orang setelah terpenuhi saturasi data dan partisipan. Penelitian telah memperoleh izin etik penelitian dengan nomor 443/UN19.5.1.8/KEPK.FKp/2022.

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara mendalam. Pertemuan dilakukan sebanyak tiga kali. Pertemuan awal

dilakukan di ruang pertemuan puskesmas pembantu dengan tujuan membina hubungan dengan partisipan dan menggambarkan kondisi kesehatan partisipan secara umum. Pertemuan dilanjutkan dengan mendatangi rumah partisipan. Wawancara dilakukan sekitar 60-90 menit. Selama proses wawancara, percakapan di rekam dengan menggunakan alat perekam, diobservasi respon, gesture dan mimik yang dicatat dalam *field note*. Pertemuan selanjutnya dilakukan kembali dengan kelompok partisipan menggunakan telephone seluler untuk verifikasi kepada partisipan. Hasil data kualitatif didiskusikan dengan tim dan pakar untuk mendapatkan kesamaan persepsi. Analisis data yang digunakan adalah analisis tematis dengan tahapan yang dikemukakan Creswell (2013).

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini melibatkan 10 orang ibu hamil dengan karakteristik dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1.

Karakteristik partisipan

No Resp	Umur (tahun)	Usia Kehamilan	Paritas	Nilai EPDS
P1	24	20 minggu	2	12
P2	31	32 minggu	2	8
P3	27	20 minggu	3	8
P4	18*	32 minggu	1	11
P5	36*	32 minggu	3*	17*
P6	27	28 minggu	2	7
P7	33	10 minggu	1	17*
P8	33	16 minggu	2	11
P9	37*	8 minggu	4*	17*
P10	25	12 minggu	2	12

Keterangan: *Resiko tinggi

Dari pemaparan di tabel 1 dapat dijelaskan bahwa terdapat partisipan berada pada umur resiko menjalani kehamilan (<20 atau >35 tahun), mayoritas berada di trimester tiga dan hanya satu partisipan di trimester awal, pada umumnya multipara dan semua terdeteksi mengalami gejala depresi. Ibu dengan usia resiko tinggi menjalani kehamilan terlihat memiliki gejala depresi yang tinggi baik primipara maupun multipara.

Terdapat tiga tema dari hasil penelitian yaitu 1) Perubahan perilaku akibat suasana emosi yang tidak stabil, 2) Faktor internal dan eksternal menjadi penyebab perubahan suasana emosi, 3) Mengendalikan suasana emosi membutuhkan berbagai dukungan. Kode partisipan diberi tanda urutan sesuai nomor partisipan (P).

1. Perubahan perilaku akibat suasana emosi yang tidak stabil

Berbagai perubahan perilaku ibu hamil yang terdeteksi mengalami gejala depresi ditandai dengan perubahan perilaku yaitu perilaku fisik, psikologis dan sosial

a. Perubahan fisik

Perubahan perilaku fisik yang dialami partisipan berupa kesulitan melakukan aktifitas karena perasaan malas melakukan kegiatan apapun, sering capek, sulit fokus melakukan aktifitas) seperti ungkapan dari berbagai partisipan sebagai berikut:

".. malas melakukan apa-apa, badan terasa capek-capek, untuk kemana-mana bawaannya malas" (P7)

".. tidak mau melakukan kegiatan apapun, lebih senang tidur-tiduran saja di kamar.." (P8)

b. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis yang dirasakan adalah kecemasan ringan sampai panik, perasaan tidak berharga, perubahan mood berlebihan seperti marah tanpa sebab dan perasaan hampa (suasana hati tanpa kegembiraan), gejala simptomatik berlebihan (nyeri, perut sering kram, jantung berdebar-debar, pusing, gangguan tidur), seperti ungkapan partisipan berikut:

"...mood tidak stabil, kadang menangis tanpa sebab..." (P6)

"...bawaannya marah aja sama suami, tapi kalau dia pergi kesal juga, ga peduli sama saya dan janin ini... pokoknya perasaan tertekan aja gitu..." (P1)

".... perasaannya semua tubuh ini sakit, nyeri dimana-mana, perut sering tegang, jantung berdebar-debar dan pusing..." (P4)

c. Perubahan sosial

Perubahan perilaku sosial yang dialami partisipan seperti malas berinteraksi dengan orang lain, kurang peduli dengan janin, namun sedih jika ditinggal sendiri di rumah karena merasa tidak dipedulikan.

