

USULAN PENELITIAN

**HUBUNGAN RISIKO DEPRESI PERINATAL DENGAN SITUASI HIDUP
DAN DUKUNGAN SOSIAL PADA IBU HAMIL**



Penulis :

Hanna Aulia Ifadah

NIM : 011811133085

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

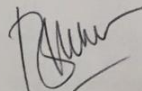
2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Usulan penelitian ini telah disetujui untuk diujikan

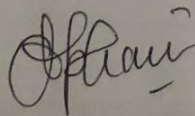
Tanggal 3 Februari 2022

Pembimbing I



(Brihastami Sawitri, dr., Sp. KJ)

Penguji



(Alphania Rahniayu, dr., Sp. PA)

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DALAM	I
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR SINGKATAN	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Kehamilan	5
2.2 Depresi Perinatal	7
2.2.1 Etiologi	8
2.2.2 Epidemiologi	10
2.2.3 Patofisiologi.....	12
2.2.4 Prognosis	14
2.2.5 Faktor Risiko	15
2.2.6 Tatalaksana	16
2.2.7 Pengukuran.....	18
2.3 Situasi Hidup.....	24
2.4 Dukungan Sosial	26
2.4.1 Bentuk Dukungan Sosial.....	28
2.4.2 Pengukuran Dukungan Sosial	29
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	34
3.1 Kerangka Konseptual	34
3.2 Hipotesis	36
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	37
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	37

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	37
4.2.1 Populasi	37
4.2.2 Sampel.....	37
4.2.2.1 Kriteria Inklusi	37
4.2.3 Besar Sampel	38
4.2.4 Teknik Pengambilan Sampel.....	38
4.3 Variabel Penelitian	38
4.3.1 Variabel Dependen	38
4.3.2 Variabel Independen	39
4.4 Definisi Operasional Penelitian	40
4.5 Instrumen Penelitian.....	42
4.5.1 Hasil Uji Validitas	42
4.5.2 Hasil Uji Reliabilitas.....	44
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	45
4.7 Prosedur Pengambilan Data.....	45
4.8 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	46
4.9 Kerangka Operasional Penelitian	47
4.10 Aspek Etik Penelitian	48
DAFTAR PUSTAKA.....	49
LAMPIRAN	57

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.4 Definisi Operasional.....	40
Tabel 4.5.1.1 Hasil Uji Validitas X	42
Tabel 4.5.1.2 Hasil Uji Validitas Y	43
Tabel 4.5.2.1 Hasil Uji Reliabilitas	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	34
Gambar 4.9 Kerangka Operasional	44

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	57
Lampiran 2 Kuesioner	58
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden	63
Lampiran 4 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	64

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	: <i>American College of Obstetricians dan Gynecologists</i>
BBLN	: Berat Badan Lahir Normal
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BDI	: <i>Beck Depression Inventory</i>
BDNF	: <i>Brain Derived Neurotrophic Factor</i>
BPM	: Bidan Praktik Mandiri
CVI	: <i>Content Validity Index</i>
EPDS	: <i>Edinburgh Postpartum Depression Scale</i>
HPA	: <i>Hypothalamic-Pituitary-Adrenal</i>
ISEL	: <i>Interpersonal Support Evaluation List</i>
ISEL-12	: <i>Interpersonal Support Evaluation List Short-Version</i>
LBP	: <i>Low back pain</i>
MSPSS	: <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
PHQ-9	: <i>Patient Health Questionnaire 9 Item</i>
RDC	: <i>Research Diagnostic Criteria (RDC)</i>
SADS	: <i>Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia</i>
SPI	: <i>Standard Psychiatric Interview</i>
SSQ-S	: <i>Social Support Questionnaire-Shortened Version</i>
SSRIs	: Pemberian selective serotonin reuptake inhibitor
TCAs	: <i>Tricyclic antidepressant</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan merupakan peristiwa besar dalam hidup seorang wanita yang disertai dengan perubahan fisik, psikologis, hormonal, dan sosial didalamnya. Bentuk-bentuk perubahan ini tentu tidak mudah untuk dihadapi. Diperlukan proses adaptasi yang disertai pendampingan, dikarenakan bentuk perubahan yang dihadapi ibu rentan memicu munculnya episode depresi dengan implikasi serius baik bagi ibu maupun bayi (Gelaye et al., 2016).

Depresi adalah penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dan merupakan penyumbang utama beban penyakit global secara keseluruhan (WHO, 2017). Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih terus menerus, hilangnya kesenangan dan minat, timbulnya rasa bersalah dan harga diri rendah. Depresi juga dapat mengganggu pola tidur dan nafsu makan, menyebabkan kelelahan, dan penurunan konsentrasi. Depresi dapat bersifat akut maupun kronis, dan pada kasus depresi berat dapat berujung pada terjadinya bunuh diri (Nareswati, 2021). Sedangkan episode depresi yang dialami oleh ibu hamil dikenal sebagai depresi perinatal. Depresi perinatal adalah episode depresi yang onset terjadinya selama masa kehamilan dan 4 minggu pertama postpartum atau keduanya. Namun, berdasarkan penelitian lebih lanjut kondisi ini dapat berlanjut hingga 1 tahun atau 12 bulan postpartum (Van Niel & Payne, 2020 ; APA, 2013).

Menurut studi oleh Underwood, pada tahun 2016 didapatkan prevalensi rata-rata untuk depresi antenatal sebesar 17% dan 39% ibu hamil dengan depresi antenatal berlanjut menjadi depresi postpartum (Underwood et al., 2016). Berdasarkan kondisi ekonomi negara, pada negara berpendapatan tinggi didapatkan *range* prevalensi antara 6,5-19,2% (Dosani et al., 2020). Sedangkan pada negara berpendapatan menengah-rendah didapatkan *range* prevalensi antara 10-50% (Klawetter et al., 2020). Prevalensi berdasarkan ras atau etnik, menurut studi oleh Van Niel & Payne, pada tahun 2020 wanita hamil yang merupakan American Indian/Alaska and Hawaii native memiliki prevalensi depresi perinatal sebesar 30% (Van Niel & Payne, 2020). Prevalensi depresi perinatal di Indonesia belum ditemukan prevalensi secara nasional, data prevalensi kebanyakan masih terpisah antara depresi antenatal dan postpartum. Menurut studi oleh Sutjahjo et al pada tahun 2007 dalam Pratiwi dan Glover 2019 menyatakan bahwa prevalensi depresi antenatal pada wanita Indonesia sebesar 12,5% (Pratiwi & Glover, 2019).

Depresi perinatal dianggap sebagai hasil dari interaksi yang kompleks yang terjadi akibat keterlibatan genetik, epigenetik, neuroendokrin, hipotalamus, hipofisis-adrenal, faktor sosial dan lingkungan. Bahkan tidak ada ras atau etnis yang tidak berisiko mengalami depresi perinatal. Salah satu faktor risiko depresi perinatal adalah kondisi lingkungan dan sosial, yang mana didalamnya termasuk dukungan sosial dan situasi hidup (Van Niel & Payne, 2020). Dukungan sosial yang dirasakan oleh wanita berubah seiring bertambahnya periode perinatal dan dukungan sosial pada tiap tahap periode perinatal merupakan hal yang sangat penting dan dibutuhkan untuk mencegah dan mengatasi depresi perinatal. Dukungan sosial dapat meliputi dukungan

dari pasangan, keluarga, dan sosial yang dirasakan ibu (Hasanah et al., 2019). Salah satu faktor yang diharapkan dapat memberikan sumbangan dalam masa adaptasi adalah faktor dukungan sosial dan situasi hidup. Berdasarkan penjelasan diatas, maka peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian dengan tema “Hubungan antara Risiko Depresi Perinatal dengan Situasi Hidup dan Dukungan Sosial pada Ibu Hamil”.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara risiko depresi perinatal dengan situasi hidup dan dukungan sosial pada ibu hamil?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara risiko depresi perinatal dengan situasi hidup dan dukungan sosial pada ibu hamil.

1.3.1 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menentukan hubungan antara risiko depresi perinatal dengan situasi hidup pada ibu hamil.

1.3.2.2 Menentukan hubungan antara risiko depresi perinatal dengan dukungan sosial pada ibu hamil.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai hubungan antara risiko depresi perinatal dengan situasi hidup dan dukungan sosial pada ibu hamil.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Sebagai wacana bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian yang serupa dan pengembangan lebih lanjut.

1.4.2.2 Sebagai pertimbangan dalam usaha pencegahan dan penanganan dini untuk depresi perinatal.

1.4.2.3 Sebagai sumber data untuk edukasi pada ibu dalam praktis antenatal care

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

Kehamilan adalah serangkaian peristiwa yang diawali dengan konsepsi dan akan berkembang sampai menjadi fetus yang aterm dan diakhiri dengan proses persalinan (Rahmawati & Wulandari, 2019). Proses kehamilan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, implantasi pada uterus hingga terbentuk janin serta mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan. Kehamilan merupakan proses alami dan normal dalam kehidupan wanita pada masa reproduksi. Wanita hamil mengalami perubahan-perubahan fisik maupun psikologis untuk mempersiapkan pertumbuhan janin, masa persalinan dan juga menyusui pada 3 bulan pertama (Elba & Putri, 2019).

Kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional apabila dihitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung selama 13 minggu, trimester kedua selama 14 minggu (minggu ke-14 sampai ke 27) dan trimester ketiga selama 13 minggu (minggu ke-28 sampai ke-40) (Wijayanti, A & Suwito, 2019).

1. Trimester Pertama

Kehamilan trimester pertama adalah ketika ibu mengandung embrio atau fetus didalam tubuh selama 0 – 14 minggu. Permasalahan pada trimester pertama biasanya muncul rasa mual muntah akibat kadar estrogen yang meningkat. Jika

mual muntah terjadi secara terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi. Muntah yang lebih dari sepuluh kali sehari atau mual terus menerus yang terjadi selama 20 minggu terakhir kehamilan, akan berlanjut menjadi *Hiperemesis gravidarum* yang menyebabkan tubuh ibu menjadi lemah, pucat, dan frekuensi buang air kecil menurun drastis. Gejala ini biasanya terjadi pada usia kehamilan 6 hingga 10 minggu (Wijayanti, A & Suwito, 2019).

2. Trimester Kedua

Kehamilan trimester kedua adalah ketika ibu mengandung embrio atau fetus dalam tubuh dimulai pada minggu ke-14 hingga minggu ke-28. Pada masa ini ibu hamil akan merasa lebih tenang dan tentram tanpa gangguan berarti. Ibu hamil umumnya akan mengalami sakit pinggang atau *low back pain* (LBP) yang mungkin terjadi sejak awal trimester, dimana puncaknya pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Nyeri pinggang saat hamil biasanya terjadi karena adanya peregangan tulang-tulang, terutama pada area pinggang, yang sesuai dengan bertambahnya usia kehamilan (Wulandari & Wantini, 2021).

3. Trimester Ketiga

Trimester ketiga adalah ketika ibu mengandung embrio atau fetus di dalam tubuh pada usia kehamilan 28 – 40 minggu. Pada trimester ketiga rasa lelah, tidak nyaman, dan depresi ringan akan meningkat. Tekanan darah ibu hamil biasanya

meningkat, dan kembali normal setelah melahirkan. Peningkatan hormon estrogen dan progesterone memuncak pada trimester ini (Wulandari & Wantini, 2021).

Kehamilan adalah peristiwa kodrati bagi perempuan, seorang perempuan akan mengalami perubahan dalam dirinya baik fisik maupun psikologis. Kondisi psikologis yang terganggu juga akan berdampak buruk pada aktivitas fisiologis dalam diri ibu hamil. Suasana hati yang kelam dan emosi yang meledak-ledak dapat mempengaruhi detak jantung, tekanan darah, produksi adrenalin, aktivitas kelenjar keringat dan sekresi asam lambung. Di samping itu, dapat pula memunculkan gejala fisik seperti letih, lesu, gelisah, pening, dan mual. Semua dampak ini akhirnya akan merugikan pertumbuhan janin karena janin sudah dapat merasakan dan menunjukkan reaksi terhadap stimulasi yang berasal dari luar dirinya (Mail, 2020).

