

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kesehatan Mental

1. Pengertian Kesehatan Mental

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2022), kesehatan mental adalah suatu kondisi kesejahteraan di mana individu menyadari kemampuannya sendiri, mampu mengatasi tekanan hidup sehari-hari, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitasnya (*World Health Organization*, 2022). WHO menekankan bahwa kesehatan mental bukan hanya ketiadaan gangguan jiwa, melainkan juga mencakup kondisi positif yang memungkinkan individu berkembang secara optimal.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Kementerian Kesehatan mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai kondisi ketika seseorang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, memiliki kesadaran akan dirinya, mampu mengelola stres kehidupan, bekerja secara produktif, dan berperan serta dalam komunitasnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Definisi ini menggarisbawahi bahwa kesehatan mental mencakup kesejahteraan multidimensi yang saling terintegrasi.

American Psychiatric Association menjelaskan bahwa kesehatan mental adalah kondisi kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasa, dan berperilaku (*American Psychiatric Association*, 2022). Kesehatan mental juga berperan dalam menentukan bagaimana

seseorang menangani stres, menjalin hubungan, dan membuat keputusan yang sehat.

Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental adalah suatu kondisi dinamis yang melibatkan keseimbangan emosional, kognitif, sosial, dan spiritual. Individu yang sehat mentalnya mampu menghadapi tantangan hidup, beradaptasi dengan perubahan, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi positif pada lingkungan sosialnya. Dalam konteks ibu hamil, kesehatan mental yang baik sangat penting untuk mendukung proses kehamilan yang sehat, persalinan yang aman, serta perkembangan anak yang optimal.

2. Komponen Kesehatan Mental

Menurut *World Health Organization* (2022) menyebutkan bahwa kesehatan mental terdiri dari beberapa komponen utama, yaitu:

a. Kesejahteraan Emosional (*Emotional Well-being*)

Meliputi kemampuan mengenali, mengekspresikan, dan mengendalikan emosi secara sehat, seperti rasa bahagia, puas, atau tenang. Pada ibu hamil, kesejahteraan emosional sangat dipengaruhi oleh perubahan hormon, pengalaman kehamilan sebelumnya, dan dukungan dari lingkungan sekitar.

b. Kesejahteraan Kognitif (*Cognitive Well-being*)

Menggambarkan kemampuan berpikir logis, mengambil keputusan, dan memecahkan masalah secara efektif. Ibu hamil dengan kesehatan mental yang baik mampu merencanakan persalinan, memahami informasi medis, dan membuat keputusan yang tepat terkait kehamilannya.

c. Kesejahteraan Sosial (*Social Well-being*)

Berkaitan dengan kemampuan menjalin hubungan positif, berinteraksi, dan merasa diterima oleh lingkungan sosial. Pada ibu hamil, dukungan sosial dari pasangan, keluarga, dan teman sebaya menjadi faktor penting yang dapat meningkatkan kesehatan mental.

Komponen-komponen ini saling berkaitan dan membentuk suatu kesatuan. Gangguan pada salah satu komponen, misalnya stres berlebih atau kecemasan yang tidak terkendali, dapat memengaruhi kesejahteraan keseluruhan dan meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental.

B. Kesehatan Mental Pada Ibu Hamil

1. Perubahan Fisik dan Psikologis selama Kehamilan

Masa kehamilan merupakan periode adaptasi yang kompleks bagi tubuh perempuan karena melibatkan perubahan pada hampir seluruh sistem tubuh. Perubahan fisik yang umum dialami meliputi peningkatan berat badan, perubahan postur tubuh akibat pembesaran perut, pembesaran payudara sebagai persiapan menyusui, dan peningkatan volume darah yang dapat memengaruhi stamina. Selain itu, berbagai ketidaknyamanan seperti mual, muntah (*emesis gravidarum*), nyeri punggung, konstipasi, varises, kram kaki, dan gangguan tidur sering terjadi dan dapat memengaruhi kualitas hidup ibu hamil (Gultom dan Hutabarat, 2020).

Pada aspek hormonal, terjadi lonjakan kadar hormon estrogen dan progesteron yang signifikan sejak awal kehamilan. Estrogen berperan dalam mempertahankan kehamilan, meningkatkan aliran darah ke rahim, dan mempersiapkan payudara untuk laktasi, namun juga dapat memengaruhi regulasi

mood melalui interaksinya dengan neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin. Progesteron, selain berfungsi mengendurkan otot polos rahim untuk mencegah kontraksi dini, juga memiliki efek sedatif yang kadang menimbulkan rasa lelah, mengantuk, atau penurunan energi. Perubahan kadar hormon ini dapat berkontribusi pada fluktuasi emosi, iritabilitas, hingga risiko depresi atau kecemasan jika tidak diimbangi dengan mekanisme coping yang baik (Septiasari, 2023).