".. tidur terganggu, bahkan berinteraksi dengan janin saja malas karena terasa lelah dan capek.." (P7)

".... untuk kemana-mana terasa malas, lebih senang berada di rumah sendiri saja, malas untuk berinteraksi dengan orang lain karena merasa lebih nyaman mengurung diri di kamar..." (P9)..."

2. Faktor internal dan eksternal menjadi penyebab perubahan suasana emosi

a. Suami kurang responsif terhadap pasangan dan janin

Hampir semua partisipan menyampaikan bahwa suami merupakan faktor utama yang mempengaruhi kesehatan mental ibu hamil. Kurangnya perhatian suami terhadap kondisi perubahan fisik dan psikologis selama hamil memicu gangguan mood yang berlebihan pada ibu hamil karena merasa semua beban yang berat dengan kondisi tubuh yang tidak stabil harus dibebani sendiri tanpa dukungan pasangan sebagai calon ayah janin, seperti ungkapan partisipan berikut:

“...menjalani kehamilan bukanlah hal yang mudah karena perubahan tubuh yang beda sekali dibanding tidak hamil, untuk bernafas saja sudah sesak, berjalan berat, susah tidur, namun suami enak-enak saja pulang langsung istirahat, tidak menegur janinnya dan tanpa peduli dengan beban kerja rumah yang kita jalani” (P1)

Begitupun juga dengan pernyataan yang disampaikan partisipan ke lima (P5) yang mengungkapkan semakin menambah beban psikologisnya melihat anak-anaknya menangis dan bertengkar. Suami kadang pulang kerja tanpa peduli dengan kondisi anak-anak, rasanya semakin sulit mengendalikan suasana dalam hati, seharusnya suami memahami kondisi ini seperti ungkapannya:

“... semakin anak-anak menangis rasanya hati ini semakin ingin berteriak, pusing dan membiarkan semuanya. Ayahnya pulang kerjapun terkesan tak

mempedulikan kita, langsung ke kamar dan tidur, bertanya tentang kondisi kehamilan yang dijalani pun tidak ada...”(P5)

b. Perubahan tubuh selama hamil

Perubahan sistem tubuh yang dialami ibu hamil menjadi keterbatasan dalam menjalankan peran sebagai perempuan. Pembatasan kemampuan menjalankan peran meningkatkan perubahan emosi yang sulit dikendalikan, seperti stres dalam merawat anak yang ada, emosi yang berlebihan saat menjalankan peran sebagai perempuan di rumah seperti ungkapan partisipan:

“...rasanya repot mengerjakan semua pekerjaan rumah sendiri, perut semakin membesar, berat membawanya, nafas semakin sesak apalagi kakaknya rewel, mengejar kesana sini menjaganya, jadi marah-marah saja saya.....” (P4)

c. Trauma masa lalu

Pengalaman masa lalu menjadi beban pikiran karena takut kejadian persalinan yang menyulitkan seperti ungkapan partisipan P10.

“...kejadian masa lalu, saya sulit bersalin, menunggu lama sampai 2 hari dan akhirnya operasi juga, nyeri yang luar biasa...”(P10)”

d. Aturan budaya yang mengikat

Aturan budaya dalam masyarakat terhadap ibu hamil menyebabkan dampak negatif sebagai pemicu masalah emosi. Pertentangan budaya dengan pemahaman menjadikan dilema kehidupan yang dialami ibu, sebagaimana

ungkapan ibu (P7).

"...Banyak kali aturan saat hamil ini terutama kalau ada orangtua atau ibu mertua datang, tidak boleh makan itu, makan ini.. seperti ikan laut nanti amis anakmu, tidka boleh makan pedas-pedas nanti sakit ekormu, pakai jilbab ga boleh dililitkan talinya dileher nanti kelilit pusat anakmu, makan tidak boleh banyak-banyak nanti sulit lahiran...banyak lagi pantangannya.. mau tidak diikuti takut nanti benar-benar terjadi... " (P7).

e. Pendeteksian kesehatan mental ibu hamil sejak dini belum dilakukan

Semua partisipan mengungkapkan belum pernah mendapatkan layanan kesehatan mental, pemeriksaan yang biasanya didapatkan dalam pemanataan kesehatan fisik, sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...adanya pemantauan kesehatan dari petugas kesehatan bagi ibu hamil tetapi berupa pemeriksaan fisik saja, tidak ada yang bertanya khusus untuk memeriksa kesehatan mental..." (P6)