2.2 Depresi Perinatal

Depresi dalam psikiatri digunakan untuk menyatakan suatu kondisi *mood* yang abnormal yang memiliki kesamaan arti dengan ketidakbahagiaan, kesedihan, dan kesengsaraan. *Mood* adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis individu. Orang dengan gangguan *mood* yang luar biasa parah atau berlangsung lama akan mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi secara normal (Fauzy & Fourianalisyawati, 2016). Depresi merupakan masalah psikologis paling umum yang mempengaruhi seorang wanita di seluruh dunia selama periode perinatal. Sekitar 15% wanita diketahui mengalami depresi di beberapa titik selama hidup mereka dan lebih dominan selama kehamilan dan setelah melahirkan (Sheeba et al., 2019).

Depresi perinatal dapat terjadi selama kehamilan (prenatal), 4 minggu pertama hingga satu tahun setelah kelahiran (postpartum), atau keduanya. Hal ini terjadi pada hingga 80% ibu dalam beberapa hari setelah melahirkan karena beberapa perubahan yang dialami. Gejala depresi ini biasanya singkat dan berlangsung tidak lebih dari 10 hari. Namun, pada beberapa kasus depresi perinatal dapat berlangsung lebih dari 14 hari dan mengganggu kualitas hidup seorang wanita (Van Niel & Payne, 2020 ; APA, 2013).

2.2.1 Etiologi

Depresi perinatal dianggap sebagai hasil dari interaksi kompleks yang melibatkan genetika, epigenetik, dan faktor lingkungan dan sosial. Beberapa wanita lebih sensitif terhadap perubahan kadar hormon reproduksi mereka selama kehamilan dan setelah melahirkan, sehingga dapat membuat mereka lebih rentan terhadap depresi perinatal (Van Niel & Payne, 2020). Faktor-faktor yang dapat memengaruhi depresi pada masa perinatal yakni :

1. Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi riwayat depresi perinatal, riwayat depresi/gangguan psikologis pada keluarga, kadar neurotransmitter (terutama serotonin), dan status obstetrik (usia, riwayat keguguran dan cara persalinan, keluhan dan risiko kehamilan), perubahan fisiologis selama kehamilan, persalinan dan postpartum, defisiensi nutrisi, gangguan metabolisme, anemia, penurunan hormon estrogen dan progesteron setelah persalinan, penurunan sitokin, perubahan asam lemak, dan oksitosin serta komplikasi obstetrik yang diderita ibu (Kusuma, 2019)

2. Faktor Psikososial

Faktor psikososial meliputi tipe kepribadian, fungsi kognitif dan citra diri (*self esteem*), riwayat *child abuse*, peristiwa kehidupan yang negatif dalam setahun terakhir, konflik perkawinan, kehamilan tidak diinginkan, dan sosial, kurangnya dukungan dari pasangan dan orang terdekat lainnya, hubungan yang buruk dengan suami dan mertua, kekerasan dalam rumah tangga, riwayat gangguan afektif seperti riwayat depresi pada kehamilan sebelumnya, riwayat depresi dalam keluarga, gangguan mood saat menstruasi dan kesulitan kondisi finansial (Kusuma, 2019).

3. Faktor Demografi

Faktor demografi seperti usia ibu, pendidikan, pekerjaan, paritas, budaya atau norma yang berlaku. Terdapat hubungan antara umur ibu, dengan kejadian depresi postpartum. Semakin muda usia ibu, maka akan semakin berisiko menimbulkan gangguan depresi postpartum. Hal ini dikarenakan usia yang muda cenderung tidak siap dalam perubahan perannya sebagai ibu, yaitu dalam kesiapan fisik, mental, finansial, dan juga sosial. Tidak hanya usia muda, namun usia yang terlalu tua juga dapat menjadi faktor risiko karena adanya faktor kelelahan dan keadaan anatomi tubuh yang sudah tidak baik lagi untuk hamil dan bersalin (Sari, 2020).

Gangguan depresi ini ditandai dengan perasaan sedih, menangis, cemas, takut, merasa kesepian, curiga, penurunan nafsu makan, gangguan tidur, susah berkonsentrasi, perasaan tidak berharga, kehilangan harapan, kurangnya minat terhadap bayi, dan perasaan tidak mampu menjadi ibu, bahkan pada beberapa kasus adanya halusinasi sehingga ada upaya ibu mencerdai bayi, diri sendiri atau orang lain (Kusuma, 2019). Gangguan depresi yang dialami saat hamil dapat berpengaruh pada kondisi kesehatan bayi. Pada penelitian yang dilakukan pada ibu yang memiliki gejala depresi, didapatkan berat badan bayi ketika lahir menjadi rendah. Gejala depresi lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang melahirkan bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Normal (BBLN) (Fauzy & Fourianalisyawati, 2016).

2.2.2 Epidemiologi

Depresi adalah salah satu komplikasi serius yang paling umum di masa kehamilan. Kehamilan merupakan peristiwa besar dalam hidup yang pasti disertai dengan perubahan sosial, psikologis dan hormonal. Perubahan ini dapat memicu adanya depresi dengan implikasi serius bagi ibu dan bayi (Gelaye et al., 2016). Berdasarkan survei dan studi di berbagai negara, yaitu sekitar 23%-50% ibu hamil berisiko mengalami gangguan psikologis, diantaranya adalah gangguan depresi (Fauzy & Fourianalisyawati, 2016). Satu dari setiap 7 hingga 10 wanita hamil dan 1 dari setiap 5 hingga 8 wanita postpartum mengalami gangguan depresi, yaitu lebih dari setengah juta wanita setiap tahun. Tingkat rata-

rata depresi selama periode perinatal adalah 11,5% (Van Niel & Payne, 2020).

Risiko depresi prenatal meningkat secara signifikan seiring dengan lamanya kehamilan dan gejala depresi yang signifikan secara klinis umum terjadi pada trimester pertengahan dan akhir. Tingkat prevalensi depresi prenatal berbeda antara negara berpenghasilan tinggi, menengah dan rendah. Studi dari berbagai negara di seluruh dunia menunjukkan tingkat prevalensi mulai dari 4% hingga 81%. Tingkat prevalensi dilaporkan lebih rendah di negara-negara berpenghasilan tinggi seperti Australia 7%, Hong Kong 4,4%, Finlandia 7,7%, dan lebih tinggi di banyak negara berpenghasilan rendah seperti Pakistan 64,6%, Bangladesh 18%, Nigeria 24,5%, dan Etiopia 24,94% (Gelaye et al., 2016). Sementara itu, prevalensi depresi prenatal pada wanita Indonesia adalah 12,5%, sedangkan depresi postnatal pada wanita pada enam minggu dan enam bulan setelah melahirkan masing-masing sebesar 6,6% dan 8,2% (Pratiwi & Glover, 2019).

Prevalensi depresi postnatal berkisar antara 7 hingga 15% di negara-negara berpenghasilan tinggi, dan 19 hingga 25% di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Khususnya, prevalensi depresi postpartum di antara wanita yang tinggal di negara berpenghasilan tinggi dilaporkan sekitar 10% dan 20% untuk wanita berpenghasilan menengah. Tingginya prevalensi depresi perinatal dipengaruhi oleh sejumlah faktor risiko termasuk peningkatan gejala somatik, paparan kekerasan pasangan, kurangnya dukungan sosial,

kehamilan yang tidak diinginkan dan tingginya tingkat kekambuhan depresi selama periode perinatal (Gelaye et al., 2016).

2.2.3 Patofisiologi

Patofisiologi dari depresi perinatal saat ini belum diketahui secara pasti, tetapi telah dikemukakan bahwa faktor genetik, hormonal, fisiologis, lingkungan, dan sosial berperan dalam perkembangan depresi perinatal (Meltzer, 2011). Berikut beberapa teori tentang jalur patofisiologi depresi perinatal:

1. Sumbu HPA :

Hypothalamic-pituitary-adrenal atau *HPA axis* diketahui terlibat dalam proses depresi postpartum. Hal ini terjadi karena HPA Axis melepaskan kortisol pada saat trauma dan stres dan jika HPA Axis tidak dapat berfungsi sepenuhnya atau responnya buruk maka akan menyebabkan penurunan kadar katekolamin dan akan mempengaruhi respon *stress*. Selain itu *HPA releasing hormones* meningkat selama kehamilan dan tetap tinggi hingga 12 minggu postpartum. Hal ini cukup untuk menjelaskan mengapa depresi merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada kehamilan (Meltzer, 2011).

2. Hormon Reproduksi :

1. Masa Nifas

Selama masa nifas terjadi perubahan yakni penurunan yang cepat pada hormon reproduksi, dalam hal ini adalah estradiol dan progesteron yang

perubahannya dipicu dengan dilahirkannya plasenta. Perubahan ini dapat menjadi stressor potensial pada beberapa wanita yang "rentan". Perubahan yang cepat ini dapat menyebabkan timbulnya gejala depresi (Sari, 2020 ; Meltzer, 2011).

2. Masa Menyusui (Masa Laktasi)

Selama periode ini ada 2 hormon yang berperan penting dalam patogenesis PPD. 2 hormon tersebut adalah prolaktin dan oksitosin. Hormon-hormon ini mengatur refleks pengeluaran susu dan sintesis ASI.

Berdasarkan studi dan observasi, kegagalan laktasi dan timbulnya PPD terjadi secara bersamaan. Hal ini dapat dilihat dari kadar oksitosin yang rendah terutama diamati pada PPD dan penyapihan dini yang tidak diinginkan (Meltzer, 2011).

3. Trimester Ketiga

Selama periode ini, tingkat oksitosin yang rendah dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi selama kehamilan dan setelah melahirkan (Meltzer, 2011).

3. Proses adaptasi

Ketika seorang ibu melahirkan maka ibu akan mengalami masa adaptasi untuk perannya yang baru. Dengan adanya peran baru tersebut, seorang ibu menjadi kekurangan waktu tidur karena harus menjaga bayinya. Kurangnya waktu

tidur ini membuat ibu menjadi kelelahan (*fatigue*) sehingga juga bisa memicu terjadinya depresi. Kurangnya waktu tidur menyebabkan hormon tidur yang dihasilkan di kelenjar pineal otak menjadi berkurang. Hormon tersebut adalah hormon melatonin. Terganggunya produksi melatonin merupakan kontributor terhadap depresi postpartum (Sharkey et al., 2014).

2.2.4 Prognosis

Prognosis merupakan ramalan tentang penyakit. Prognosis adalah istilah kesehatan untuk menggambarkan kemungkinan akibat dari suatu penyakit. Depresi perinatal dapat menimbulkan konsekuensi kesehatan yang serius bagi ibu dan keturunannya. Depresi ini juga dikaitkan dengan keterlambatan perkembangan janin, insiden yang lebih tinggi dari prematuritas dan berat badan lahir rendah, dan peningkatan tingkat komplikasi prenatal dan perinatal seperti preeklamsia, kelainan plasenta, dan aborsi spontan (Dagher et al., 2021). Anak-anak yang ibunya menderita depresi perinatal berada pada peningkatan risiko keterlambatan perkembangan yang signifikan, seperti tingkat aktivitas yang lebih rendah, ekspresi wajah yang lebih sedikit atau kurang ekspresif, tingkat perhatian yang lebih rendah, dan perubahan fisiologis yang ditandai dengan peningkatan kadar kortisol dan penurunan kadar dopamin dan serotonin. Anak dari ibu yang mengalami depresi saat hamil menunjukkan keterlambatan perkembangan pada usia 18 bulan dibandingkan dengan anak dari ibu yang tidak mengalami depresi (Muzik & Borovska, 2010).