Pada sisi psikologis, ibu hamil dihadapkan pada berbagai tuntutan emosional yang dipengaruhi oleh kondisi internal maupun eksternal. Kekhawatiran terhadap kesehatan janin, rasa takut menghadapi proses persalinan, ketidakpastian mengenai kemampuan menjadi orang tua, serta penyesuaian peran dalam keluarga menjadi sumber stres yang umum. Perubahan citra tubuh juga dapat memengaruhi kepercayaan diri dan hubungan interpersonal. Faktor eksternal seperti status ekonomi, hubungan dengan pasangan, dukungan keluarga, kondisi pekerjaan, dan norma sosial-budaya turut memengaruhi stabilitas mental selama kehamilan (Yanti dan Fatmasari, 2023).

Berdasarkan teori diatas menunjukkan bahwa interaksi antara perubahan fisik, hormonal, dan psikologis ini bersifat timbal balik, sehingga ketidaknyamanan fisik yang berkepanjangan dapat memicu stres psikologis, sementara stres emosional dapat memperburuk keluhan fisik. Oleh karena itu, perhatian terhadap kesehatan mental ibu hamil tidak hanya difokuskan pada gejala psikologis, tetapi juga pada penanganan faktor-faktor fisik dan sosial yang mendasarinya.

2. Masa Rawan Gangguan Kesehatan Mental

Masa kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, masing-masing dengan tantangan dan adaptasi yang berbeda. Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa risiko gangguan kesehatan mental, khususnya kecemasan dan depresi, cenderung lebih tinggi pada trimester pertama dan ketiga (Winarni dkk., 2023).

Pada trimester pertama (usia kehamilan 0–12 minggu), tubuh ibu mengalami perubahan hormon yang sangat drastis, terutama peningkatan kadar estrogen dan progesteron. Perubahan ini memengaruhi sistem saraf pusat, termasuk pusat pengatur mood di otak, sehingga dapat memicu gejala emosional seperti mudah tersinggung, cemas, atau menangis tanpa sebab. Secara fisik, ibu sering mengalami *emesis gravidarum* (mual muntah), kelelahan, nyeri payudara, dan gangguan tidur. Kondisi ini diperberat dengan fase adaptasi psikologis terhadap kenyataan kehamilan, apalagi jika kehamilan tidak direncanakan. Ketidakpastian mengenai masa depan, kesiapan ekonomi, dan dukungan sosial yang kurang dapat memperbesar risiko munculnya gangguan mental pada fase ini (Samsinar dan Lolo, 2025).

Memasuki trimester ketiga (usia kehamilan 28–40 minggu), risiko gangguan mental kembali meningkat. Pada tahap ini, janin sudah semakin besar sehingga menimbulkan ketidaknyamanan fisik seperti nyeri punggung, sesak napas, sering berkemih, pembengkakan kaki, dan gangguan tidur. Secara psikologis, trimester ketiga sering kali ditandai dengan meningkatnya rasa cemas menjelang persalinan, termasuk ketakutan akan rasa sakit, risiko komplikasi, serta kekhawatiran terhadap keselamatan bayi. Ibu juga mulai memikirkan perubahan peran dan tanggung jawab baru setelah melahirkan, yang dapat menimbulkan rasa

tertekan, terutama bagi primigravida yang belum memiliki pengalaman sebelumnya (Kusumawati dkk., 2021).

Faktor sosial seperti kesiapan pasangan, dukungan keluarga, kondisi pekerjaan, dan situasi tempat tinggal juga dapat memperberat beban psikologis menjelang persalinan. Pada beberapa kasus, pengalaman buruk pada persalinan sebelumnya, seperti komplikasi atau kehilangan bayi, dapat memicu *post-traumatic stress disorder* (PTSD) antenatal yang meningkatkan risiko depresi pascapersalinan (Samsinar dan Lolo, 2025). Oleh karena itu, deteksi dini dan intervensi psikososial pada dua periode ini sangat penting untuk mencegah dampak jangka panjang, baik pada ibu maupun janin.

3. Indikator Kesehatan Mental Pada Ibu Hamil

Kesehatan mental pada ibu hamil dapat diidentifikasi melalui sejumlah indikator yang mencakup aspek emosional, kognitif, dan perilaku. Menurut *World Health Organization* (2022) menyatakan bahwa deteksi dini indikator-indikator ini sangat penting untuk mencegah gangguan mental yang lebih berat dan dampak jangka panjang pada ibu maupun janin.

a. Gejala Cemas (*Anxiety Symptoms*)

Kecemasan pada ibu hamil dapat muncul dalam bentuk rasa gelisah berlebihan, kekhawatiran berulang, sulit berkonsentrasi, mudah terkejut, gangguan tidur, hingga gejala fisik seperti detak jantung meningkat atau ketegangan otot. Kecemasan yang tidak ditangani dapat memicu peningkatan hormon kortisol yang berdampak pada suplai darah dan oksigen ke janin (Rismawati dkk., 2022).

b. Gejala Depresi (*Depressive Symptoms*)

Depresi antenatal ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, merasa tidak berharga atau bersalah, kelelahan yang ekstrem, dan gangguan pola makan. Pada ibu hamil, depresi sering kali diabaikan karena beberapa gejalanya mirip dengan keluhan fisik normal kehamilan. Depresi yang tidak tertangani berisiko menyebabkan *postpartum depression* serta memengaruhi perkembangan anak (Sari dan Susanti, 2020).

