

Studi Kasus Kontrol : Riwayat Obstetri Buruk dan Riwayat Peristiwa Kehidupan Negatif dengan Risiko Depresi Antenatal

Zumroh Hasanah¹, Rizqie Putri Novembriani²

¹)Departemen Kebidanan, Universitas Negeri Malang, zumroh.hasanah.fik@um.ac.id

²)Departemen Kebidanan, Universitas Negeri Malang, rizqie.putri.fik@um.ac.id

ABSTRAK

Depresi antenatal merupakan masalah penting bagi kesejahteraan ibu dan anak, berkaitan dengan dampak yang merugikan meliputi keguguran spontan, gangguan hipertensi, perdarahan antepartum, pertumbuhan janin terganggu, kelahiran dini, BBLR, skor APGAR rendah, perawatan intensif pada bayi baru lahir, serta depresi pasca persalinan dan selama masa pengasuhan anak, berkaitan dengan perilaku berisiko seperti penyalahgunaan zat (misalnya alkoholisme dan merokok), penurunan penggunaan layanan kesehatan, nafsu makan yang buruk, dan bunuh diri. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan riwayat obstetri buruk dan peristiwa kehidupan negatif dengan kejadian risiko depresi antenatal. Desain studi kasus-kontrol digunakan pada penelitian ini. 58 ibu hamil (29 kasus dan 29 kontrol) yang melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Jagir dan Tanah Kali Kedinding, Surabaya, dan memenuhi kriteria inklusi menjadi responden. Riwayat obstetri buruk dan peristiwa kehidupan negatif adalah variabel independen dan diperoleh melalui kuesioner umum. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dengan nilai cut-off 10 digunakan untuk menentukan variabel dependen yaitu depresi antenatal. Hasil statistik menyatakan riwayat obstetrik buruk (p -value 0,092) dan peristiwa kehidupan negatif (p -value 0,142) tidak berpengaruh terhadap risiko depresi antenatal. Penelitian lanjutan diperlukan untuk lebih mengeksplorasi risiko depresi antenatal, serta memakai sampel yang lebih luas dan desain penelitian yang berbeda. Disarankan kepada fasilitas layanan kesehatan ibu untuk dapat melaksanakan skrining depresi antenatal secara reguler dan periodik.

Kata kunci: depresi antenatal, riwayat obstetri buruk, riwayat peristiwa kehidupan negatif

ABSTRACT

Antenatal depression has a significant impact on the well-being of both mothers and children. It can lead to adverse outcomes such as spontaneous miscarriage, hypertensive disorders, antepartum hemorrhage, impaired fetal growth, preterm birth, low birth weight, low APGAR scores, intensive newborn care, and postpartum and parental depression, linked to risky behaviors like substance abuse (e.g., alcoholism and smoking), reduced utilization of healthcare services, poor appetite, and thoughts of self-harm. The aim of this study was to analyze the correlation between poor obstetric history, negative life events, and the risk of antenatal depression. This research employed a case-control study design and involved 58 pregnant women (29 case, 29 control) attending antenatal check-ups at the Jagir and Tanah Kali Kedinding health centers in Surabaya, who met the inclusion criteria. Poor obstetric history and negative life events were considered as independent variables and were assessed using a general questionnaire. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with a cutoff value of 10 was used to determine the dependent variable, which was antenatal depression. However, the statistical analysis indicated that neither poor obstetric history nor negative life events significantly affected the risk of antenatal depression, with p -values of 0.092 and 0.142 respectively. The study suggests the need for further research with larger samples and different research designs to better understand the risk factors for antenatal depression. Moreover, it is recommended that maternal healthcare facilities routinely and periodically implement antenatal depression screening.

Keywords: antenatal depression, poor obstetric history, negative life events

*Korespondensi Author : Zumroh Hasanah, Departemen Kebidanan Universitas Negeri Malang Indonesia, zumroh.hasanah.fik@um.ac.id

I. PENDAHULUAN

Ibu hamil merupakan populasi yang rentan mengalami gejala kecemasan dan depresi di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Kehamilan menyebabkan perubahan kimiawi dalam otak yang mirip dengan depresi pada saat

tidak hamil Depresi antenatal ditandai dengan gangguan suasana hati berupa perasaan tertekan, berlangsung minimal dua minggu yang terjadi selama kehamilan¹⁻³.