2.2.5 Faktor risiko

Beberapa faktor terkait dengan depresi perinatal termasuk faktor sosial, psikologis, dan biologis. Faktor sosial yang meningkatkan risiko depresi perinatal meliputi kurangnya dukungan pasangan/sosial, riwayat pelecehan/kekerasan dalam rumah tangga, riwayat penyakit mental, kehamilan yang tidak diinginkan, dan komplikasi kehamilan saat ini/yang telah lalu (Hue et al., 2020). Faktor risiko depresi paska melahirkan dibagi menjadi tiga antara lain :

1. Faktor risiko sedang/ kuat, yaitu depresi atau kecemasan selama kehamilan, peristiwa tertentu dalam kehidupan ibu, dukungan sosial, dan riwayat depresi
2. Faktor risiko sedang, yaitu neurotisme dan hubungan dalam pernikahan
3. Faktor risiko kecil, yaitu status sosioekonomi dan faktor obstetric (Augustia & Dewi, 2017).

Faktor risiko depresi perinatal meliputi :

1. Riwayat gangguan depresi, bipolar, atau kecemasan
2. Riwayat keluarga dengan gangguan depresi atau gangguan perinatal
3. Kehamilan yang tidak diinginkan atau kehamilan ketika remaja
4. Kelahiran ganda
5. Kehamilan atau kelahiran yang sulit atau traumatis
6. Masalah kesehatan yang berhubungan dengan bayi

7. Kurangnya dukungan sosial dengan status sosial ekonomi rendah dan kesulitan keuangan
8. Riwayat kekerasan fisik atau seksual
9. Diagnosis gangguan penyalahgunaan zat terlarang
10. Keturunan Indian Amerika/Alaska dan Penduduk Asli Hawaii; kelompok ini memiliki insiden depresi perinatal 30% lebih tinggi (Van Niel & Payne, 2020).

Kondisi kesehatan mental perinatal lainnya seperti gangguan kecemasan, gangguan spektrum bipolar, atau psikosis postpartum juga dapat terjadi. Gangguan kecemasan perinatal sering terjadi berdampingan dengan gangguan depresi (Van Niel & Payne, 2020). 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 (Hasanah et al., 2019).

2.2.6 Tatalaksana

Wanita yang mengalami depresi yang tidak diobati selama kehamilan memiliki risiko tujuh kali lipat mengalami depresi postpartum dari wanita yang tidak memiliki gejala depresi antenatal. Oleh karena itu, pengobatan depresi antenatal penting untuk pencegahan depresi postpartum (Sari, 2020). Penanganan depresi sangat penting untuk dilakukan karena gejalanya akan memperparah kondisi fisiknya, menambah penarikan/isolasi diri, tidak patuh pengobatan dan keputusan serta kematian dini. Perawatan andalan

untuk pengobatan depresi adalah dengan menggunakan antidepresan dan psikoterapi khusus depresi seperti terapi kognitif dan terapi interpersonal (Nareswati, 2021).

1. Farmakologis

Pasien yang telah didiagnosis dengan gangguan depresi perinatal atau postpartum, diberikan pengobatan dengan antidepresan. Mekanisme utama dari antidepresan adalah meningkatkan konsentrasi monoamin. Selain itu, antidepresan juga meningkatkan reseptor glukokortikoid, meningkatkan sintesis allopregnanolone, meningkatkan kadar Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), mempunyai efek anti-inflamasi dan efek antioksidan. Pemberian *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRIs) diberikan karena golongan obat tersebut mempunyai risiko efek toksik yang rendah. Golongan obat lainnya yang digunakan pada pasien depresi perinatal adalah *tricyclic antidepressant* (TCAs). Jenis obat ini dapat menghalangi *re-uptake* berbagai neurotransmitter termasuk serotonin dan norepinephrine pada membran neuronal (Nareswati, 2021).

2. Psikoterapi

Dalam satu penelitian observasional kecil yang melibatkan 78 wanita yang menerima diagnosis depresi pada trimester pertama kehamilan, depresi postpartum tidak terjadi pada semua wanita yang mengalami depresi diobati dengan psikoterapi, dibandingkan dengan 92% wanita dengan depresi

yang tidak diobati. Intervensi suportif dan psikologis lebih efektif ketika dilakukan setelah melahirkan dibandingkan saat mereka diinisiasi selama kehamilan (Sari, 2020). Perawatan psikoterapi biasanya diindikasikan untuk manajemen pasien dengan depresi minor dan depresi mayor dengan episode ringan sampai sedang. Kombinasi antidepresan dan intervensi psikoterapi mungkin menjadi pilihan pengobatan awal yang bagus untuk pasien dengan stresor psikososial, konflik intrapsikis, masalah interpersonal, atau gangguan aksis II komorbid bersama dengan gangguan depresi mayor sedang hingga berat (Nareswati, 2021).

2.2.7 Pengukuran

Evaluasi wanita dengan kemungkinan depresi postpartum membutuhkan anamnesis yang cermat untuk memastikan diagnosis, mengidentifikasi apakah ada gangguan lainnya, dan mengelola masalah medis dan psikososial yang berkontribusi didalamnya. Kriteria yang digunakan dalam skrining penegakkan diagnosis depresi postnatal dapat digunakan beberapa instrumen antara lain :

1. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EDPS)

American College of Obstetricians dan Gynecologists (ACOG) merekomendasikan bahwa tenaga kesehatan memeriksa pasien setidaknya sekali selama periode perinatal untuk depresi dan gejala kecemasan menggunakan alat standar yang sudah divalidasi. Pada periode postpartum, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) telah menjadi skala yang

paling banyak digunakan untuk mengidentifikasi depresi perinatal (Desiana & Tarsikah, 2021). EDPS adalah instrumen pengukuran yang awalnya dibentuk untuk mendeteksi dini depresi postpartum, instrumen ini disusun oleh Cox et al pada tahun 1987. Instrumen ini berupa kuesioner dengan 10 pertanyaan yang mudah dijalankan, dan merupakan alat skrining yang efektif dan spesifik untuk skrining depresi postpartum. Tidak hanya digunakan untuk skrining depresi postpartum, EPDS juga sudah banyak digunakan dan terbukti valid dan reliabel dalam skrining depresi antenatal (Cox et al, 1987 ; Gelaye et al, 2016).

EPDS memiliki 10 pertanyaan yang masing-masing pertanyaan memiliki nilai 0-3, dengan skor total maksimal 30 poin. Responden akan memeriksa salah satu dari empat kemungkinan jawaban yang paling dekat dengan apa yang dirasakan selama seminggu terakhir (Sari, 2020).

Setiap pertanyaan ditulis dalam bentuk lampau, termasuk pertanyaan yang berhubungan dengan perasaan ibu selama 7 hari sebelumnya dan merujuk kepada *depressive mood*, *anhedonia*, perasaan bersalah, kecemasan, dan keinginan untuk bunuh diri. Satu tantangan dari skala ini adalah tidak mengikutkan beberapa gejala somatik umumnya seperti insomnia dan gangguan makan, yang mungkin muncul secara alami pada wanita postpartum, tetapi hanya satu pertanyaan yang mengarah ke gejala somatik dan berhubungan dengan

mood, yaitu “Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga saya mengalami kesulitan untuk tidur”. Satu kekurangan dari skala ini antara lain tidak mencakup simptom somatik seperti insomnia dan perubahan selera makan, yang umum terjadi pada wanita postpartum (Stewart et al., 2003).

EPDS berisi pertanyaan tentang gejala, yang meliputi:

1. Ketidakmampuan untuk tertawa
2. Ketidakmampuan untuk menantikan hal-hal dengan kesenangan
3. Menyalahkan diri sendiri secara tidak perlu
4. Merasa cemas atau khawatir
5. Merasa takut atau panik
6. Merasa tidak mampu menangani sesuatu
7. Gangguan tidur
8. Merasa sengsara
9. Menangis
10. Berpikiran membahayakan diri sendiri (Pratiwi & Glover, 2019).

Skor total ditemukan dengan menjumlahkan skor untuk masing-masing dari 10 item. Ibu dengan skor di atas 12 atau 13 kemungkinan besar menderita depresi dan harus mencari perhatian medis. Pada umumnya, perempuan yang mendapatkan hasil EPDS antara 5-9 dengan gejala depresi tanpa ide bunuh diri harus dievaluasi kembali 2-4 minggu setelah tes dilakukan. Skor EPDS telah dibandingkan dengan

Research Diagnostic Criteria (RDC) yang diperoleh dari *Standard Psychiatric Interview* (SPI), dan memiliki sensitifitas 86%, spesifisitas 78% dan nilai prediksi positif 73%. Penelitian lain yang membandingkan EPDS dengan *Beck Depression Inventory* (BDI), sensitifitas EPDS berkisar 95% dan spesifisitas 93% (Grinspun, 2005 ; Stewart et al, 2003).

Kuesioner EPDS masih belum tersedia validasi dalam Bahasa Indonesia, namun sudah banyak sekali peneliti yang menggunakan instrumen ini dengan menerjemahhkan, melakukan uji validitas serta uji reliabilitas sendiri. Salah satunya adalah Paramita et al pada tahun 2020 dalam penelitian berjudul “Edinburgh Postpartum Depression Scale : Psychometric Evaluation of the Indonesian Version”. Uji validitas item dilakukan menggunakan *Content Validity Index* (CVI) dan menunjukkan hasil sebesar 1,00 yang berarti 100% item memiliki content yang valid. Dan uji reliabilitas dilakukan menggunakan metode *Cronbach's Alpha* dengan hasil $r = 0,706$, yang menunjukkan bahwa instrumen ini reliabel (Paramita et al, 2020).

2. *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) adalah kuesioner yang sepenuhnya dapat diisi dan diselesaikan secara mandiri oleh pasien yang merupakan versi lain dari *PRIME-MD* instrumen diagnosis untuk *common mental disorder* (Kroenke et al, 2001). Karena dapat diisi secara mandiri oleh pasien,

klinisi hanya perlu memeriksa kuesioner yang sudah terisi, memverifikasi respon yang positif dan melakukan analisis/perhitungan untuk menegakkan diagnosis (Spitzer et al, 1999). PHQ-9 memiliki 9 item pertanyaan yang termasuk dalam modul depresi. 9 item pertanyaan ini adalah 9 kriteria depresi yang sesuai dengan DSM-V. Tiap kriteria nya diberi skor 0-3 :

0 : “*Not at all*”

1 : “*Several days*”

2 : “*More than half the days*”

3 : “*Nearly every day*”

Untuk mendiagnosis depresi berat, diperlukan 5 atau lebih dari 9 kriteria gejala depresi, yang mana sudah muncul setidaknya “*More than half the days*” dalam 2 minggu terakhir, dan salah satu gejalanya adalah *depressed mood* atau *anhedonia*. Sedangkan untuk mendiagnosis depresi lainnya, diperlukan 2, 3, atau 4 gejala depresi yang mana sudah muncul setidaknya “*More than half the days*” dalam 2 minggu terakhir, dan salah satu gejalanya adalah *depressed mood* atau *anhedonia*. Dan salah satu item dari 9 item kriteria, yakni item “*Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way*” akan diperhitungkan jika ada, terlepas dari durasinya (Kroenke et al, 2001).

Layaknya pada kuesioner *PRIME-MD* yang asli, sebelum membuat diagnosis akhir, klinisi diharapkan untuk

menyingkirkan penyebab fisik dari depresi, riwayat berduka dan riwayat episode manik (Kroenke et al, 2001). Sebuah item juga ditambahkan di bagian akhir diagnostik PHQ-9. Item ini menanyakan apakah pasien memiliki masalah dan apakah masalah tsb mempengaruhi pasien dalam melakukan pekerjaan, berkegiatan di rumah atau bergaul dengan orang lain (Kroenke et al, 2001).

Sebagai alat pengukur keparahan dari depresi, PHQ-9 memiliki total skor berkisar dari 0-27, dengan rincian tiap item nya diberi skor 0-3. Berikut adalah interpretasi dari total skor kuesioner PHQ-9 :

1. 1-4 : *Minimal Depression*
2. 5-9 : *Mild Depression*
3. 10-14 : *Moderate Depression*
4. 15-19 : *Moderately Severe Depression*
5. 20-27 : *Severe Depression* (Spitzer et al, 1999).