c. Stres Psikologis (*Psychological Stress*)

Stres selama kehamilan dapat ditandai dengan rasa kewalahan, mudah marah, sulit mengendalikan emosi, penurunan kemampuan memecahkan masalah, serta gangguan hubungan interpersonal. Penelitian menunjukkan bahwa stres kronis pada kehamilan dapat meningkatkan risiko persalinan prematur dan bayi berat lahir rendah melalui aktivasi berlebihan pada sistem saraf simpatik (Samsinar dan Lolo, 2025).

d. Perubahan Perilaku (*Behavioral Changes*)

Perubahan perilaku yang mengindikasikan gangguan kesehatan mental pada ibu hamil antara lain menarik diri dari interaksi sosial, menghindari pemeriksaan antenatal, mengabaikan pola makan sehat, atau terlibat dalam perilaku berisiko seperti merokok dan mengonsumsi alkohol. Perubahan perilaku ini sering menjadi tanda awal gangguan mental, bahkan sebelum muncul gejala emosional yang jelas (Kusumawati dkk., 2021).

4. Instrumen Skrining Kesehatan Mental

Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) adalah instrumen skrining yang dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO) untuk mendeteksi

gangguan mental umum (*common mental disorders*), terutama gejala depresi, kecemasan, dan gejala somatik terkait stres. SRQ-20 dirancang agar dapat digunakan di berbagai tingkat fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk layanan primer seperti puskesmas, dan dapat diisi sendiri oleh responden atau dibacakan oleh petugas kesehatan (*World Health Organization, 2025*). Instrumen ini awalnya dibuat untuk mempermudah tenaga kesehatan non-spesialis, seperti bidan atau perawat, dalam melakukan deteksi dini gangguan mental pada populasi umum, termasuk ibu hamil, dengan waktu pengisian yang singkat dan interpretasi yang sederhana.

Pada ibu hamil, SRQ-20 efektif digunakan untuk mendeteksi dini gejala depresi dan kecemasan yang sering tidak teridentifikasi karena mirip dengan keluhan fisik kehamilan. Dengan skrining rutin, tenaga kesehatan dapat memberikan intervensi psikososial lebih awal, yang dapat mencegah dampak buruk pada kesehatan ibu dan perkembangan janin. Adapun alur penggunaan SRQ-20 sebagai berikut:

a. *Scoring*

- 1) Jawaban "Ya" = skor 1
- 2) Jawaban "Tidak" = skor 0
- 3) Skor total = jumlah seluruh jawaban "Ya" → rentang 0–20.

b. *Penentuan Cut-off Point*

- 1) WHO secara umum merekomendasikan $cut-off \geq 8$ untuk populasi umum (*Beusenbergh dan Orley, WHO, 1994 dalam World Health Organization, 2025*).

- 2) Namun, beberapa penelitian di Indonesia, terutama pada ibu hamil, menggunakan $cut-off \geq 6$ agar sensitivitas lebih tinggi (Syamsudin & Ernawati, 2025).

c. Kategori Hasil

- 1) Skor $< cut-off \rightarrow$ Tidak ada indikasi gangguan kesehatan mental (*Non-Case*)
- 2) Skor $\geq cut-off \rightarrow$ Ada indikasi gangguan kesehatan mental (*Case*)
- 3) Penting dicatat: SRQ-20 adalah instrumen skrining, jadi hasil “Ada indikasi” berarti perlu pemeriksaan lanjutan, bukan diagnosis pasti.

5. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesehatan Mental Ibu Hamil

Kesehatan mental ibu hamil dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor yang baik secara internal maupun eksternal. Dari sisi internal, kesehatan mental ibu hamil dipengaruhi oleh perubahan hormonal, kondisi kesehatan fisik, adanya komplikasi kehamilan, pola tidur, kesiapan ibu menjalani kehamilan, kemampuan menghadapi masalah, serta riwayat gangguan mental sebelumnya yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap stres, kecemasan, maupun depresi. Sementara itu, dari sisi eksternal, dukungan sosial dari suami, keluarga, dan lingkungan sekitar, kondisi sosiodemografis seperti usia, tingkat pendidikan, pendapatan, status pekerjaan, serta faktor obstetri seperti status kehamilan yang diinginkan atau tidak, jarak kehamilan, dan jumlah persalinan sebelumnya akan memengaruhi beban peran, ketersediaan sumber daya, serta rasa aman ibu, sehingga secara keseluruhan turut menentukan baik buruknya kesehatan mental ibu selama masa kehamilan hingga pascapersalinan.