Prevalensi depresi antenatal menunjukkan variasi yang cukup besar di seluruh dunia, tingkat depresi antenatal lebih banyak di negara berpenghasilan rendah serta menengah. Penelitian yang dilakukan di negara-negara tersebut menunjukkan depresi antenatal memengaruhi persentase yang signifikan dari ibu hamil. Sebagai contoh, prevalensi depresi antenatal bisa mencapai 39,5% di Tanzania, 39% di Afrika Selatan, 38,5% di Pakistan, 25% di Ethiopia, dan 20,2% di Brazil. Prevalensi berdasarkan beberapa penelitian di Indonesia yakni 59,7% di Jakarta, 53,3% di Serang baru, 22,2% di Depok³⁻⁵

Depresi pada kehamilan menyebabkan peningkatan kadar noradrenalin dan kortisol pada ibu. Peningkatan ini dapat menurunkan aliran darah ke rahim dan berujung pada efek samping yang tidak diinginkan terhadap ibu dan janin. Meskipun depresi antenatal merupakan masalah kesehatan mental paling umum yang terjadi selama kehamilan, kondisi ini seringkali tidak terdeteksi dan tidak ditangani dengan tepat^{1,6,7}.

Akibatnya, depresi antenatal berpotensi menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin. Efek samping tersebut meliputi keguguran spontan, gangguan hipertensi, perdarahan antepartum, gangguan hipertensi, perdarahan antepartum, pertumbuhan janin terganggu, kelahiran dini, BBLR, skor APGAR rendah, perawatan intensif pada bayi baru lahir, serta depresi pasca persalinan. Selain itu, depresi antenatal juga dikaitkan dengan perilaku berisiko seperti penyalahgunaan zat (misalnya alkoholisme dan merokok), penurunan penggunaan layanan kesehatan, nafsu makan yang buruk, dan bunuh diri. Hal ini semakin memperburuk kesehatan ibu dan janin^{1,2,6,7}.

Selain efek langsung terhadap kesehatan ibu dan janin, penelitian juga menunjukkan bahwa sekitar 13% wanita yang mengalami depresi selama kehamilan berisiko tinggi mengalami gejala depresi berlanjut hingga pasca persalinan dan selama masa pengasuhan anak. Depresi pada ibu hamil turut menimbulkan stres, isolasi sosial, dan penurunan produktivitas. Hal ini tentunya dapat semakin mempengaruhi kesejahteraan ibu dan keluarganya^{2,8,9}.

Studi menunjukkan bahwa pengalaman stres selama perkembangan janin atau masa kanak-kanak dapat mengubah regulasi epigenetik dan meningkatkan risiko penyakit neurologis dan mental. Proses epigenetik seperti ekspresi mRNA, metilasi DNA, dan perubahan histon dapat diubah oleh berbagai pengalaman stres dan kondisi lingkungan. Pemrograman endokrin prenatal dan perkembangan otak lintas generasi dapat dipengaruhi oleh perubahan ini. Bayi yang dilahirkan dari ibu yang mengalami depresi antenatal menunjukkan tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan bayi yang dilahirkan dari ibu yang tidak mengalami depresi antenatal^{2,10,11}.

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 masalah kondisi finansial^{2-4,9}.

Berkaitan dengan riwayat obstetri yang buruk, sebuah studi menemukan bahwa wanita yang pernah mengalami trauma persalinan dapat mengembangkan rasa takut dan cemas tentang kelahiran di masa depan, yang dapat menyebabkan depresi antenatal. Selain itu faktor yang berkontribusi terhadap depresi antenatal adalah peristiwa kehidupan negatif. Peristiwa kehidupan negatif dapat memperburuk kondisi kejiwaan yang sudah ada atau memicu masalah kesehatan mental baru pada wanita hamil¹²⁻¹⁵.

Perencanaan dan skrining yang efektif selama kehamilan dapat mendukung pencegahan depresi kehamilan dan meminimalkan dampak negatifnya. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) adalah *screening tool* yang lazim dan dipakai untuk mengidentifikasi gejala selama kehamilan hingga satu tahun setelah melahirkan.