3. Mengendalikan suasana emosi membutuhkan berbagai dukungan.

a. Dukungan utama dari suami

Dalam mengatasi permasalahan kesehatan mental, paling utama yang diungkapkan hampir seluruh partisipan adalah kepedulian dan peran serta suami dalam membantu bersama mengurus rumah tangga, anak dan memberikan perhatian bagi diri dan janinnya, sebagaimana ungkapan partisipan (P8) sebagai berikut:

"... harapannya suami mengerti dengan kondisi yang dihadapinya karena menjalani kehamilan ini berat, pengennya suami itu mau menemaninya, mengelus-elus janinnya sehingga ada rasa peduli dari ayahnya..." (P8)

b. Dukungan dari keluarga dan teman

Bebagai cara dilakukan ibu dalam mengatasi masalah kesehatan mental yang dialaminya, seperti menangis atau mencurahkan perasaan kepada teman dekat, sebagaimana ungkapan partisipan 9 (P9) berikut:

".. kalau sudah mulai gundah dan mood tidak stabil, biasanya menelphone teman dekat saya, dia selalu mengerti apa yang saya rasakan. Sering memberikan solusi yang saya pahami tepat yang disampaikannya, jadi bisa sedikit membuat saya tenang.." (P9)

c. Dukungan dari layanan kesehatan

Selain itu partisipan mengharapkan adanya pemeriksaan kesehatan mentalnya dan informasi yang diberikan petugas kesehatan sehubungan dengan kesehatan mental. Informasi diberikan bagi ibu hamil dan suami, sebagaimana ungkapan partisipan sebagai berikut:

".. sebaiknya adanya informasi dari petugas kesehatan sehubungan dengan kondisi mental yang dapat berpengaruh saat hamil ini dan informasi ini juga disampaikan kepada suami ..." (P10).

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, gejala depresi ditandai dengan perubahan perilaku

baik fisik, psikologis dan sosial. Sejalan dengan penelitian Sadjja (2009) menyebutkan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, gejala depresi yang terjadi seperti emosional, antara lain; perasaan tertekan, sedih, menangis dan cemas, motivasi antara lain; berkurangnya motivasi dan menurunnya aktivitas sosial, perilaku motorik antara lain; gangguan tidur, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, perubahan kognitif antara lain; kesulitan berkonsentrasi, refleksi diri yang negatif, dan sosial antara lain; interaksi dan aktivitas sosial menurun. Perawatan khusus untuk depresi yang memiliki efek terbesar adalah terapi interpersonal dan terapi perilaku kognitif (Van Niel & Payne, 2020).

Ibu hamil mengungkapkan terdapat perasaan depresi yang meliputi perasaan sedih dan bangun dari tidur pada dini hari (Kurniawati et al., 2016). Depresi selama kehamilan merupakan gangguan psikologis dengan gejala kesedihan berkepanjangan, putus asa, kehilangan minat terhadap sesuatu, mudah lelah, gangguan tidur, pola makan bermasalah, lekas marah dan ketidakmampuan untuk merasakan kegembiraan dalam kehidupannya sehari-hari (Humayun et al., 2013).

Keluhan somatik bisa menjadi bentuk stres yang dapat diterima secara sosial yang terkait dengan gejala kecemasan dan depresi (Mayangsari et al., 2016). Seseorang yang mengalami depresi sering mengeluh ini dan itu (keluhan somatik), khawatir terkait berlebihan terhadap kondisi kandungan. Gejala somatik seperti sakit kepala, jantung berdebar-debar, tangan dan kaki dingin. Gejala depresi dikaitkan dengan perubahan perilaku dan

gejala somatik (Savitri et al., 2022).

Terlepas dari gejala yang biasa terjadiseperti insomnia dan kehilangan energi orang yang mengalami depresi sering datang ke dokter dengan gejala somatik. Gejala fisik yang berhubungan dengan depresi antara lain sakit punggung, keluhan musculoskeletal nonspesifik, keluhan somatic multiple, dan keluhan samar yang kurang jelas (Raharja & Jusup, 2021).

Menurut Andriyani et al., (2021) reaksi emosional bisa dipicu oleh stres yang pada dasarnya adalah serangkaian pengalaman emosional yang menyertai dalam keadaan emosi negatif seperti depresi, kecemasan, panik, kekecewaan dan ketakutan yang mengarah pada perilaku sosial yang berlebihan. Kecemasan, panik, sering berkunjung ke rumah sakit dan klinik, dan salah mengartikan penyakit ringan sebagai tanda infeksi serius.