C. Faktor Internal yang Berhubungan dengan Kesehatan Mental Ibu Hamil

1. Perubahan Hormonal

Perubahan hormon selama kehamilan merupakan salah satu faktor internal utama yang memengaruhi kesehatan mental ibu. Selama periode perinatal, terjadi peningkatan tajam hormon estrogen dan progesteron yang kemudian diikuti penurunan drastis setelah persalinan, fluktuasi ekstrem ini dapat mengganggu sistem neurotransmitter dan sumbu hipotalamus–hipofisis–adrenal, sehingga memicu gejala depresi, kecemasan, dan gangguan suasana hati pada sebagian ibu yang rentan. Selain hormon reproduksi, perubahan kadar kortisol sebagai respons terhadap stres kehamilan juga berkontribusi terhadap ketidakseimbangan hormon lain dan dapat memperburuk kondisi psikologis ibu bila dialami secara kronis (Flores-ramos dan Leff-gelman, 2024; Rikhaniarti dkk., 2025).

Sejumlah kajian terbaru menegaskan bahwa periode kehamilan dan pascapersalinan merupakan fase kehidupan perempuan dengan penyesuaian hormonal paling besar dan sangat terkait dengan munculnya gejala gangguan mental. Flores-ramos dan Leff-gelman (2024) menggarisbawahi bahwa fase dengan fluktuasi hormon yang intens, termasuk periode perinatal, berkaitan erat dengan gejala gangguan suasana hati dan kecemasan, terutama bila disertai stres dan kerentanan psikososial. Tinjauan Ramírez-alvarado *dkk.* (2024) juga menunjukkan bahwa perubahan kadar estrogen, progesteron, dan hormon steroid lain selama kehamilan dan setelah persalinan berhubungan dengan munculnya *baby blues*, depresi perinatal, hingga gangguan psikotik pada sebagian ibu, sehingga regulasi dan respons individu terhadap perubahan hormon ini dipandang sebagai komponen penting dari faktor internal yang menentukan kesehatan mental ibu hamil.

2. Riwayat Gangguan Mental

Riwayat gangguan mental sebelumnya merupakan salah satu faktor internal terkuat yang memengaruhi kesehatan mental ibu hamil. Perempuan yang pernah mengalami depresi, gangguan cemas, atau gangguan psikiatri lain sebelum kehamilan memiliki kerentanan biologis dan psikologis yang lebih besar, sehingga lebih mudah mengalami kekambuhan gejala ketika menghadapi stresor kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Hutchens dan Kearney (2020) melalui sebuah umbrella review menegaskan bahwa depresi selama kehamilan dan riwayat depresi sebelumnya merupakan faktor risiko yang paling konsisten untuk terjadinya depresi pascapersalinan. Temuan ini sejalan dengan Agrawal, Mehendale dan Malhotra (2022) yang dalam kajian faktorialnya menyebutkan bahwa riwayat gangguan kejiwaan, khususnya depresi, berulang kali muncul sebagai faktor risiko utama depresi pascapersalinan.

Penelitian kohort dan pedoman klinis juga menunjukkan besarnya pengaruh riwayat gangguan mental terhadap kesehatan mental perinatal. Luciano *dkk.* (2022) melaporkan bahwa perempuan dengan riwayat episode depresi sebelum hamil memiliki kemungkinan sekitar lima kali lipat lebih tinggi untuk mengalami depresi antenatal dibandingkan perempuan tanpa riwayat depresi (*odds ratio* 5,14). Räisänen *dkk.* (2014) dalam studi kohort besar di Finlandia menemukan bahwa riwayat depresi pra-kehamilan merupakan faktor risiko terkuat untuk depresi mayor perinatal. Pedoman perinatal mental health terkini juga merekomendasikan agar tenaga kesehatan selalu menanyakan riwayat depresi, kecemasan, dan penggunaan obat psikiatri saat skrining awal kehamilan karena faktor ini secara signifikan meningkatkan risiko gangguan mental pada periode antenatal dan pascapersalinan.

3. Kualitas Tidur

Kualitas tidur merupakan salah satu faktor internal yang berperan penting dalam kesehatan mental ibu hamil karena berhubungan erat dengan munculnya gejala depresi, kecemasan, dan stres. Penelitian kohort pada ibu hamil menunjukkan bahwa kualitas tidur yang buruk selama kehamilan meningkatkan risiko depresi antenatal dan pascapersalinan, ibu dengan kualitas tidur buruk memiliki peluang lebih besar mengalami gejala depresi dibandingkan ibu dengan kualitas tidur baik, meskipun sudah dikontrol faktor usia, indeks massa tubuh, pendapatan, dan dukungan sosial (Shaun dkk., 2022). Studi lain juga menemukan bahwa skor kualitas tidur yang lebih jelek berkaitan dengan skor depresi dan kecemasan yang lebih tinggi pada ibu hamil dan postpartum, sehingga gangguan tidur dipandang sebagai salah satu indikator penting kerentanan psikologis pada periode perinatal (Okun dkk., 2019).