Terdiri dari sepuluh skala yang dirancang untuk sampel komunitas, alat ini telah divalidasi untuk skrining depresi. Perasaan ibu selama tujuh hari sebelumnya dievaluasi oleh EPDS, yang mencakup depresi, anhedonia, perasaan bersalah, kecemasan, dan keinginan untuk bunuh diri ^{2,8}.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Puskesmas Jagir dan Puskesmas Tanah Kali Kedinding menunjukkan angka yang cukup signifikan, yaitu 18,95% ibu hamil berisiko mengalami depresi antenatal ⁴. Penting untuk terus berupaya menangani masalah ini dan menyediakan intervensi yang tepat bagi ibu hamil untuk mencegah dan mengelola depresi antenatal. Umumnya, penelitian sebelumnya tentang depresi antenatal menggunakan desain *cross-sectional*, penelitian ini menggunakan desain studi kasus kontrol untuk menyelidiki hubungan antara Riwayat obstetrik buruk dan pengalaman kejadian negatif pada populasi di Surabaya.

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Jagir dan Puskesmas Tanah Kali Kedinding, mengingat kedua puskesmas tersebut memiliki angka kunjungan ibu hamil tertinggi di antara puskesmas di Kota Surabaya. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang representatif akan jumlah ibu hamil dengan risiko depresi antenatal di wilayah tersebut.

Temuan dari penelitian ini dapat memberikan wawasan baru mengenai intervensi dini dan layanan dukungan pada pencegahan dan penanganan individu yang memiliki risiko untuk terjadinya depresi antenatal. Hal ini sejalan dengan SDGs no 3, yang bertujuan untuk menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan semua orang di segala usia, termasuk ibu hamil.

II. METODOLOGI

Desain kasus-kontrol ini dilaksanakan di Puskesmas Tanah Kali Kedinding dan Jagir, Surabaya pada 2019. Riwayat obstetri buruk dan peristiwa kehidupan negatif adalah variabel bebas penelitian ini, dan risiko depresi antenatal adalah variabel terikat. Riwayat obstetri buruk pada penelitian ini terdiri dari riwayat keguguran

dan riwayat persalinan yang buruk, ditentukan berdasarkan pertanyaan dengan jawaban ada atau tidak ada akan. Peristiwa kehidupan negatif didefinisikan dengan Peristiwa kehidupan yang negatif seperti kehilangan dan kematian dalam kurun 1 tahun terakhir dengan kriteria jawaban ada atau tidak ada. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), sebuah alat skrining depresi yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Skala EPDS adalah alat skrining yang paling umum dan dapat diterima untuk mengidentifikasi gejala depresi pada masa perinatal (sejak kehamilan hingga 1 tahun setelah persalinan) ².

Skor EPDS telah dibandingkan dengan beberapa alat *screening* sejenis diantaranya : 1) *Research Diagnostic Criteria* (RDC) yang diperoleh dari *Standard Psychiatric Interview* (SPI), EPDS memiliki sensitifitas 86%, spesifisitas 78% dan nilai prediksi positif 73%; 2) *Beck Depression Inventory* (BDI), sensitifitas EPDS 95% dan spesifisitas 93%; 3) *Inventory of Depressive Symptomatology*, sensitifitas EPDS berkisar 78%, spesifisitas 90%, nilai prediksi positif 66% dan nilai prediksi negatif 94%. Penelitian lain menyatakan bahwa validitas EPDS yang digunakan pada perempuan yang sama secara berulang, memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang sama selama periode postpartum. Pada penelitian ini digunakan EPDS yang telah diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia dan terbukti valid reliabel ^{16,17}

Sampel penelitian ini terdiri dari 58 ibu hamil, 29 sampel memiliki skor EPDS 10-30 dan 29 sampel lainnya memiliki skor EPDS 0-9. Studi ini dilakukan dengan kriteria inklusi berupa ibu hamil yang memiliki pendidikan minimal SMA, kehamilan dengan suami pertama, etnis Madura atau Jawa, jumlah anak hidup ≤ 5 orang, dan jarak kehamilan dengan anak terakhir tidak lebih dari 10 tahun. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang diisi oleh ibu hamil bersama peneliti. Setiap variabel (riwayat obstetri buruk dan peristiwa kehidupan yang negatif) digunakan untuk analisis univariat. Untuk menilai hubungan antara kejadian depresi antenatal dengan riwayat keguguran dan riwayat persalinan yang buruk dan peristiwa kehidupan yang negatif selain

dilakukan uji kuantitatif bivariat menggunakan uji *Chi Square* (χ^2). Jika hasilnya tidak memuaskan, uji *Fisher's Exact* digunakan. Untuk analisis regresi logistik, digunakan untuk membuat model multivariat. Analisis ini dilakukan menggunakan program SPSS edisi 20.