Kuesioner PHQ-9 telah di uji banding menggunakan MHP *re-interview* dengan 580 pasien sebagai sampel dan menunjukkan skor PHQ-9 yang >10 memiliki hasil sensitivitas sebesar 88% dan spesifisitas sebesar 88% untuk depresi mayor. Untuk skor PHQ-9 senilai 5, 10, 15, dan 20 mewakili depresi ringan, sedang, sedang berat dan juga depresi berat yang mana sesuai dengan hasil uji pada 6000 sampel di 8 klinik perawatan primer dan 7 klinik obstetri-ginekologi. Dan dapat disimpulkan bahwa kuesioner PHQ-9 *reliable* dan valid untuk mengukur

keparahan depresi, dan juga berguna sebagai alat uji klinis dan dalam penelitian. (Kroenke et al 2001)

3. *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)*

SADS terdiri dari beberapa pertanyaan terbuka yang berkaitan dengan gejala depresi perinatal. Terdapat 11 gejala depresif (tujuh somatik dan empat afektif kognitif) dalam delapan kategori yaitu gangguan makan, gangguan tidur, kelelahan, kurang semangat, perasaan bersalah, gangguan konsentrasi, keinginan bunuh diri, dan gangguan motorik. Setiap gejala tersebut diberi skor 1-6 oleh pemeriksa dengan skor minimal 3 (ringan) pada setiap gejalanya. Gejala tersebut harus minimal terjadi selama 2 minggu (Sari, 2020).

2.2 Situasi Hidup

Situasi menurut KBBI adalah kedudukan dan keadaan, sedangkan hidup adalah yang masih terus ada, bergerak, dan bekerja sebagaimana mestinya (tentang manusia, binatang, tumbuhan, dan sebagainya) (KBBI, 2021). Jadi bisa dikatakan situasi hidup adalah keadaan dan kedudukan dimana manusia ada, bergerak dan bekerja sebagaimana mestinya. Situasi hidup seorang individu dapat ditinjau dari kondisi sosial, ekonomi, dan lingkungannya. Dalam penelitian ini situasi hidup seorang individu akan ditinjau berdasarkan kondisi sosial dan ekonomi.

Menurut Dalyono (2005) pada Basrowi dan Juariyah (2010), kondisi sosial adalah semua manusia atau individu lain yang mempengaruhi kita (Basrowi & Juariyah, 2010). Yang mana menunjukkan bahwa individu lain atau masyarakat pada suatu lingkungan dapat mempengaruhi kondisi sosial

yang berada di lingkungan tersebut. Sedangkan menurut Linton (2000) dalam Basrowi dan Juariyah (2010), kondisi sosial masyarakat memiliki 5 indikator, yakni :

1. Umur dan jenis kelamin
2. Pekerjaan
3. *Prestige*
4. Famili atau kelompok rumah tangga
5. Keanggotaan dalam kelompok perserikatan (Basrowi & Juariyah, 2010)

Sedangkan kondisi ekonomi menurut Sumardi dan Evers (2001) pada Basrowi dan Juariyah (2010) adalah suatu kedudukan yang secara rasional menetapkan individu pada posisi tertentu dalam masyarakat. Namun, penetapan posisi ini disertai juga dengan hak dan kewajiban yang harus dipertanggung jawabkan oleh si pembawa status. Kondisi ekonomi seorang individu memiliki statusnya tersendiri, status ekonomi seorang individu dapat diukur dengan 3 indikator ini menurut Abdulsyani (2012) dalam Ramadhanti et al (2016) :

1. Tingkat Pendidikan
2. Tingkat Pendapatan
3. Tingkat Pekerjaan

Penilaian situasi hidup dalam penelitian ini akan merujuk pada indikator sosial oleh Linton dan indikator status ekonomi oleh Abdulsyani, yakni poin famili atau kelompok rumah tangga, tingkat pendidikan, pendapatan serta pekerjaan. Famili atau kelompok rumah tangga yang dimaksud adalah keberadaan anggota keluarga dalam 1 rumah tangga.

Keluarga sendiri dapat terdiri dari ayah, ibu, anak dan anggota keluarga lainnya. Sedangkan menurut Badan Pusat Statistik, dalam 1 rumah tangga bisa juga terdapat didalamnya yang bukan termasuk anggota keluarga, yakni seorang individu atau sekelompok individu yang tinggal dalam 1 bangunan yang sama dan mengurus kegiatan sehari-hari secara bersama-sama (Badan Pusat Statistik, 2021).

2.3 Dukungan Sosial

Depresi yang dialami ibu hamil dapat ditularkan kepada bayi melalui proses biokimia. Kondisi depresi ibu hamil akan meningkatkan hormon stres dan aktivitas otak janin sehingga ketika dilahirkan bayi akan menunjukkan gejala depresi seperti tidur gelisah dan menolak minum. Oleh karena itu, kewaspadaan perempuan hamil dalam menjaga kesehatan dan stabilitas emosi sangat diperlukan selama masa kehamilan. Salah satu faktor yang diharapkan dapat memberikan sumbangan dalam masa penyesuaian adalah dukungan sosial.

Dukungan sosial menurut House dan Khan dalam Apollo & Cahyadi, 2012 adalah tindakan yang bersifat membantu yang melibatkan emosi, pemberian informasi, bantuan instrumen, dan penilaian positif pada individu dalam menghadapi permasalahannya (Apollo & Cahyadi, 2012). Dukungan sosial secara umum menimbulkan pengaruh positif bagi kesejahteraan fisik maupun psikis dan secara khusus mempengaruhi kesehatan selama masa kehamilan. Dukungan sosial dapat meningkatkan rasa sejahtera, kontrol personal, perasaan yang positif, serta membantu perempuan hamil mempersepsi perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan dengan tingkat stres yang lebih rendah (Astuti et al., 2000).

Dukungan sosial terutama dari suami dan orang terdekat seperti keluarga dapat meningkatkan kesejahteraan emosi ibu, dan mengurangi ancaman morbiditas psikologis pada periode pascanatal. Dukungan suami dapat menjadi salah satu alasan terjadinya depresi postpartum. Hal ini dikarenakan suami merupakan orang terdekat yang bertanggung jawab atas timbulnya rasa nyaman, aman, rasa dihormati, rasa berharga, dibutuhkan, kuat, dan semangat untuk menyelesaikan kehamilan dan persalinan dengan baik dan penuh kebahagiaan. Akibatnya ibu mampu beradaptasi dengan perubahan emosi dan terhindar dari perasaan depresi (Fairus & Widiyanti, 2014).

Dalam studi oleh Lindayani pada tahun 2019 membagi antara variabel dukungan keluarga dan jenis keluarga yang dimaksud ialah jenis keluarga yang tinggal bersama. Kelompok responden dengan dukungan keluarga baik sebanyak 18% mengalami depresi postpartum dan 100% responden dari kelompok dukungan keluarga kurang mengalami depresi postpartum. Sementara itu, dari kelompok responden yang tinggal dengan keluarga inti kecil kemungkinan mengalami depresi postpartum sedangkan dari kelompok responden yang tinggal dengan keluarga besar sebanyak sekitar 39% diantaranya mengalami depresi postpartum (Lindayani & Marhaeni, 2019).

Variabel dukungan sosial didalamnya dibagi menjadi 2 poin yakni apakah responden tinggal bersama pasangan dan keberadaan kerabat di rumah. Responden yang tinggal bersama pasangan lebih kecil kemungkinan untuk mengalami depresi postpartum daripada responden yang tidak tinggal bersama pasangan. Untuk poin keberadaan kerabat dibagi menjadi tidak ada atau hanya tinggal bersama keluarga inti, orang tua, mertua, saudara lainnya dan bukan saudara/kerabat. Dari data penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa

responen yang tinggal dengan orangtua dan kerabat memiliki kemungkinan kecil untuk mengalami depresi, sedangkan responden yang tinggal bersama mertua dan dengan saudara lainnya memiliki kemungkinan besar untuk mengalami depresi (Wurisastuti & Mubasyiroh, 2020).

2.4.1. Bentuk Dukungan Sosial

Terdapat empat bentuk-bentuk dukungan sosial yang dapat diterima seseorang, yaitu

1. *Emotional or esteem support (Dukungan Emosi)*

Dukungan emosi yang diberikan dapat berupa empati, kepedulian, perhatian, penghargaan, dan memberikan semangat kepada individu yang bersangkutan.

2. *Tangible or instrumental support (Dukungan instrumental)*

Dukungan instrumental dapat berupa bantuan langsung seperti bantuan materi, finansial atau hal-hal yang secara nyata dibutuhkan.

3. *Informational support (Dukungan informasi)*

Dukungan informasi yang diberikan bisa berupa pemberian nasehat, instruksi, saran, arahan, masukan, atau pemberian informasi mengenai hal-hal yang dibutuhkan individu.

4. *Companionship support (Dukungan pertemanan)*

Dukungan ini mengacu pada kesediaan orang lain untuk memberikan waktunya kepada individu yang bersangkutan, menciptakan suasana saling memiliki, sehingga individu merasa dirinya diterima dalam suatu kelompok.

5. *Reward support* (Dukungan penghargaan)

Dukungan ini mengacu pada penghargaan orang lain atas ide-ide atau performa individu sehingga dia merasa mampu dan dihargai oleh orang lain (Ko et al., 2013).

2.4.2. Pengukuran Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang diukur biasanya bersifat perseptual, artinya dukungan sosial bergantung pada persepsi dari orang yang menerima dukungan sosial tersebut. Dukungan sosial terbagi menjadi dua dimensi, yakni *perceived availability of social support*, yaitu persepsi individu akan tersedianya individu lain dalam jumlah yang memadai pada saat individu membutuhkan, serta *satisfaction of social support*, yaitu derajat kepuasan individu terhadap dukungan sosial yang tersedia. Untuk mengukur dukungan sosial, dapat menggunakan beberapa alat ukur, diantaranya adalah *Social Support Questionnaire-Shortened Version* (SSQ-S) dan *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), dan *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL).

1. *Social Support Questionnaire-Shortened Version* (SSQ-S)

Untuk mengukur dukungan sosial pada ibu dengan depresi perinatal, SSQ-S memiliki 6 item. kuesioner disusun berdasarkan skala likert dengan alternatif enam pilihan, mulai dari 1 sampai 6 (1= Sangat tidak puas, 2= Tak puas, 3= agak tak puas, 4= Agak puas, 5= Puas, dan 6= Sangat Puas). Dengan hasil ukur setelah uji normalitas maka $> \text{mean}$ adalah

mendukung , dan < mean tidak mendukung. Internal reliabilitas untuk SSQ diantara 0,97 sampai 0,98 untuk *Number/Perceive* dan antara 0,96 sampai 0,97 untuk *Statisfication* (Ariyanto & Damaiyanti, 2019).

2. *Multidimesional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS)

Multidimesional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) merupakan instrumen yang pertama kali dikembangkan oleh Zimet, Dahlem, Zimet, dan Farley untuk mengukur persepsi tentang dukungan sosial. Alat ukur ini digunakan sesuai dengan sumber-sumber yang akan peneliti teliti, yakni keluarga (*family*), teman (*friends*) dan orang penting lainnya (*significant other*) yang terdiri dari tiga dimensi dan 12 item dengan menggunakan skala likert tujuh pilihan alternatif jawaban dari (1) sangat sangat tidak setuju sampai (7) sangat sangat setuju. Adapun indikator dari dukungan keluarga yaitu merasa nyaman bersama keluarga dan bantuan dari keluarga. Indikator dari dukungan teman yaitu perasaan nyaman bersama teman, mendapat bantuan ketika kesulitan dari teman. Indikator dari *significant others* adalah perasaan nyaman bersama atasan, mendapat saran dari atasan, dan bantuan dari atasan. Sumber dukungan dapat berubah-ubah tergantung pada kebutuhan individu dan situasi yang

dialami individu. Diketahui bahwa hasil yang berbeda pada perilaku individu tergantung pada sumber dukungan yang dirasakan (Aliyah & Kusdiyati, 2021).