Kualitas tidur yang buruk dapat berperan sebagai salah satu faktor yang memicu maupun memperberat terjadinya gejala depresi pada ibu hamil. Selama kehamilan, tubuh mengalami perubahan hormonal yang sangat besar dan berlangsung terus-menerus. Perubahan ini secara alami sudah meningkatkan kerentanan terhadap gangguan suasana hati. Ketika perubahan tersebut disertai dengan durasi tidur yang tidak cukup, tidur yang sering terbangun, atau rasa tidak segar setelah bangun, sistem biologis yang mengatur emosi dan stres menjadi semakin tidak stabil. Kondisi ini menjadikan ibu hamil lebih mudah mengalami penurunan suasana hati, rasa sedih mendalam, dan gejala depresi lain (Jha dkk., 2018).

Gangguan tidur yang berkepanjangan juga berdampak pada fungsi psikologis sehari-hari. Ibu yang kualitas tidurnya buruk cenderung merasa lelah, mudah tersinggung, sulit berkonsentrasi, dan tidak bersemangat menjalankan aktivitas rumah tangga maupun peran sebagai calon ibu. Ketika kelelahan dan keterbatasan ini dirasakan terus-menerus, banyak perempuan kemudian mengalami perasaan tidak mampu, rasa bersalah, dan menilai dirinya kurang berharga. Pengalaman subjektif seperti ini merupakan bagian dari gejala depresi dan dapat berkembang menjadi gangguan depresi yang lebih berat jika tidak tertangani. Selain itu, hubungan antara kualitas tidur dan depresi bersifat dua arah dan membentuk lingkaran yang saling memperburuk. Kualitas tidur yang buruk dapat memicu munculnya gejala depresi, sementara depresi itu sendiri akan semakin mengganggu tidur, misalnya melalui kecemasan berlebihan, kekhawatiran terhadap kehamilan, atau pikiran negatif yang muncul di malam hari sehingga sulit tidur atau sering terbangun. Lingkaran ini membuat baik tidur maupun kondisi psikologis ibu hamil sama-sama memburuk dari waktu ke waktu, sehingga intervensi terhadap kualitas tidur menjadi penting sebagai salah satu langkah pencegahan dan penatalaksanaan depresi pada masa kehamilan (Shaun dkk., 2022).

Kualitas tidur ibu hamil diukur menggunakan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Instrumen ini terdiri dari 19 item yang dikelompokkan menjadi tujuh komponen, yaitu kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan gangguan fungsi siang hari; masing-masing komponen diberi skor 0–3 sehingga menghasilkan skor total 0–21. Skor total PSQI kemudian dikategorikan menjadi kualitas tidur baik bila ≤ 5 dan kualitas tidur buruk bila >5 , sesuai batas yang digunakan secara luas dalam

penelitian klinis dan epidemiologis (Miller, 2019). Beberapa studi di Indonesia telah menggunakan PSQI pada ibu hamil dan menemukan bahwa kualitas tidur buruk (skor >5) berhubungan dengan peningkatan kecemasan dan gangguan kesehatan mental lainnya, sehingga instrumen ini dinilai valid dan praktis untuk mengukur kualitas tidur sebagai salah satu faktor internal yang memengaruhi kesehatan mental ibu hamil (Renata dan Tadjudin, 2023).

4. Sikap terhadap Kehamilan

Sikap terhadap kehamilan adalah cara ibu secara kognitif dan emosional menilai kehamilan yang sedang dijalani, apakah kehamilan itu direncanakan, diinginkan, diterima, atau justru menimbulkan penolakan dan ambivalensi. Sikap ini terbentuk dari pengalaman sebelumnya, nilai budaya dan agama, dukungan pasangan/keluarga, kondisi sosial ekonomi, serta kesiapan peran menjadi orang tua (Muskens dkk., 2022).

Sikap positif terhadap kehamilan ditandai dengan perasaan senang, bangga, bersyukur, merasa siap, dan memandang kehamilan sebagai peristiwa bermakna serta bernilai dalam hidup. Ibu dengan sikap positif cenderung lebih mudah beradaptasi dengan perubahan fisik dan peran, lebih patuh pada kunjungan antenatal, serta memiliki risiko lebih rendah terhadap depresi dan kecemasan selama hamil maupun setelah melahirkan. Sebaliknya, sikap negatif mencakup perasaan terpaksa, marah, malu, takut, menolak atau menyesali kehamilan, sering kali terkait kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Sikap negatif dan ambivalen ini terbukti berhubungan dengan peningkatan gejala depresi antenatal dan postpartum, kualitas ikatan ibu dan janin yang lebih rendah, serta relasi yang lebih tegang dengan pasangan (Abbasi dkk., 2013).

Sikap terhadap kehamilan dioperasionalkan melalui status “kehamilan diinginkan/tidak diinginkan” atau “direncanakan/tidak direncanakan”, serta skala sikap yang menilai dimensi penerimaan dan perasaan ibu. Banyak studi mengelompokkan responden ke dalam kategori kehamilan diinginkan, tidak diinginkan, atau ragu/ambivalen, kemudian menganalisis kaitannya dengan depresi dan kecemasan perinatal (Rahyani dkk., 2025). Kehamilan yang tidak diinginkan, sebagai suatu sikap atau kondisi psikologis terhadap kehamilan itu sendiri, dapat secara langsung memengaruhi kesehatan mental ibu. Ketika seorang perempuan mengetahui bahwa dirinya hamil dalam keadaan tidak menginginkan atau tidak merencanakan kehamilan tersebut, respons emosional yang muncul sering kali berupa penolakan, keterkejutan, kekecewaan, atau kecemasan. Reaksi awal ini merupakan bentuk stres psikologis yang signifikan karena kehamilan dipandang sebagai peristiwa yang tidak sesuai dengan harapan, rencana, atau kesiapan pribadi (Saefurrohim dkk., 2025).