Karena tidak ada intervensi, baik invasif maupun tidak, penelitian ini tidak menimbulkan risiko yang signifikan bagi subjeknya. Untuk mengurangi bias penelitian maka penelitian ini melalui kuesioner dengan wawancara terpimpin oleh peneliti, sehingga ibu dapat menjawab pertanyaan peneliti. Kuesioner

Pertanyaan yang diajukan berkaitan dengan data dasar tentang topik dan faktor risiko depresi antenatal. Selain itu, semua risiko yang mungkin terjadi dalam penelitian ini telah diantisipasi melalui desain penelitian yang tepat dan sesuai dengan tujuan penelitian, sehingga penelitian ini relatif aman bagi peneliti dan penelitian. Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga telah menyetujui semua proses penelitian (No. 182 /EC /KEPK /FKUA /2019).

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil data karakteristik responden tersaji pada Tabel 1, hasil analisis univariat dan bivariat ditunjukkan pada Tabel 2, sementara hasil pemodelan akhir multivariat disajikan pada Tabel 3.

Tabel 1. Data Karakteristik Responden

Data Dasar		n=58	Persentase
Suku	Jawa	55	94,9%
	Madura	3	5,1%
Pendidikan	SMA	48	82,8%
	≥D3	10	17,2%
Usia	21-34 tahun	49	84,9%
	≤20 & ≥35 tahun	9	15,1%
Status Pekerjaan	Bekerja	20	34,4%
	Tidak bekerja	38	65,6%
Kunjungan ANC	Rutin	58	100%
	Tidak Rutin	0	0%
Dukungan sosial, keluarga dan pasangan	Ya	58	100%
	Tidak	0	0%

Tabel 2. Faktor yang berkaitan dengan Depresi Antenatal

	Depresi Antenatal		<i>p value</i>	OR	95% CI		
	Ya (n=29)					Tidak (n=29)	
	n	%				n	%
Riwayat obstetri buruk							
Tidak	10	34,5	5	17,2	0,134		
Ada	19	65,5	24	82,8			
Peristiwa kehidupan negatif							
Tidak	9	31	25	17,2	0,220		
Ada	20	69	4	82,8			

Tabel 3. Analisis Multivariat

Variabel	<i>p value</i>	OR	95% CI
Riwayat obstetri buruk	0,092	0,092	0,094-1,195
Peristiwa kehidupan negatif	0,142	0,142	0,105-1,383

Berdasarkan Tabel 1 bahwa responden Sebagian besar berasal dari suku Jawa (94,9%), Pendidikan SMA (82,8%), berusia 21-34 tahun (84,9%), dan tidak bekerja (65,6%). Seluruh responden melakukan kunjungan ANC dengan rutin (100%) dan mendapat dukungan keluarga, social dan pasangan (100%).

Kunjungan *antenatal care* (ANC) mengacu pada kebijakan program pelayanan *antenatal care* menetapkan frekuensi kunjungan *antenatal care* sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan sebagai berikut: 1) Minimal satu kali pada trimesester pertama (K1) hingga usia kehamilan 14 minggu; 2) Minimal satu kali pada trimesester kedua (K2) 14 – 28 Minggu; 3) Minimal dua kali pada trimesester ketiga (K3 dan K4) 28-36 minggu dan setelah 36 minggu sampai lahir. Sementara Dukungan keluarga, pasangan dan sosial didefinisikan sebagai kenyamanan fisik dan psikologis yang diberikan oleh teman dan anggota keluarga. Kedua data ini digali melalui kuesioner dengan jawaban ya dan tidak ⁴

Hasil statistik pada tabel 2 dan 3, tampak kedua variabel independen tidak berpengaruh terhadap risiko depresi antenatal yang ditunjukkan dengan *p-value* 0,092 untuk riwayat obstetri buruk dan *p-value* 0,142 untuk peristiwa kehidupan negatif.