Reliabilitas pada MSPSS dengan melihat reliabilitas internal dilihat dari koefisien *Cronbach's alpha* sebesar 0,91, 0,87, dan 0,85 pada subskala *significant other*, keluarga, dan teman. Berdasarkan *test-retest reliability*, didapatkan hasil sebesar 0,72, 0,85, dan 0,75 pada subskala *significant other*, keluarga, dan teman. Secara keseluruhan, MSPSS memiliki reliabilitas sebesar 0,85 (Oktarina et al., 2021).

3. *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur dukungan sosial dapat menggunakan *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)* yang dikemukakan oleh Cohen et al (1983). Alat ukur ini terdiri dari 40 butir soal dengan 4 subskala berbeda yang dirancang untuk mengukur 4 dimensi dukungan sosial yang dirasakan.

Dimensi tersebut adalah :

1. *Appraisal Support*
2. *Belonging Support*
3. *Tangible Support*
4. *Self-Esteem Support*

Setiap dimensi diukur dengan 4 item pada skala 4 poin mulai dari "Pasti Benar" hingga "Pasti Salah".

ISEL sangat berkorelasi dengan pengukuran tindakan dukungan lainnya. Alat ukur ini secara umum menunjukkan inti dukungan sosial yang efektif, bukan pada fungsi spesifik tertentu. Hal ini karena tidak ada atribut unik yang mengukur khusus ke suatu kelompok atau suatu perilaku. (Cohen et al., 1983). Alat ukur ISEL yang telah diadaptasi di Indonesia memiliki nilai realibilitas $r = 0,881$ (Herdiyanto & Surjaningrum, 2014).

4. *Interpersonal Support Evaluation List Short-Version* (ISEL-12)

ISEL-12 adalah versi pendek dari *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) 40 item oleh Cohen dan Hoberman pada tahun 1983 (Cohen et al, 1985). Pada ISEL 40 item mengukur 4 jenis subskala dukungan sosial, sedangkan ISEL-12 hanya mengukur 3 jenis subskala dukungan sosial, yakni :

1. *Appraisal Support*
2. *Belonging Support*
3. *Tangible Support*

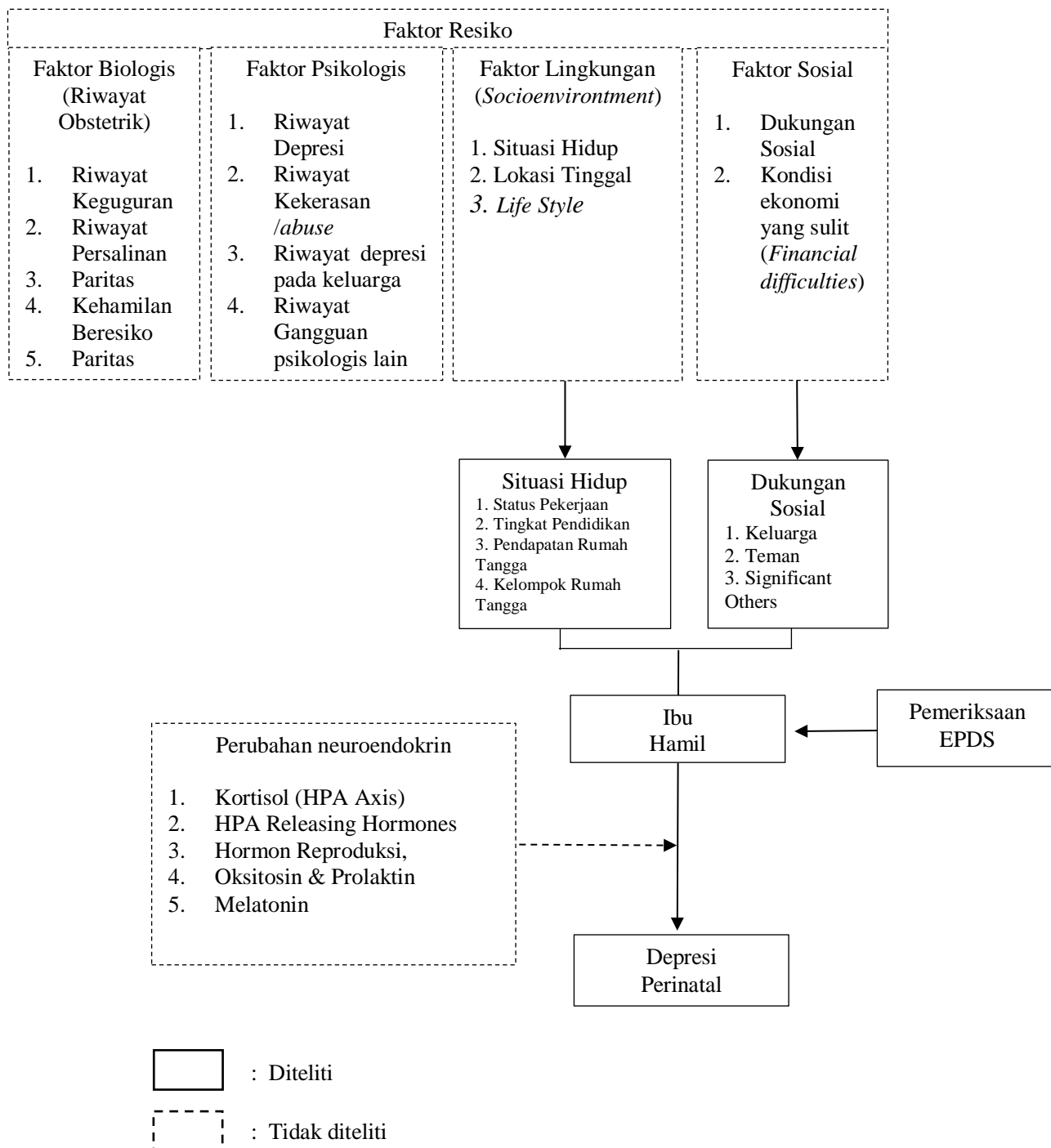
ISEL-12 berisi 4 item tiap subskalanya. Tiap item yang diambil memiliki konsentrasi tertinggi diantara 10 item pada ISEL versi asli. Setiap item diukur dengan 4 poin pada skala. 4 poin mulai dari "Pasti Benar" hingga "Pasti Salah" (Cohen et al, 1985).

Untuk menghitung hasil, pertama dilakukan perhitungan skor subskala dengan menjumlahkan semua poin tiap item. Untuk item yang memiliki tanda khusus, diberi poin skor secara terbalik. Setelah itu menjumlahkan hasil skor subskala, ada 3 subskala pada ISEL 12, yang mana hasil penjumlahan 3 skor subskala inilah yang menjadi total skor ISEL. Hasil dari pengukuran ISEL-12 secara umum menunjukkan inti dukungan sosial yang efektif, bukan pada fungsi spesifik tertentu. Realibilitas ISEL-12 memiliki nilai $r=0,88-0,90$ (Cohen et al, 1985).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Keterangan:

Beberapa faktor terkait dengan depresi perinatal yaitu faktor psikologis, biologis, genetik, sosial, lingkungan. Faktor sosial salah satunya yaitu dukungan sosial dari jaringan sosial untuk membantu seorang individu mengatasi stress. Jaringan sosial yang dimiliki seorang wanita hamil dan postpartum diantaranya yaitu pasangan, keluarga, teman, bidan, dan dokter yang merupakan sumber dukungan yang paling penting (Skurzak *et al*, 2015). Tingkat dukungan sosial berhubungan pula dengan tingkat risiko depresi (Armini *et al*, 2017). Selain meneliti faktor sosial khususnya dukungan sosial, pada penelitian ini juga meneliti faktor lingkungan khususnya mengenai bersama siapa seorang individu objek penelitian ini tinggal dan selanjutnya akan disebut dengan situasi hidup.

Masa perinatal berkaitan dengan kecemasan dan stres karena kekhawatiran wanita tentang perkembangan bayi mereka, persalinan dan kelahiran, masalah keuangan, dan pengasuhan anak (Hether *et al*, 2016). Perubahan-perubahan lain selama masa kehamilan juga berpengaruh, dan diperlukan proses adaptasi didalamnya. Selain itu, terdapat faktor-faktor lain yang memengaruhi terjadinya kegagalan proses adaptasi yang mana dapat memicu munculnya episode depresi pada masa perinatal. Episode depresi pada masa perinatal dikenal sebagai depresi perinatal. Depresi perinatal adalah episode depresi yang onset terjadinya adalah selama masa kehamilan (depresi prenatal/antenatal) dan 4 minggu pertama hingga 1 tahun pertama postpartum (depresi postpartum), atau keduanya (Van Niel & Payne, 2020).

Salah satu faktor yang dapat memicu munculnya depresi perinatal adalah perubahan neuroendokrin. HPA *axis* memiliki fungsi ekskresi kortisol, dapat menyebabkan penurunan kadar katekolamin yang mempengaruhi respon stress apabila fungsinya mengalami gangguan atau mengalami penurunan respon. HPA

releasing hormone yang memiliki kadar tinggi selama masa kehamilan dan postpartum juga disebut sebagai alasan mengapa depresi menjadi salah satu komplikasi yang banyak ditemui dalam masa kehamilan. Selain itu hormon lain yang terlibat adalah estradiol dan progesterone, oksitosin dan prolaktin, dan juga melatonin (Meltzer, 2011)

Selanjutnya pada objek penelitian yaitu ibu hamil dilakukan pemeriksaan tingkat resiko depresi. Pemeriksaan menggunakan kuesioner EPDS dilakukan untuk mengetahui objek penelitian beresiko mengalami depresi perinatal atau tidak dengan kaitannya terhadap situasi hidup dan dukungan sosial yang ada.

3.2 Hipotesis

Terdapat hubungan antara risiko depresi perinatal dengan situasi hidup dan dukungan sosial pada ibu hamil.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik menggunakan pendekatan *cross-sectional*.

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil di Kecamatan Balongbendo, Sidoarjo.

4.2.2 Sampel

Penelitian ini menggunakan sampel ibu hamil di Kecamatan Balongbendo, Sidoarjo yang terpilih sesuai dengan kriteria inklusi.

4.2.2.1 Kriteria Inklusi

1. Pendidikan terakhir minimal SMA
2. Menikah
3. Bersedia berpartisipasi dalam penelitian secara sukarela
4. Mampu memahami dan berbahasa Indonesia dengan baik

4.2.3 Besar Sampel

Besar sampling pada penelitian ini diambil menggunakan rumus slovin. Berikut ini merupakan adalah jumlah sampel yang akan digunakan pada penelitian ini :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{1290}{1 + 1290 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{1290}{1 + 1290 (0,01)}$$

$$n = \frac{1290}{1 + 12,9}$$

$$n = \frac{1290}{13,9}$$

$$n = 92,8 = 93$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel yang diperlukan

N = Jumlah populasi keseluruhan ibu hamil (1290)

e = Tingkat kesalahan / error yang dapat ditoleransi adalah 10%

Berdasarkan rumus diatas, dengan nilai jumlah populasi ibu hamil 1290 diperoleh besar sampel adalah 93 sampel.