Sikap penolakan terhadap kehamilan dapat menimbulkan konflik batin yang berkelanjutan. Ibu mungkin mengalami ambivalensi, yaitu perasaan campur aduk antara menerima dan menolak kondisi yang sedang dijalani. Konflik internal semacam ini berpotensi memicu tekanan emosional yang terus-menerus, terutama ketika individu merasa kehilangan kendali atas arah hidupnya. Perasaan tidak siap, tidak rela, atau terpaksa menjalani kehamilan dapat berkembang menjadi gejala depresi, seperti perasaan sedih berkepanjangan, putus asa, dan hilangnya minat terhadap aktivitas sehari-hari. Selain itu, kehamilan yang tidak diinginkan dapat memengaruhi cara ibu memaknai perubahan yang terjadi dalam dirinya. Kehamilan yang direncanakan umumnya disertai penerimaan dan kesiapan mental, sehingga

perubahan fisik dan peran sosial dapat dijalani dengan lebih positif. Sebaliknya, apabila kehamilan tidak diinginkan, setiap perubahan yang terjadi dapat dipersepsikan sebagai beban. Persepsi negatif ini memperbesar risiko munculnya kecemasan, rasa takut terhadap masa depan, serta kekhawatiran berlebihan mengenai kemampuan diri dalam menjalani peran sebagai ibu (Saefurrohim dkk., 2025).

Meta-analisis dan studi kohort menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak direncanakan/tidak diinginkan secara konsisten meningkatkan risiko depresi perinatal, baik selama hamil maupun setelah melahirkan (Qiu dkk., 2020). Ibu dengan kehamilan tidak diinginkan dilaporkan memiliki peluang lebih besar mengalami gejala depresi dan kecemasan, meskipun analisis sudah mengontrol faktor usia, status ekonomi, dan riwayat gangguan mental. Karena itu, sikap terhadap kehamilan dipandang sebagai faktor internal penting yang perlu dinilai dalam skrining risiko gangguan kesehatan mental pada ibu hamil, bersamaan dengan faktor lain seperti dukungan sosial, kualitas tidur, dan riwayat psikologis (Muskens dkk., 2022).

Dalam penelitian ini, sikap terhadap kehamilan diukur menggunakan *Prenatal Attitudes Towards Motherhood and Pregnancy (PRE-MAMA)* yang terdiri dari 12 item dengan skala Likert 4 poin. Sebagian item negatif dilakukan *reverse scoring* sehingga skor yang lebih tinggi menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap kehamilan dan peran sebagai ibu. Total skor berada pada rentang 12–48 (Montazeri dkk., 2023).

Pengkategorian sikap dilakukan menjadi sikap positif dan sikap negatif. Pada beberapa penelitian, pengkategorian sikap dilakukan menggunakan persentase

skor total tertentu sebagai *cut-off point* untuk membedakan sikap positif dan negatif (Alibrahim & Mahalli, 2024; Wahidiyat dkk., 2021). Namun, karena instrumen *PRE-MAMA* belum memiliki *cut-off* baku, maka dalam penelitian ini penentuan kategori dilakukan menggunakan nilai *mean/median* skor total responden sesuai dengan hasil distribusi data (Montazeri dkk., 2023). Responden dengan skor $\geq$ median dikategorikan memiliki sikap positif terhadap kehamilan, sedangkan responden dengan skor $<$ median dikategorikan memiliki sikap negatif.

5. Usia

Usia ibu saat hamil termasuk salah satu faktor sosiodemografi yang sering dikaji karena berhubungan dengan kematangan emosi, kesiapan peran, dan risiko obstetri. Kehamilan pada usia remaja (<20 tahun) kerap dikaitkan dengan beban psikologis yang lebih besar, dukungan yang belum stabil, dan risiko sosial seperti stigma, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap depresi dan kecemasan. Sementara itu, usia >35 tahun sering dihubungkan dengan kekhawatiran terhadap komplikasi kehamilan dan janin, yang juga dapat menambah stres psikologis. Banyak penelitian mengelompokkan usia ibu ke dalam kategori <20 tahun, 20–35 tahun, dan >35 tahun untuk melihat pola risiko kesehatan mental pada tiap rentang usia (Ariasih dan Budiharsana, 2023).