Riwayat Obstetri Buruk

Terdapat beberapa variabel yang berkaitan dengan depresi antenatal, diantaranya adalah ibu dengan riwayat obstetri yang buruk. Riwayat obstetri buruk seperti pengalaman melahirkan yang buruk (trauma persalinan) dan riwayat keguguran¹².

Wanita yang pernah mengalami trauma persalinan dapat mengembangkan rasa takut dan cemas tentang kelahiran di masa depan, yang dapat menyebabkan depresi antenatal. Depresi antenatal dapat menjadi manifestasi dari masalah kesehatan mental yang mendasarinya, dipicu oleh pengalaman kehamilan dan melahirkan yang traumatis. Di sisi yang sama, pada perempuan yang memiliki Riwayat keguguran dapat mengalami proses berduka yang melibatkan proses berdamai dengan kehilangan kehamilannya, memproses emosinya, dan menyesuaikan diri dengan kenyataan baru bahwa kehamilannya tidak dapat dipertahankan hingga cukup bulan. Ketakutan ini dapat diperburuk oleh pengetahuan bahwa mereka mungkin menghadapi pengalaman traumatis yang sama di masa depan. Sehingga riwayat trauma persalinan dapat menyebabkan tekanan emosional dan kecemasan yang signifikan.^{12 18,19}

Setelah kehilangan, ibu mengalami berbagai tekanan psikologis. Ibu dapat mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, terutama pada kehamilan berikutnya, karena ketakutan akan kehilangan yang berulang. Ibu sering kali mengalami rasa kehilangan dan kesedihan yang mendalam setelah mengalami kehilangan perinatal, yang dapat berlangsung lama dan intens. Ibu akan merasakan perasaan sedih dan putus asa setelah kehilangan anaknya hingga dapat bermanifestasi menjadi depresi. Ibu dapat mengalami perasaan bersalah, mempertanyakan diri mereka sendiri tentang apa yang dapat mereka lakukan secara berbeda untuk mencegah kehilangan. Beberapa ibu dapat mengalami gejala *Post Traumatic Syndrome Disorder* (PTSD), seperti ingatan yang mengganggu, kilas balik, dan tekanan emosional yang berkaitan dengan peristiwa traumatis kehilangan perinatal. Berdasarkan penelitian, kehilangan ini dapat membuat ibu merasa

terisolasi dalam kesedihan mereka dan berjuang untuk menemukan pemahaman dan dukungan dari masyarakat dan tenaga kesehatan. Tekanan psikologis ini menyoroti tantangan emosional yang kompleks yang dihadapi orang tua setelah kehilangan perinatal dan menekankan pentingnya memberikan dukungan dan perawatan yang tepat selama kehamilan berikutnya²⁰⁻²³

Pola penanganan depresi dan berduka setelah kehilangan kehamilan dapat menjadi prediktor peningkatan kecemasan dan depresi pada kehamilan berikutnya. Wanita dengan riwayat keguguran juga dapat mengalami lebih banyak kecemasan khusus kehamilan pada trimester pertama kehamilan baru dibandingkan dengan wanita hamil yang tidak memiliki riwayat keguguran^{18,24}.

Hal yang menarik dari penelitian ini adalah fakta bahwa riwayat obstetri yang buruk tidak memiliki korelasi statistik signifikan dengan kemungkinan depresi antenatal. Banyak faktor yang tidak diperhitungkan dalam penelitian ini, seperti *self esteem*, mekanisme koping dan faktor psikologis lain yang berpengaruh,

Sebuah studi pada ibu hamil usia remaja membuktikan bahwa *self esteem* yang tinggi sangat dibutuhkan untuk mencegah depresi selain dukungan keluarga melalui keterampilan mengatasi masalah. Beberapa faktor yang terlibat dalam etiologi depresi selama kehamilan, misalnya kurangnya dukungan keluarga dan pasangan, *self esteem* rendah, hambatan dalam mengakses layanan kesehatan, termasuk masalah perspektif stigma sosial, dan ketidaksiapan menghadapi kehamilan. Oleh karena itu, orang yang memiliki kemampuan untuk memilih dan mengimplementasikan respons koping yang tepat dapat berfungsi sebagai sumber kekuatan ibu dan melindungi ibu hamil dan janin dari efek yang berpotensi berbahaya dari stres prenatal. Remaja hamil dengan keterampilan mengatasi stres yang baik memiliki lebih sedikit stres, kecemasan, dan risiko depresi²⁵. Penelitian lain menunjukkan diantara strategi *coping* termasuk mencari informasi tentang kehamilan untuk mengurangi rasa berkabung^{26,27}, hal inilah yang dimungkinkan dapat berkaitan dengan hasil pada

penelitian ini. Selain dari peran ibu, penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk menyadari dampak potensial ini dan memberikan dukungan dan konseling yang tepat bagi perempuan yang mengalami keguguran^{26,28}.