4.2.4 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*. Yaitu pemilihan sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Dependen

Variabel dependen dari penelitian ini adalah risiko depresi perinatal

4.3.2 Variabel Independen

Variabel independen dari penelitian ini adalah situasi hidup dan dukungan sosial

4.4 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 4.4 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Instrumen Penelitian	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Depresi Perinatal	Depresi perinatal adalah episode depresi yang onset terjadinya adalah selama masa kehamilan (depresi prenatal) dan 4 minggu pertama sampai dengan 1 tahun postpartum (depresi postpartum), atau keduanya (APA, 2013)	Melakukan pengisian kuesioner <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) yang mengukur risiko depresi perinatal. Berisi 10 item pertanyaan dengan jawaban berupa skala 0-3	Kuesioner <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS)	<ul style="list-style-type: none"> ● ≤ 12 : Tidak Berisiko Depresi ● ≥ 12 : Berisiko Depresi 	Nominal
2.	Situasi Hidup	<p>Situasi hidup adalah keadaan hidup berdasarkan pada kondisi sosial dan ekonomi. Diukur berdasarkan indikator sosial Linton (dan indikator ekonomi oleh Abdulsyani, yaitu :</p> <p>1. Status Pekerjaan Responden : Apakah responden bekerja atau tidak</p> <p>2. Tingkat Pendidikan Terakhir</p>	Melakukan pengisian kuesioner data dasar responden	Kuesioner data dasar responden	<p>1. Status Pekerjaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bekerja ● Tidak Bekerja <p>2. Tingkat Pendidikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● SMA/ SLTA ● Diploma ● S1 <p>3. Tingkat Pendapatan Rumah Tangga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● $< \text{UMK}$ ● $\geq \text{UMK}$ <p>4. Kelompok Rumah Tangga : A. Tinggal</p>	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>

		<p>Responden :</p> <p>Tingkat pendidikan terakhir responden</p> <p>3. Tingkat Pendapatan Rumah Tangga :</p> <p>Pendapatan suami-istri dalam 1 bulan.</p> <p>4. Kelompok Rumah Tangga :</p> <p>Orang lain yang hidup di bangunan yang sama dan melakukan kegiatan sehari-hari secara bersama-sama. (Keluarga, pasangan, kerabat, dan orang lain)</p>			<p>bersama pasangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Iya ● Tidak <p>B. Keberadaan Kerabat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tidak Ada ● Orang Tua ● Mertua ● Kerabat Lain ● Bukan Kerabat 	
3.	Dukungan Sosial	<p>Dukungan sosial adalah tindakan yang bersifat membantu yang melibatkan emosi, pemberian informasi, bantuan instrumen, dan penilaian positif pada individu dalam menghadapi permasalahannya (Apollo & Cahyadi, 2012)</p>	<p>Melakukan pengisian kuesioner <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS) yang mengukur dukungan sosial yang diterima seorang individu, kuesioner ini berisi 12 item yang tiap itemnya memiliki jawaban berupa skala likert antara 1-7</p>	<p>Kuesioner <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i> (MSPSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● \leqMean : Kurang ● \geqMean : Baik 	Nominal

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner EPDS untuk mengukur risiko depresi perinatal dan kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) digunakan untuk mengukur dukungan sosial yang diterima oleh responden. Kuesioner EPDS berisi 10 item pertanyaan dan menggunakan skala angka 0-3 dalam mengukur jawabannya. Sedangkan kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) memiliki 12 item pertanyaan yang tiap item pertanyaannya memiliki jawaban berupa skala likert 1-7.

4.5.1 Hasil Uji Validitas

Uji validitas pada kali ini dilakukan untuk menguji kemampuan instrumen dalam melakukan pengukuran suatu variabel penelitian. Pada kali ini uji validitas akan dianalisis menggunakan nilai korelasi *pearson*. Penelitian ini menggunakan taraf signifikan 5%, sehingga jika didapatkan hasil $p\text{-value} < 0,05$ ataupun nilai $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ artinya data penelitian yang diperoleh sudah valid digunakan. Nilai r_{tabel} diperoleh dari tabel r dengan derajat bebas atau $df = N-2$ ($39-2$) = 37 sehingga $r\text{-tabel} = 0,316$. Hasil uji validitas pada penelitian ini dapat ditunjukkan pada tabel berikut ini.

Tabel 4.5.1.1 Hasil Uji Validitas Variabel X

X	r hitung	r tabel	P-value	Ket
1. Ada orang spesial di dekat saya saat saya butuh	0,733	0,316	0,000	Valid
2. Ada orang spesial yang dengannya saya bisa berbagi suka dan duka	0,637	0,316	0,000	Valid
3. Keluarga saya benar-benar berusaha untuk membantu saya	0,640	0,316	0,000	Valid
4. Saya mendapatkan bantuan dan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga	0,649	0,316	0,000	Valid

X	r hitung	r tabel	P-value	Ket
saya				
5. Saya memiliki seseorang yang spesial yang merupakan sumber kenyamanan bagi saya	0,716	0,316	0,000	Valid
6. Teman-teman saya benar-benar berusaha membantu saya	0,683	0,316	0,000	Valid
7. Saya bisa mengandalkan teman-teman saya ketika ada masalah	0,761	0,316	0,000	Valid
8. Saya bisa membicarakan masalah saya dengan keluarga saya	0,542	0,316	0,000	Valid
9. Saya memiliki teman untuk berbagi suka dan duka	0,731	0,316	0,000	Valid
10. Ada orang spesial dalam hidup saya yang peduli dengan perasaan saya	0,681	0,316	0,000	Valid
11. Keluarga saya bersedia membantu saya mengambil keputusan	0,734	0,316	0,000	Valid
12. Saya bisa membicarakan masalah saya dengan teman-teman saya	0,599	0,316	0,000	Valid

Sumber: Hasil Olahan SPSS 2023

Tabel 4.5.1.2 Hasil Uji Validitas Variabel Y

Y	r hitung	r tabel	p-value	Ket
1. Saya bisa tertawa dan melihat sisi lucu dari berbagai hal	0,590	0,316	0,000	Valid
2. Saya memandang masa depan dengan penuh harapan	0,114	0,316	0,488	Tidak Valid
3. Saya menyalahkan diri saya sendiri ketika ada hal-hal yang salah	0,616	0,316	0,000	Valid
4. Saya merasa cemas atau khawatir tanpa alasan yang jelas	0,626	0,316	0,000	Valid
5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas	0,744	0,316	0,000	Valid
6. Banyak hal yang menjadi beban bagi saya	0,763	0,316	0,000	Valid
7. Saya merasa tidak bahagia sehingga sulit tidur	0,795	0,316	0,000	Valid
8. Saya merasa sedih atau menderita	0,819	0,316	0,000	Valid
9. Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga saya sering menangis	0,825	0,316	0,000	Valid
10. Pikiran untuk menyakiti diri sendiri sempat terlintas di pikiran saya	0,393	0,316	0,013	Valid

Sumber: Hasil Olahan SPSS 2023

Hasil uji validitas pada Tabel 4.1 yang diperoleh melalui SPSS dapat disimpulkan bahwa 12 pertanyaan yang mengukur variabel X semuanya memiliki nilai r-hitung > r-tabel (0,316) atau p-value < 0,05.

Sehingga 12 indikator yang mengukur variabel X telah valid dan dapat dilanjutkan analisis selanjutnya yaitu uji reliabilitas.

Adapun hasil uji validitas pada Tabel 4.2 yang diperoleh melalui SPSS dapat disimpulkan bahwa dari 10 pertanyaan terdapat 1 pertanyaan (ke-2) yang tidak valid dalam mengukur variabel Y dengan nilai $r\text{-hitung}$ (0,114) < $r\text{-tabel}$ (0,316) atau $p\text{-value}$ > 0,05. Maka jumlah pertanyaan yang valid saat ini adalah 9 indikator variabel Y saat uji reliabilitas. Adapun 1 indikator yang tidak valid tersebut perlu dikeluarkan dari penelitian atau digunakan saat pengambilan sampel dengan jumlah yang lebih banyak namun mengganti redaksi pertanyaannya menjadi “Saya selalu khawatir kehidupan dimasa depan tidak sesuai harapan saya”.

4.5.2 Hasil Uji Reliabilitas

Setelah diuji kevalidan data penelitian, maka langkah selanjutnya adalah melakukan uji reliabilitas untuk mengukur apakah data penelitian yang digunakan sudah sangat reliabel dan andal hasilnya. Uji realibilitas dapat diukur dengan nilai *Cronbach's Alpha* dimana suatu data penelitian sangat reliabel atau andal jika nilai koefisien *Cronbach's Alpha* sebesar 0,8 atau lebih. Berikut ini adalah hasil uji reliabilitas yang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 4.5.2.1 Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	N of Items
X	0,888	12
Y	0,868	9

Sumber: Hasil Olahan SPSS 2023

Hasil uji reliabilitas pada Tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 12 indikator yang digunakan dalam mengukur variabel X (0,992) telah memiliki nilai *Cronbach's Alpha* > 0,80 maka dapat disimpulkan bahwa 12 indikator yang mengukur variabel X memiliki reliabilitas yang sangat tinggi sehingga hasilnya dapat dipercaya dan andal. Begitu juga pada variabel Y (0,855) telah memiliki *cronbach's Alpha* > 0,80 sehingga 9 indikator yang mengukur variabel Y sudah sangat reliabel dan andal.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kecamatan Balongbendo, Sidoarjo. Dilakukan pada 3 pusat pelayanan kesehatan di Kecamatan Balongbendo, Sidoarjo. Yakni, Puskesmas Balongbendo, Klinik Umum dan Bersalin Medika Utama, dan Bidan Praktik Mandiri (BPM) Hasanah. Penelitian ini dilakukan dalam jangka waktu 1 tahun. Dimulai pada Februari 2022-Februari 2023.

4.7 Prosedur Pengambilan Data

Data yang dipakai adalah data primer. Data primer didapatkan menggunakan kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk mengukur risiko depresi perinatal, kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) untuk mengukur dukungan sosial, dan kuesioner data dasar untuk memperoleh data situasi hidup. Sebelum dilakukan pengukuran dukungan sosial, kuesioner MSPSS sebagai alat ukur akan di terjemahkan kedalam Bahasa Indonesia terlebih dahulu. Kemudian akan dilakukan uji keterbacaan alat ukur dan dilakukan revisi apabila terdapat koreksi pada hasil uji keterbacaan alat ukur. Setelah dilakukan uji keterbacaan akan dilanjutkan dengan uji reliabilitas dan validitas. Uji reliabilitas akan

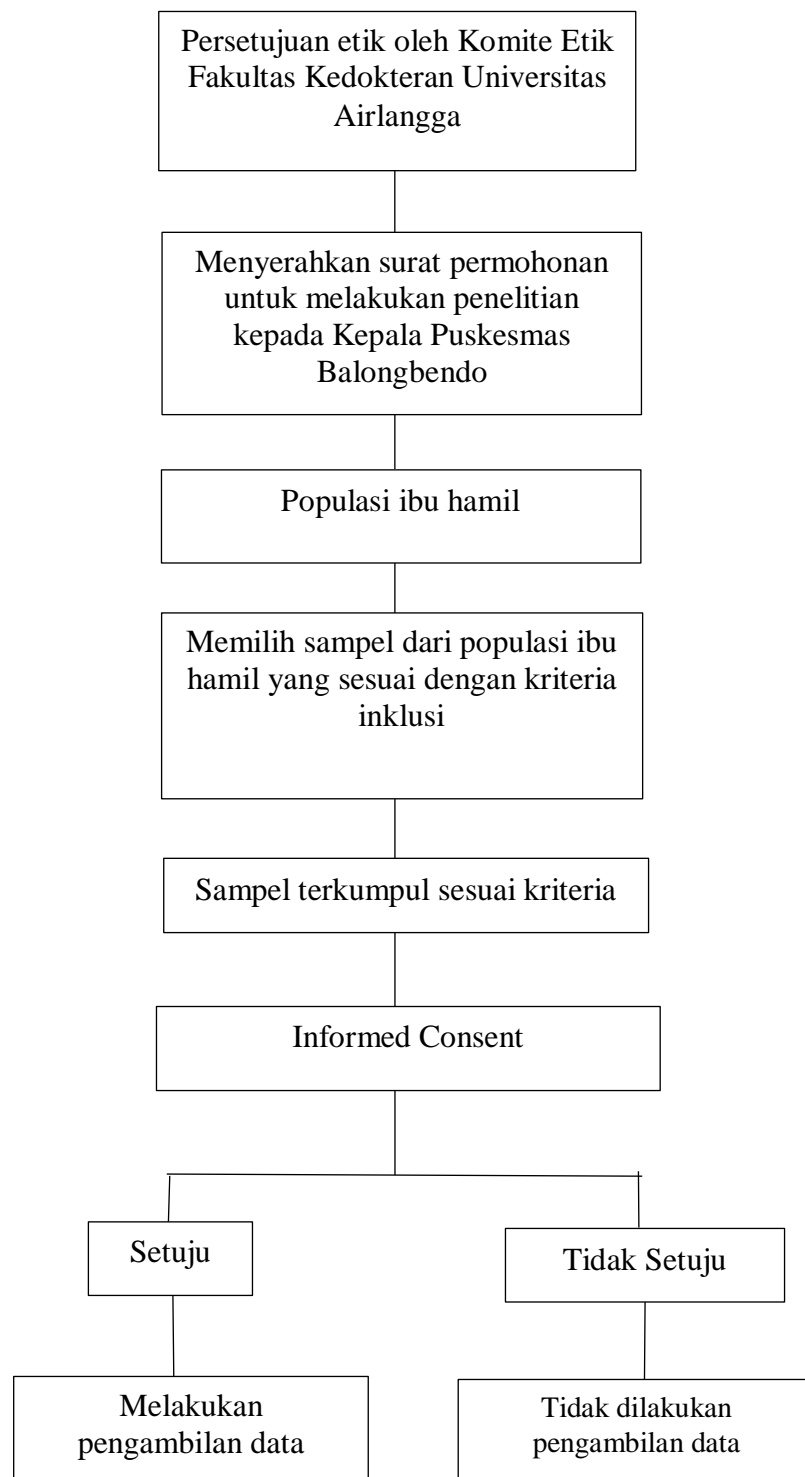
digunakan adalah metode *Cronbach's Alpha*. Sedangkan uji validitas item akan menggunakan metode *Pearson Correlation*.