Menurut Radityo, (2020) pola tidur yang terganggu mungkin berisiko lebih tinggi mengalami depresi di masa depan. Gejala depresi berupa gangguan tidur antara lain insomnia, sulit tidur, terbangun secara tiba-tiba, dan hipersomnia. Selain itu, gangguan tidur merupakan salah satu gejala depresi dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)*. Orang depresi mengalami gangguan pada tahap-tahap tidur. Gangguan yang dialami pada sebagian besar adalah insomnia dan hipersomnia. Gejala ini mengawali frekuensi depresi. Ketidakmampuan untuk tidur dalam waktu lama juga dapat menjadi tanda ibu mungkin depresi. Ibu yang mengalami perubahan tidur yang berhubungan dengan depresi dimana perubahan terdiri dari peningkatan latensi tidur, sering terbangun, dan terbangun terlalu awal di pagi hari diikuti

kesulitan untuk melanjutkan tidur.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa 1) Gejala depresi dapat ditandai dengan adanya perubahan perilaku baik secara fisik, psikologis dan sosial, 2) Faktor internal dan eksternal menjadi penyebab perubahan suasana emosi, 3) Pengendalian suasana emosi membutuhkan berbagai dukungan.

SARAN

Disarankan ibu hamil membuka diri mengungkapkan suasana hati kepada orang terdekat, mengikuti aktifitas yang disenangi untuk meningkatkan suasana hati positif dan adanya program layanan kesehatan psikologis berkelanjutan bagi ibu hamil saat kunjungan *antenatal care*.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, S., Rahmi, U., Sulastri¹, A., & Darmawan, D. (2021). Geografi Emosi Tentang COVID-19 pada Pelajar. *The Indonesian Journal of Infectious Diseases*, 7(1), 10. <https://doi.org/10.32667/ijid.v7i1.117>
- Anindyajati, G., Ismail, R. I., Sylvia, H. D., Diatri, H., & Elvira, S. D. S. D. (2017). Antenatal depression and its determinant factors in urban community setting. *Advance Science Letters*, 23(4), 3439–3441. <https://doi.org/https://doi.org/10.1166/asl.2017.9122>
- Annerangi, W., & Helda. (2013). *Prevalensi dan determinan ansietas dan depresi antenatal di Puskesmas Kecamatan Pasar minggu tahun 2013. April*.
- Ashaba, S., Rukundo, G. Z., Beinempaka, F., Ntaro, M., & Leblanc, J. C. (2015). Maternal depression and malnutrition in children in southwest Uganda: A case control study. *BMC Public Health*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2644-y>
- Beeghly, M., Partridge, T., Tronick, E., Muzik, M., Rahimian Mashhadi, M., Boeve, J. L., Irwin, J. L., Badr, L. K. I., Bigelow, A. E., Beebe, B., Power, M., Stafford, A. L., Ewing, J., Egleson, A., & Kaminer, T. (2017). Associations Between Early Maternal Depressive Symptom Trajectories and Toddlers' Felt Security At 18 Months: Are Boys and Girls At Differential Risk? *Infant Mental Health Journal*, 38(1), 53–67. <https://doi.org/10.1002/imhj.21617>
- Brandon, A. R., Pitts, S., H.Denton, W., Stringer, A., & Evans, H. M. (2011). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal Prenatal Perinatal Psychological Health*, 23(4).
- Eastwood, J., Ogbo, F. A., Hendry, A., Noble, J., Page, A., & Years, E. (2017). The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. *PLoS Medicine*, 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169907>
- Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 740–758.