Tenaga kesehatan profesional, terutama bidan, dapat membantu orang tua selama kehamilan berikutnya setelah mengalami trauma persalinan dan keguguran dengan berbagai cara. Bidan dapat memberikan dukungan emosional dengan cara menunjukkan kehadiran yang penuh kasih dan pengertian untuk membantu ibu mengatasi kesedihan dan tantangan emosional mereka. Pada tahap ini bidan dapat membantu ibu dalam menyadari pentingnya kehilangan pada keguguran serta trauma persalinan dan dampaknya terhadap kehamilan berikutnya untuk memberikan perawatan yang sensitif dan berempati yang disesuaikan dengan kebutuhan khusus orang tua pada kehamilan berikutnya setelah keguguran. Selain bidan dapat membantu ibu selama tahap kehilangan, bidan juga dapat berperan pada persiapan kehamilan berikutnya. Bidan dapat mengatasi ketakutan dan kecemasan orang tua dengan memberikan informasi, jaminan, dan pemantauan rutin selama kehamilan berikutnya. Bidan dapat menawarkan panduan tentang persiapan fisik untuk kehamilan berikutnya dan mengatasi masalah medis apa pun. Pada proses pendampingan saat kehamilan, bidan dapat membantu ibu dalam mengembangkan ikatan dengan bayi yang belum lahir melalui dukungan dan bimbingan. Selain itu, bidan dapat memastikan ibu melakukan pemeriksaan rutin dan akses ke perawatan kebidanan khusus untuk mengatasi potensi komplikasi dan memberikan dukungan tambahan^{20,29-31}.

Peristiwa Kehidupan Negatif

Peristiwa kehidupan negatif merupakan faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan gangguan kejiwaan selama kehamilan dan telah dikaitkan dengan peningkatan risiko terjadinya depresi perinatal^{13,14,32}. Peristiwa kehidupan negatif meningkatkan kemungkinan mengalami penyakit mental akut selama masa perinatal, seperti episode psikotik, serta dapat memperburuk kondisi kejiwaan yang

sudah ada atau memicu masalah kesehatan mental baru pada wanita hamil¹³⁻¹⁵.

Pengalaman kehidupan negatif dapat disebabkan oleh kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah, atau stres berat lainnya. Reaksi terhadap stres sering kali ditanggguhkan, dan depresi dapat muncul beberapa bulan kemudian. Selain itu depresi juga disebabkan oleh kehilangan orang tua saat masih kecil. Kehilangan yang besar ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi, tetapi di satu sisi dapat membuat seseorang lebih tabah^{15,33,34}.

Mekanisme paparan ibu terhadap peristiwa stres dan tekanan yang dirasakan selama kehamilan sangat kompleks dan melibatkan berbagai jalur. Stres ibu dapat memengaruhi janin yang sedang berkembang melalui mekanisme biologis dan psikologis. Secara biologis, stres ibu dapat menyebabkan pelepasan hormon stres, seperti kortisol, yang dapat melintasi plasenta dan memengaruhi janin yang sedang berkembang. Paparan hormon ini dapat memengaruhi pemrograman perkembangan saraf janin dan memiliki efek jangka panjang pada sistem respons stres anak. Selain itu, stres ibu dapat memengaruhi fungsi plasenta, yang memainkan peran penting dalam perkembangan janin^{13,14,32}. Secara psikologis, stres ibu dapat memengaruhi perilaku dan interaksi ibu dengan anak baik selama kehamilan maupun setelah kelahiran. Tingkat stres ibu yang tinggi dapat menyebabkan pengasuhan yang kurang optimal, yang dapat berdampak pada regulasi emosi dan perilaku anak. Stres ibu juga dapat memengaruhi kesehatan mental ibu, yang mengarah pada peningkatan risiko depresi atau kecemasan pascamelahirkan, yang selanjutnya juga berdampak pada perkembangan anak^{13,14,32}.