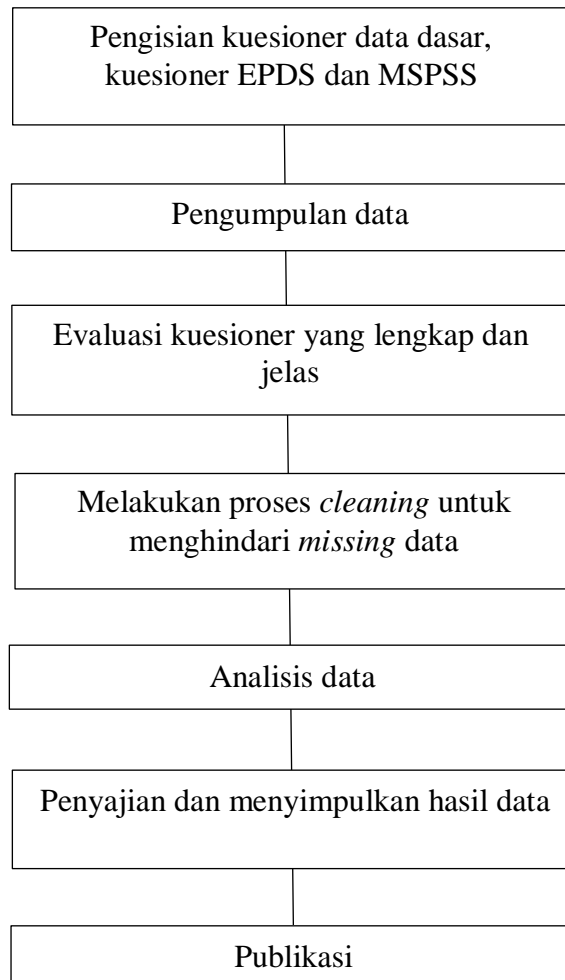
4.8 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan melalui tahap *editing*, *coding*, *data entry* dan *tabulating* dengan menggunakan SPSS 26.0. Data yang telah terkumpul akan dianalisis dengan Langkah-langkah sebagai berikut:

1. Analisis univariat dilakukan untuk melihat profil subjek penelitian menggunakan analisis deskriptif tanpa adanya pengujian statistik. Data akan dianalisis menggunakan nilai distribusi frekuensi dan persentase.
2. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel. Variabel yang digunakan yaitu depresi perinatal dengan situasi hidup dan dukungan sosial. Analisis bivariat akan dianalisis menggunakan uji *Chi Square* untuk mengetahui kekuatan hubungan antar variabel. Jika nilai $p < 0,05$ maka terdapat hubungan antara kedua variabel.

4.9 Kerangka Operasional Penelitian





Gambar 4.9 Kerangka Operasional

4.10 Aspek Etik Penelitian

Usulan penelitian ini akan digunakan untuk mendapat kelayakan etik dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliyah, P. N., & Kusdiyati, S. (2021). Pengaruh Perceived Social Support terhadap Psychological Distress pada Remaja X di Masa Pandemi COVID-19. *Journal Riset Psikologi*, 1(1), 59–68.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Apollo, & Cahyadi, A., 2012. Konflik peran ganda perempuan menikah yang bekerja ditinjau dari dukungan sosial keluarga dan penyesuaian diri. *Widya Warta: Jurnal Ilmiah Universitas Katolik Widya Mandala Madiun*, 36(02), pp.254-271.
- Ariyanto, F., & Damaiyanti, M. (2019). Hubungan Social Support dengan Depresi pada Lansia di Samarinda. *Borneo Student Research Kesejahteraan*, 482–487.
- Armini, Ni Ketut A., Tristiana, Rr. Dian & Tokan, A. O. (2017). Husband's Support is Needed to Prevent Postpartum Depression. *Advances in Health Sciences Research*, volume 3. DOI: 10.2991/inc-17.2017.7
- Astuti, A. B., Santosa, S. W., & Utami, M. S. (2000). HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENYESUAIAN DIRI PEREMPUAN PADA KEHAMILAN PERTAMA. *JURNAL PSIKOLOGI*, 2, 84–95.
- Augustia, G., & Dewi, T. K. (2017). HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DENGAN DEPRESI PASKA MELAHIRKAN PADA IBU BEKERJA. *Jurnal Psikologi Klinis Dan Kesehatan Mental*, 6, 52–61.

- Basrowi, & Juariyah, S. (2010). Jurnal Ekonomi & Pendidikan, Volume 7 Nomor 1, April 2010. *Jurnal Ekonomi & Pendidikan*, 7(April), 58–81.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4*. EGC.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring The Functional Components of Social Support. *Social Support : Theory, Research and Applications*, 24, 73–94.
- Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R., 1987. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), pp.782-786.
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021). Perinatal Depression : Challenges and Opportunities. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, 30(2), 154–159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
- Desiana, W., & Tarsikah. (2021). SKRINING DEPRESI POSTPARTUM PADA IBU NIFAS HARI KE TUJUH. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 5(2), 198–208. <https://doi.org/10.20473/imhsj.v5i2.2021.198-208>
- Dosani, A., Arora, H., & Mazmudar, S. (2020). mHealth and Perinatal Depression in Low-and Middle-Income Countries : A Scoping Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health Review*, 17, 1–18.
- Elba, F., & Putri, V. R. (2019). Gambaran Kebiasaan Ibu Hamil Dalam Mengatasi Ketidaknyamanan Selama Kehamilan di RSUD R. Syamsudin, SH. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 4(2), 22–28. <https://jurnal.stikes->

aufa.ac.id/index.php/health/article/view/142

- Fairus, M., & Widiyanti, S. (2014). Pendahuluan Kehamilan dan persalinan merupakan oleh seorang perempuan secara memuaskan . tersebut , seorang perempuan sangat rentan untuk depresi . Depresi pada perempuan yang terjadi atau pada minggu pertama setelah melahirkan . hati yang labil , kesedih. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, VII(1), 11–18.
- Fauzy, R., & Fourianalisyawati, E. (2016). Hubungan antara Depresi dengan Kualitas Hidup pada Ibu Hamil Berisiko Tinggi The Relationship Of Depression With Quality Of Life In Pregnant Women At High Risk. *Jurnal Psikogenesis*, 4(2), 206–214.
- Gelaye, B., Rondon, M. B., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *HHS Public Access*, 03(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Grinspun, D. (2005). *No Title Interventions for Postpartum Depression*. RNAO Nursing Best Practice Guideline Program.
- Hasanah, Z., Joewono, H. T., & Muhdi, N. (2019). Faktor Risiko Depresi Antenatal Di Puskesmas Jagir Dan Tanah Kali Kedinding Surabaya. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 4(2). <https://doi.org/10.30651/jkm.v4i2.3105>
- Herdiyanto, A. P., & Surjaningrum, E. R. (2014). Hubungan Antara Dukungan Sosial dan Self Esteem pada Remaja Penyalahguna Zat yang Sedang dalam Masa Rehabilitasi. *CIREN - Open Access Proceedings Journal*, 2(1), 1–67. <http://www.eskom.co.za/CustomerCare/TariffsAndCharges/Documents/RSA>

Distribution Tariff Code Vers 6.pdf%0Ahttp://www.nersa.org.za/

- Hether, H. J., Murphy, S. T. & Valente, T. W. (2016). A Social Network Analysis Of Supportive Interactions On Prenatal Sites. *Digital Health*, Vol. 0(0) 1–12. DOI: 10.1177/2055207616628700
- Hue, M. T., Nguyet Van, N. H., Nha, P. P., Vu, N. T., Duc, P. M., Van Trang, N. T., Thinh, P. T. N., Anh, L. N., Huyen, L. T., & Tu, N. H. (2020). Factors associated with antenatal depression among pregnant women in Vietnam: A multisite cross-sectional survey. *Health Psychology Open*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1177/2055102920914076>
- Klawetter, S., Mcnitt, C., Hoffman, J. A., Glaze, K., Sward, A., & Frankel, K. (2020). Perinatal Depression in Low-Income Women: A Literature Review and Innovative Screening Approach. *Current Psychiatry Reports*, 22(1), 13–20.
- Ko, H. C., Wang, L. L., & Xu, Y. T. (2013). Understanding the different types of social support offered by audience to a-list diary-like and informative bloggers. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 194–199. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0297>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B., 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), pp.606-613.
- Kusuma, R. (2019). Karakteristik Ibu Yang mengalami Depresi Postpartum. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(1), 99. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v19i1.571>
- Lindayani, I. K., & Marhaeni, G. A. (2019). JURNAL Midwifery Update (MU)

PREVALENSI DAN FAKTOR RISIKO DEPRESI POST PARTUM DI KOTA
DENPASAR TAHUN 2019. *JURNAL Midwifery Update*, 8511, 100–109.

- Machmudah. (2015). Gangguan Psikologis Pada Ibu Postpartum ; Postpartum Blues. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 3(2), 118–125.
- Mail, E. (2020). Sikap Ibu Hamil Trimester II dan III terhadap Perubahan Fisiologi Selama Kehamilan. *Jurnal Kebidanan*, 9(2), 83–89. <https://akbid-dharmahusada-kediri.e-journal.id/JKDH/index>
- Meltzer-Brody, S., 2011. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(1), p.89.
- Muzik, M., & Borovska, S. (2010). Perinatal depression : implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine* 2010;7:239–47, 7, 239–248.
- Nandia, J. R. D., Anggorowati, & Asmara, F. Y. (2021). PERAWATAN DIRI IBU PRIMIPARA SELAMA PERIODE NIFAS. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 1–4. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1874>
- Nareswati, P. J. (2021). DEPRESI PADA LANSIA : FAKTOR risiko, DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA. *Jurnal Medika Utama*, 02(02), 562–570.
- Oktarina, T. D., Cahyadi, S., & Susanto, H. (2021). Adaptasi Revised-Multidimesional Scale of Perceived Social Support pada Guru di Kota Bandung. *Jurnal Kependidikan: Jurnal Hasil Penelitian Dan Kajian Kepustakaan Di Bidang Pendidikan, Pengajaran Dan Pembelajaran*, 7(2), 289. <https://doi.org/10.33394/jk.v7i2.3259>
- Paramita, A.D., Faradiba, A.T. and Febrayosi, P., 2020. Edinburgh Postpartum

Depression Scale: Psychometric Evaluation of the Indonesian Version.