Hasil penelitian Muraca dan Joseph (2024) menemukan bahwa wanita berusia 40–44 tahun yang melahirkan dalam lima tahun terakhir memiliki risiko depresi hampir empat kali lebih tinggi dibandingkan wanita usia 30–34 tahun. Temuan ini menunjukkan bahwa risiko depresi bukan semata-mata disebabkan oleh usia, melainkan oleh kombinasi antara usia maternal lanjut dan pengalaman kehamilan atau persalinan. Secara biologis, wanita usia lanjut lebih rentan mengalami

perubahan fisiologis yang kompleks selama kehamilan dan setelah persalinan. Fluktuasi hormon seperti estrogen dan progesteron yang terjadi secara drastis dapat memengaruhi keseimbangan neurotransmitter di otak, khususnya serotonin yang berperan dalam pengaturan suasana hati. Selain itu, usia yang lebih tua juga berkaitan dengan peningkatan risiko penyakit kronis dan komplikasi obstetri, seperti diabetes gestasional atau persalinan dengan tindakan operasi. Penelitian ini menunjukkan bahwa keberadaan penyakit kronis secara signifikan meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi. Kondisi medis tersebut dapat menambah beban fisik maupun psikologis pada ibu.

Dari sisi psikologis, wanita yang hamil pada usia lanjut sering kali dikategorikan sebagai kelompok berisiko tinggi. Label tersebut dapat memunculkan kecemasan berlebihan terhadap kesehatan diri dan janin. Selain itu, ibu pada usia yang lebih tua umumnya memiliki tanggung jawab sosial dan pekerjaan yang lebih besar dibandingkan ibu yang lebih muda. Beban peran ganda, seperti tuntutan karier dan tanggung jawab keluarga, dapat meningkatkan tingkat stres. Stres yang berlangsung terus-menerus, terutama pada masa setelah persalinan yang ditandai dengan kurang tidur dan perubahan peran, dapat memicu munculnya gejala depresi. Secara sosial, wanita yang melahirkan pada usia lebih tua mungkin memiliki dukungan sebaya yang lebih terbatas, karena sebagian besar teman seusianya telah melewati fase kehamilan sebelumnya. Kurangnya dukungan emosional dan sosial ini dapat memperburuk perasaan terisolasi. Dengan demikian, usia memengaruhi terjadinya depresi pada kehamilan melalui interaksi berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial. Kombinasi faktor-faktor tersebut menjelaskan mengapa

depresi lebih sering ditemukan pada ibu dengan usia maternal lanjut yang baru melahirkan dibandingkan pada kelompok usia lain (Muraca dan Joseph, 2024).

Dalam penelitian ini, usia ibu dikategorikan menjadi usia berisiko dan tidak berisiko berdasarkan klasifikasi usia reproduksi dalam pelayanan kesehatan maternal. Usia 20–35 tahun dikategorikan sebagai usia tidak berisiko karena merupakan rentang usia reproduksi aman, sedangkan usia <20 tahun dan >35 tahun dikategorikan sebagai usia berisiko karena berkaitan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetri maupun masalah psikologis selama kehamilan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Dengan demikian, *cut-off point* yang digunakan dalam penelitian ini adalah usia <20 tahun dan >35 tahun sebagai kelompok berisiko, serta usia 20–35 tahun sebagai kelompok tidak berisiko.

6. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan anak hidup yang pernah dialami seorang ibu dan biasanya diklasifikasikan menjadi primipara (melahirkan sekali) dan multipara (melahirkan ≥ 2 kali). Primipara cenderung menghadapi situasi baru yang belum pernah dialami, sehingga lebih rentan mengalami kecemasan dan ketidakpastian terkait persalinan, perawatan bayi, dan perubahan peran, yang dapat memicu gejala depresi dan kecemasan selama kehamilan maupun setelah melahirkan. Di sisi lain, ibu multipara menanggung beban tanggung jawab lebih besar karena harus mengasuh anak sebelumnya sambil menjalani kehamilan dan merawat bayi baru, sehingga kelelahan fisik dan stres peran berpotensi meningkatkan risiko gangguan mental perinatal (Fatmawati dan Gartika, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Zhang *dkk.* (2025) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dan kejadian depresi pada wanita. Paritas dalam penelitian ini didefinisikan sebagai jumlah kelahiran hidup yang pernah dialami seorang wanita. Hasil analisis menunjukkan bahwa dibandingkan dengan wanita yang belum pernah melahirkan, wanita dengan 1–3 anak memiliki risiko depresi yang lebih tinggi, dan risiko tersebut semakin meningkat pada wanita dengan empat anak atau lebih. Pola hubungan yang ditemukan bersifat non-linear, di mana peningkatan risiko terjadi secara nyata hingga sekitar tiga kelahiran, kemudian cenderung menetap. Paritas dapat memengaruhi terjadinya depresi melalui mekanisme biologis yang berkaitan dengan perubahan hormonal berulang selama kehamilan dan persalinan. Setiap kehamilan memicu fluktuasi signifikan hormon reproduksi, seperti estrogen dan progesteron, yang berperan dalam regulasi suasana hati. Paparan perubahan hormonal yang berulang dalam kehamilan multipel dapat memengaruhi stabilitas sistem saraf pusat, khususnya sistem yang mengatur respons stres dan emosi. Aktivasi sistem stres yang berlangsung berulang kali berpotensi meningkatkan kerentanan terhadap gangguan depresi, terutama pada wanita usia reproduktif aktif.