- <https://doi.org/10.1177/0890334416662241>
- 1
- Glover, V., & Capron, L. (2017). Prenatal parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.007>
- Gondo, H. K. (2022). SKRININGEDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE(EPDS) PADAPOST PARTUM BLUES. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 1(2), 17–29.
- Hadi, I., Wijayanti, F., Devianti, R., & Rosyanti, L. (2017). Gangguan Depresi Mayor (Mayor Depressive Disorder) Mini Review. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 9(1), 25–40. <https://doi.org/10.36990/hijp.v9i1.102>
- Hompes, T., Vrieze, E., Fieuws, S., Simons, A., Jaspers, L., Van Bussel, J., Schops, G., Gellens, E., Van Bree, R., Verhaeghe, J., Spitz, B., Demyttenaere, K., Allegaert, K., Van Den Bergh, B., & Claes, S. (2012). The influence of maternal cortisol and emotional state during pregnancy on fetal intrauterine growth. *Pediatric Research*, 72(3), 305–315. <https://doi.org/10.1038/pr.2012.70>
- Humayun, A., Haider, I. I., Imran, N., Iqbal, H., & Humayun, N. (2013). Antenatal depression and its predictors in Lahore, Pakistan.. 19(4), 327–332.
- Husaeni, L. (2017). Depresi Pada Remaja Yang Hamil Diluar Nikah. *Universitas Gunadarma*.
- Husna, R. K. N., Wardanis, M., & Rahmi, J. (2018). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Antenatal Pada Ibu Hamil Di Bidan Praktik Mandiri (Bpm) Kota Pekanbaru Tahun 2017. In *Jurnal Proteksi Kesehatan* (Vol. 6, Issue 1). <https://doi.org/10.36929/jpk.v6i1.68>
- Ismail, R. I. (2002). *Faktor resiko depresi prabersalin dan depresi pascabersalin: Minat khusus pada dukungan sosial dan kesesuaian hubungan suami istri*. Universitas Indonesia.
- Kawanishi, Y., Yoshioka, E., Saijo, Y., Itoh, T., Miyamoto, T., Sengoku, K., Ito, Y., Ito, S., Miyashita, C., Araki, A., Endo, T., Cho, K., Minakami, H., & Kishi, R. (2019). The relationship between prenatal psychological stress and placental abruption in Japan, the Japan Environment and Children’s Study (JECS). *PLoS ONE*, 14(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219379>
- Kemenkes RI. (2016). *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. 1–2.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 tentang Pedoman Nasional PelayananKedokteran Jiwa*.
- Kurniawati, D. W., Anantanyu, S., & Suwarto. (2016). Prosiding Seminar Nasional Penyuluhan Pembangunan 2016. In *Universitas Sebelas Maret* (Vol. 53, Issue 9).
- Laszlo, K. D., Liu, X. Q., Svensson, T., Wikstrom, A.-K., Li, J., Olsen, J., Obel, C., Vestergaard, M., & Cnattingius, S. (2013). Psychosocial stress related to the loss of a close relative the year before or during

- pregnancy and risk of preeclampsia. *Hypertension*, 62(1), 183–189. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSION.AHA.111.00550>
- Mahmoodi, Z., Dolatian, M., Jalal, M., & Mirabzadeh, A. (2018). A path analysis of the effects of mental health and socio-personal factors on breastfeeding problems in infants aged less than six months. *Evidence Based Care*, 7(4), 38–45. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.26740.1620>
- Mayangsari, C., Redayani, P., & Diatri, H. (2016). Ungkapan Stres untuk Gejala Cemas dan Depresi pada Pasien di Puskesmas Gambir: Studi Kualitatif. *Ikatan Dokter Indonesia*, 66(10), 481–489.
- Mccabe-beane, J. E., Segre, L. S., Perkhounkova, Y., Stuart, S., Hara, M. W. O., Segre, L. S., & Perkhounkova, Y. (2016). *The identification of severity ranges for the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. 6838(March). <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1141346>
- Misrawati, & Afyanti, Y. (2020). Antenatal depression and its associated factors among pregnant women in Jakarta , Indonesia. *Enfermería Clínica*, 30, 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.07.020>
- O'Donnell, K. J., Glover, V., Jenkins, J., Browne, D., Ben-Shlomo, Y., Golding, J., & G.O'Connor, T. (2013). Prenatal maternal mood is associated with altered diurnal cortisol in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1630–1638. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.01.008>.Prenatal
- O'Donnell, K., O'Connor, T. G., & Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: Focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 285–292. <https://doi.org/10.1159/000216539>
- O'Hara, M. W., Wisner, K. L., Norman, & Asher, H. (2014). Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Perinatal mental illness: Definition , description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Radityo, W. E. (2020). Depresi dan Gangguan Tidur. *Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–16.
- Raharja, T., & Jusup, I. (2021). Pasien Depresi Dengan Gangguan Kepribadian Borderline Yang Mendapatkan Terapi Psikofarmaka Dan Psikoterapi Psikodinamik. *Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 3(1), 1–12.
- Savitri, E. N., Hayati, E. N., & Daryanti, M. S. (2022). Scoping review: layanan perinatal mental health oleh bidan di negara asean. *Kesehatan Manarang*, 8(2), 115–130.
- Shridevi, & Anuchithra. (2014). Impact of Child Birth Preparation on Antenatal Depression. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4(December), 436–442.

<https://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ajner&volume=4&issue=4&article=010>

- Van Den Bergh, B. R. H., Mulder, E. J. H., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237–258. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.007>
- Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>