Hal yang menarik dari penelitian ini adalah fakta bahwa peristiwa kehidupan negatif yang buruk tidak memiliki korelasi statistik signifikan dengan kemungkinan depresi antenatal. Banyak faktor yang tidak diperhitungkan dalam penelitian ini, seperti riwayat penyakit mental sebelumnya, faktor sosio-demografi dan ekonomi seperti etnis, pekerjaan, kondisi tempat tinggal dan

pendapatan, dukungan sosial, hubungan keluarga, dan peristiwa kehidupan memiliki efek pada kejadian depresi antenatal³⁵. Salah satu dari hal itu adalah dukungan sosial, hal inilah yang dimungkinkan dapat berkaitan dengan hasil pada penelitian ini.

Pada penelitian ini didapatkan data karakteristik penelitian ini yang menunjukkan bahwa setiap subjek ibu hamil mendapatkan dukungan keluarga, pasangan, dan sosial. Hal ini dapat menjadi dasar untuk mengatakan bahwa meskipun beberapa subjek mengalami peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan, ibu hamil tetap mendapatkan dukungan keluarga, pasangan, dan sosial, sehingga tidak berdampak pada depresi antenatal.

Menurut penelitian di Amerika, stres yang dirasakan ibu berkorelasi negatif dengan kepuasan ibu terhadap dukungan suami. Hasil ini konsisten dengan hasil beberapa penelitian bahwa pasangan yang suportif dapat mengurangi stres yang dialami oleh para ibu dari segala usia dan menjadi sumber dukungan utama. Penelitian lain menunjukkan bahwa dukungan yang baik dari pasangan selama kehamilan dan masa nifas memiliki dampak perlindungan yang nyata, menurunkan kemungkinan peningkatan angka EPDS setelah melahirkan^{35,36}.

Pada akhirnya, memahami peran peristiwa kehidupan negatif dalam konteks gangguan kejiwaan terkait kehamilan sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk memberikan dukungan dan intervensi yang tepat bagi wanita hamil yang mengalami tantangan tersebut. Dengan menangani peristiwa kehidupan negatif ini dan dampaknya terhadap kesehatan mental, tenaga kesehatan profesional khususnya bidan dapat menyesuaikan rencana perawatan dan sistem pendukung dengan lebih baik untuk meningkatkan kesejahteraan ibu hamil dan bayinya.

IV. SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bukti bahwa berdasarkan hasil statistik menyatakan kedua variabel independen tidak berpengaruh terhadap risiko depresi antenatal.

Untuk lebih memahami risiko depresi antenatal, penelitian lanjutan diperlukan dengan menggunakan sampel yang lebih besar dan desain penelitian yang berbeda. Skala EPDS adalah salah satu alat yang dapat digunakan untuk skrining depresi antenatal yang dapat dilakukan secara teratur dan berkala di fasilitas kesehatan ibu. Program ini dapat dilaksanakan, terlebih pada puskesmas yang memiliki klinik psikologi atau sejenisnya, sehingga dapat menjadi program yang terintegrasi.

V. UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini dilakukan dengan dana mandiri, sehingga minimal akan *conflict of interest*. Penulis mengucapkan terima kasih kepada para responden, Puskesmas Jagir dan Puskesmas Tanah Kali Kedinding yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini.

REFERENSI

1. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015 Jan;171:142–54.
2. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb;18(1):49.
3. Tesfaye Y, Agenagnew L. Antenatal Depression and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care Service in Kochi Health Center, Jimma Town, Ethiopia. *J Pregnancy*. 2021;2021.
4. Hasanah Z, Joewono HT, Muhdi N. Faktor Risiko Depresi Antenatal Di Puskesmas Jagir Dan Tanah Kali Kedinding Surabaya. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*. 2019;4(2).
5. Qanita L, Effendi R. Hubungan Depresi Antepartum dengan Profil Ibu Hamil di Puskesmas Sirnajaya Serang Baru Periode Kunjungan Tahun 2022. *Muhammadiyah Journa*. 2023;4(2):54–61.
6. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*. 2017 Feb;342:154–66.
7. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013 Apr;74(4):e321-41.
8. Bavle AD, Chandahalli AS, Phatak AS, Rangaiah N, Kuthandahalli SM, Nagendra PN. Antenatal depression in a tertiary care hospital. *Indian J Psychol Med*. 2016;38(1):31–5.