- Pratiwi, C. S., & Glover, P. (2019). Perinatal depression : prevalence , outcomes and screening tools - a review of the literature. *Journal of Health Technology Assessment in Midwifery*, 2(2), 94–103. <https://doi.org/10.31101/jhtam.1113>
- Rahmawati, A., & Wulandari, R. C. L. (2019). Influence of Physical and Psychological of Pregnant Women Toward Health Status of Mother and Baby. *Jurnal Kebidanan*, 9(2), 148–152. <https://doi.org/10.31983/jkb.v9i2.5237>
- Ramadhanti, D., Mulyadi, H. and Razati, G., 2017. Pengaruh Status Sosial Ekonomi Orang Tua Terhadap Sikap Kewirausahaan. *Strategic: Jurnal Pendidikan Manajemen Bisnis*, 16(2), pp.32-37.
- Redaksi, D. (2020) ‘Kecamatan Balongbendo Dalam Angka 2020’, *Patra Widya: Seri Penerbitan Penelitian Sejarah dan Budaya.*, 21(3), pp. i–iii. doi:10.52829/pw.310.
- Sari, R. A. (2020). Literature Review : Depresi Postpartum. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 167–174. <https://doi.org/http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>
- Sharkey, K. M., Pearlstein, T. B., & Carskadon, M. A. (2014). NIH Public AccessNIH Public Access Author Manuscript J Affect Disord. Author manuscript; available in PMC 2014 September 25. Published in final edited form as: J Affect Disord. 2013 September 25; 150(3): 1103–1108. doi:10.1016/j.jad.2013.04.046. Circadian. *NIH Public Access*, 150(3), 1103–1108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.046.Circadian>
- Sheeba, B., Nath, A., Metgud, C. S., Krishna, M., Venkatesh, S., Vindhya, J., & Murthy, G. V. (2019). Prenatal depression and its associated risk factors among

- pregnant women in Bangalore: A hospital based prevalence study. *Frontiers in Public Health*, 7(APR), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00108>
- Skurzak, A., Kicia, M., Wiktor, K., Iwanowicz-Palus, G., Wiktor, H. (2015). Social Support For Pregnant Women. *Pol J Public Health*; 125(3): 169-172. DOI: 10.1515/pjph-2015-0048
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group and Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), pp.1737-1744.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Phil, M., Dennis, C., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions. *WHO Publication*, October, 289. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
- Underwood, L., Waldie, K., Souza, S. D., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 711–720. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0629-1>
- 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>
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

- Wijayanti, A. R., & Suwito, L. C. R. (2019). GAMBARAN PENGETAHUAN IBU HAMIL TRIMESTER I TENTANG HIPEREMESIS GRAVIDARUM (di Wilayah Puskesmas Tiron Kecamatan Banyakan Kabupaten Kediri). *Jurnal Kebidanan*, 6(2), 131–138. <https://doi.org/10.35890/jkdh.v6i2.42>
- Wulandari, S., & Wantini, N. A. (2021). KETIDAKNYAMANAN FISIK DAN PSIKOLOGIS PADA IBU HAMIL TRIMESTER III DI WILAYAH PUSKESMAS BERBAH SLEMAN DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 12(1), 54–67.
- Wurisastuti, T., & Mubasyiroh, R. (2020). PERAN DUKUNGAN SOSIAL PADA IBU DENGAN GEJALA DEPRESI DALAM PERIODE PASCA PERSALINAN. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* –, 23(3), 161–168.
- Yustiawan, T., & Nandini, N. (2018). Literasi Informasi Kesehatan Nifas Ibu Hamil Berstatus Sosial Menengah Ke Bawah. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 122. <https://doi.org/10.20473/jaki.v6i2.2018.122-12>

[illegible]

Lampiran 2 Kuesioner

A. Identitas Diri dan Data Sosiodemografi

- Nama :
- Usia :
- Alamat :
- Pendidikan Terakhir : ☐ 1. SMA/SMK Sederajat
☐ 2. Diploma 1
☐ 3. Diploma 2
☐ 4. Diploma 3
☐ 5. S1
☐ 6. S2/S3
- Pekerjaan : Ya/Tidak
- Nama Suami :
- Pekerjaan Suami :
- Pendapatan Rumah Tangga :
- Tinggal Bersama Pasangan : Ya/Tidak
- Tinggal Bersama Kerabat : ☐ 1. Tidak Ada
☐ 2. Orang Tua
☐ 3. Mertua
☐ 4. Kerabat Lain
☐ 5. Bukan Kerabat

B. Kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Sosial Support*

Petunjuk pengisian kuesioner :

Kami tertarik pada bagaimana perasaan Anda tentang pernyataan berikut. Bacalah setiap pernyataan dengan seksama. Tunjukkan bagaimana perasaan Anda tentang setiap pertanyaan dengan :

Centang angka 1 jika Anda AMAT SANGAT TIDAK SETUJU

Centang angka 2 jika Anda SANGAT TIDAK SETUJU

Centang angka 3 jika Anda AGAK TIDAK SETUJU

Centang angka 4 jika Anda NETRAL

Centang angka 5 jika Anda AGAK SETUJU

Centang angka 6 jika Anda SANGAT TIDAK SETUJU

Centang angka 7 jika Anda AMAT SANGAT SETUJU

No.	Pertanyaan	1	2	3	4	5	6	7
1.	Ada orang spesial di dekat anda saat anda butuh							
2.	Ada orang spesial yang dengannya anda bisa berbagi suka dan duka							
3.	Keluarga saya benar benar berusaha untuk membantu saya							
4.	Saya mendapatkan bantuan dan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya							
5.	Saya memiliki seseorang yang spesial yang merupakan sumber kenyamanan bagi saya							

6.	Teman-teman saya benar-benar berusaha untuk membantu saya							
7.	Saya bisa mengandalkan teman-teman saya ketika ada masalah							
8.	Saya bisa membicarakan masalah saya dengan keluarga saya							
9.	Saya memiliki teman untuk berbagi suka dan duka							
10.	Ada orang spesial dalam hidupku yang peduli dengan perasaanku							
11.	Keluarga saya bersedia membantu saya mengambil keputusan							
12.	Saya bisa membicarakan masalah saya dengan teman-teman saya							

C. Kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

Petunjuk pengisian kuesioner :

1. Bacalah setiap pernyataan dengan saksama dan jawab sesuai dengan kondisi anda selama 7 hari terakhir.
2. Jawablah dengan memilih pada pilihan jawaban yang ada.
3. Kuesioner ini berisi 10 pernyataan dan **WAJIB** untuk menjawab seluruh pernyataan yang ada.

Contoh pernyataan yang sudah di jawab :

1. Saya Merasa Senang :

- Ya, hampir setiap saat
- **Ya, sering**
- Kadang-kadang
- Tidak pernah sama sekali

Hal ini berarti : “Sepanjang minggu lalu, saya sering merasa senang”

1.	Saya dapat tertawa dan melihat sisi lucu dari banyak hal
	Ya, seperti biasanya
	Sekarang tidak terlalu sering
	Sekarang agak jarang
	Tidak sama sekali

2.	Saya selalu khawatir kehidupan di masa depan yang tidak sesuai harapan saya
	Sama seperti yang saya lakukan dulu
	Agak kurang dari biasanya
	Jelas kurang dari biasanya
	Tidak, tidak pernah

3.	Saya menyalahkan diri saya sendiri ketika ada hal-hal yang salah
	Ya, hampir selalu
	Ya, kadang-kadang

	Tidak terlalu sering
	Tidak, tidak pernah

4.	Saya merasa cemas atau khawatir tanpa alasan yang jelas
	Tidak, tidak sama sekali
	Hampir tidak pernah
	Ya, kadang-kadang
	Ya, sangat sering

5.	Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas
	Ya, cukup sering
	Ya, kadang-kadang
	Tidak, tidak sering
	Tidak, tidak sama sekali

6.	Banyak hal yang menjadi beban bagi saya
	Ya, sering kali saya tidak dapat mengatasinya
	Ya, kadang saya tidak dapat mengatasi seperti biasanya
	Tidak, saya hampir selalu dapat mengatasinya dengan baik
	Tidak, saya selalu dapat mengatasinya dengan baik seperti biasanya

7.	Saya merasa tidak bahagia sehingga sulit tidur
	Ya, sering kali
	Ya, kadang-kadang
	Tidak terlalu sering
	Tidak, tidak sama sekali

8.	Saya merasa sedih atau menderita
	Ya, sering kali
	Ya, cukup sering
	Tidak terlalu sering
	Tidak, tidak sama sekali

9.	Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga saya sering menangis
	Ya, sering kali
	Ya, cukup sering
	Tidak terlalu sering
	Tidak, tidak pernah

10.	Pikiran untuk menyakiti diri sendiri sempat terlintas di pikiran saya
	Ya, cukup sering
	Kadang-kadang
	Hampir tidak pernah
	Tidak pernah

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden

LEMBAR INFORMED CONSENT
LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilaksanakan oleh :

Nama : Hanna Aulia Ifadah

NIM : 011811133085

Alamat : Ds. Gagang Kepuhsari 02/03, Balongbendo, Sidoarjo

Judul Penelitian : Hubungan Risiko Depresi Perinatal dengan Situasi Hidup dan Dukungan Sosial pada Ibu Hamil

Saya akan bersedia untuk mengikuti jalannya penelitian demi kepentingan penelitian. Dengan syarat, hasil pemeriksaan akan dirahasiakan dan digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini saya sampaikan, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sidoarjo, ... Desember 2022

Responden

(.....)

[illegible]

[illegible]

Y2	Pearson	.114	.172	1	.032	-.110	-.171	-.238	-.143	.015	.108	-.077
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.488	.295		.845	.503	.298	.144	.384	.926	.513	.640
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y3	Pearson	.616**	.214	.032	1	.520**	.330*	.399*	.428**	.366*	.350*	.160
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.192	.845		.001	.040	.012	.007	.022	.029	.331
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y4	Pearson	.626**	.419**	-.110	.520**	1	.680**	.353*	.345*	.288	.449**	.150
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.008	.503	.001		.000	.027	.031	.075	.004	.361
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y5	Pearson	.744**	.357*	-.171	.330*	.680**	1	.614**	.582**	.458**	.584**	.321*
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.026	.298	.040	.000		.000	.000	.003	.000	.046
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y6	Pearson	.763**	.353*	-.238	.399*	.353*	.614**	1	.688**	.688**	.586**	.288
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.027	.144	.012	.027	.000		.000	.000	.000	.076
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y7	Pearson	.795**	.333*	-.143	.428**	.345*	.582**	.688**	1	.786**	.653**	.232
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.038	.384	.007	.031	.000	.000		.000	.000	.155
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y8	Pearson	.819**	.505**	.015	.366*	.288	.458**	.688**	.786**	1	.733**	.252
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.926	.022	.075	.003	.000	.000		.000	.121
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y9	Pearson	.825**	.642**	.108	.350*	.449**	.584**	.586**	.653**	.733**	1	.190
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.513	.029	.004	.000	.000	.000	.000		.247
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Y10	Pearson	.393*	-.044	-.077	.160	.150	.321*	.288	.232	.252	.190	1
	Correlation											
	Sig. (2-tailed)	.013	.791	.640	.331	.361	.046	.076	.155	.121	.247	
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.868	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Y1	21.1026	22.726	.474	.865
Y3	21.7949	20.957	.486	.866
Y4	21.8462	21.239	.552	.859
Y5	21.6410	19.920	.706	.845
Y6	21.4615	18.518	.730	.841
Y7	20.9744	18.552	.750	.839
Y8	20.6923	18.903	.743	.840
Y9	21.5641	20.831	.754	.845
Y10	20.3077	23.008	.276	.881