9. Răchită AIC, Strete GE, Sălcudean A, Ghiga DV, Rădulescu F, Călinescu M, et al. Prevalence and Risk Factors of Depression and Anxiety among Women in the Last Trimester of Pregnancy: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Lithuania)*. 2023;59(6).
10. Babenko O, Kovalchuk I, Metz GAS. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. Vol. 48, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015.
11. Field T. Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *J Pregnancy Child Health*. 2017;04(01).
12. Waller R, Kornfield SL, White LK, Chaiyachati BH, Barzilay R, Njoroge W, et al. Clinician-reported childbirth outcomes, patient-reported childbirth trauma, and risk for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2022 Oct;25(5):985–93.
13. Abdelhafez MMA, Ahmed KAM, Ahmed NAM, Ismail MH, Mohd Daud MN Bin, Ping NPT, et al. Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon* [Internet]. 2023;9(11):e20958. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20958>
14. Rudd KL, Cheng SS, Cordeiro A, Coccia M, Karr CJ, LeWinn KZ, et al. Associations Between Maternal Stressful Life Events and Perceived Distress during Pregnancy and Child Mental Health at Age 4. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2022;50(8):977–86.
15. Wang Y, Wang X, Liu F, Jiang X, Xiao Y, Dong X, et al. Negative Life Events and Antenatal Depression among Pregnant Women in Rural China: The Role of Negative Automatic Thoughts. 2016;1–14.
16. Hasanah Z. Faktor Risiko Depresi Antenatal Di Puskesmas Jagir Dan Tanah Kali Kedinding Surabaya [Internet]. Universitas Airlangga. 2019. Available from: <https://repository.unair.ac.id/107260/>
17. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *The BMJ*. 2020;371.
18. Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: Data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2013;166(1):30–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.09.024>
19. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Apr;21(2):229–47.
20. Donegan G, Noonan M, Bradshaw C. Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery* [Internet]. 2023;121:103673. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823000761>
21. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;223:153–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717303427>
22. Lee L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. The impact of miscarriage and stillbirth on maternal-fetal relationships: an integrative review. *J Reprod Infant Psychol*. 2017 Feb;35(1):32–52.
23. Meaney S, Everard CM, Gallagher S, O'Donoghue K. Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expect*. 2017 Aug;20(4):555–62.
24. Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature and future directions. *J Psychosom Res* [Internet]. 2004;56(1):35–45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399903000424>
25. George A, Luz RF, De Tyche C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(October 2015).
26. Nia Ariestha Azis; Margaretha. Strategi Coping Terhadap Kecemasan Pada Ibu Hamil Dengan Riwayat Keguguran Di Kehamilan Sebelumnya. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan* [Internet]. 2017;5(1):144–57. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006%0Ahttps://doi.org/10.1>
27. George A, Luz RF, De Tyche C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(October 2015).
28. George A, Luz RF, De Tyche C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(October 2015).
29. Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. A renewed sense of purpose: mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Dec;14:423.
30. Phelan L. Experiences of Pregnancy Following Stillbirth: a Phenomenological Inquiry. 2020;54(2):150–71.
31. Hummel AD, Ronen K, Bhat A, Wandika B, Choo EM, Osborn L, et al. Perinatal depression and its impact on infant outcomes and maternal-nurse SMS communication in a cohort of Kenyan women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet].

- 2022;22(1):1–16. Available from:
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-05039-6>
32. Monk C, Lugo-Candelas C, Trumpff C. Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and Pathways. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019 May;15:317–44.
 33. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry [Internet].* 2008;8(1):24. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>
 34. Viirman F, Hesselman S, Wikström AK, Skoog Svanberg A, Skalkidou A, Sundström Poromaa I, et al. Negative childbirth experience – what matters most? a register-based study of risk factors in three time periods during pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare.* 2022;34(September).
 35. Hu Y, Wang Y, Wen S, Guo X, Xu L, Chen B, et al. Association between social and family support and antenatal depression: A hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):1–10.
 36. Mulyani N, Suryaningsih EK. The Effect Of Family Support On Postpartum Depression : Scoping Review. *Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi.* 2023;8(3):337–51.