Paritas juga berhubungan dengan peningkatan beban fisik dan psikologis. Wanita dengan jumlah anak yang lebih banyak umumnya menghadapi tanggung jawab pengasuhan yang lebih besar, tuntutan waktu yang tinggi, serta tekanan ekonomi dan sosial yang lebih kompleks. Beban pengasuhan yang berlangsung dalam jangka panjang dapat menimbulkan kelelahan emosional, perasaan kewalahan, dan stres kronis. Jika kondisi tersebut tidak diimbangi dengan dukungan sosial yang memadai, risiko terjadinya depresi akan meningkat. Penelitian ini juga

menemukan bahwa hubungan antara paritas dan depresi lebih jelas terlihat pada wanita usia di bawah 45 tahun. Hal ini dapat dipahami karena pada kelompok usia tersebut wanita masih berada pada fase produktif, sehingga mereka sering kali harus menjalankan peran ganda sebagai ibu dan pekerja. Tekanan peran yang simultan dapat memperberat beban psikologis dan meningkatkan risiko gangguan suasana hati. Paritas yang lebih tinggi berkaitan dengan peningkatan risiko depresi melalui kombinasi faktor biologis dan psikososial. Jumlah kehamilan dan persalinan yang lebih banyak dapat meningkatkan akumulasi stres reproduktif serta beban tanggung jawab jangka panjang, sehingga menjadikan wanita dengan paritas tinggi sebagai kelompok yang perlu mendapatkan perhatian khusus dalam upaya pencegahan dan deteksi dini depresi (Zhang dkk., 2025).

Dalam penelitian ini, paritas dikategorikan menjadi primipara, multipara, dan grandemultipara berdasarkan klasifikasi obstetri maternal. Primipara adalah ibu yang pernah melahirkan satu kali, multipara adalah ibu yang pernah melahirkan 2–4 kali, sedangkan grandemultipara adalah ibu yang pernah melahirkan ≥ 5 kali (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Pengkategorian tersebut digunakan karena jumlah persalinan yang berbeda dapat memengaruhi tingkat pengalaman, kesiapan psikologis, serta beban pengasuhan ibu selama kehamilan.

7. Usia Kehamilan

Usia kehamilan atau umur gestasi menggambarkan kemajuan kehamilan dalam minggu atau trimester (trimester I, II, dan III), dan berhubungan dengan variasi keluhan fisik, perubahan hormonal, serta kekhawatiran menjelang persalinan (Yanti dan Fatmasari, 2023). Trimester pertama berlangsung dari minggu ke-1 sampai minggu ke-13, merupakan periode terpenting untuk

perkembangan struktur tubuh dan sistem organ janin, serta masa ketika sebagian besar keguguran dan cacat lahir terjadi. Trimester kedua berlangsung dari minggu ke-14 sampai minggu ke-26, pada fase ini keluhan tidak nyaman awal kehamilan biasanya berkurang, ibu mulai merasa lebih nyaman, dan gerakan janin mulai terasa. Trimester ketiga berlangsung dari minggu ke-27 sampai minggu ke-40 (Abubakar dkk., 2025). Gejala depresi dan kecemasan dapat muncul pada semua trimester, tetapi beberapa studi menunjukkan peningkatan keluhan psikologis pada trimester ketiga ketika ibu semakin dekat dengan persalinan, merasakan ketidaknyamanan fisik yang lebih berat, dan memikirkan keselamatan diri serta bayinya (Wang dkk., 2024).

Penelitian yang dilakukan oleh Truijens *dkk.* (2017) meneliti pola gejala depresi pada wanita hamil di setiap trimester. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi depresi berbeda pada tiap tahap kehamilan, yaitu sekitar 9,9% pada trimester pertama, meningkat menjadi 15,4% pada trimester kedua, dan 14,2% pada trimester ketiga. Selain itu, sekitar seperempat responden mengalami gejala depresi setidaknya satu kali selama kehamilan, sedangkan sebagian kecil mengalami gejala yang menetap sepanjang trimester ketiga. Temuan ini menunjukkan bahwa usia kehamilan berhubungan dengan perubahan tingkat depresi pada ibu hamil. Perbedaan tingkat depresi antartrimester dapat dijelaskan oleh perubahan biologis yang terjadi selama kehamilan. Pada trimester pertama, terjadi lonjakan hormon yang sangat cepat, terutama estrogen dan progesteron. Perubahan hormon yang drastis ini dapat memengaruhi keseimbangan zat kimia di otak yang mengatur suasana hati, sehingga meningkatkan risiko munculnya gejala depresi. Memasuki trimester kedua, meskipun sebagian wanita merasa kondisi fisiknya lebih stabil,

perubahan tubuh yang semakin nyata dan kesadaran akan tanggung jawab sebagai ibu dapat menimbulkan tekanan psikologis. Pada trimester ketiga, tubuh mulai mempersiapkan persalinan, dan kecemasan terhadap proses melahirkan maupun kesehatan bayi dapat meningkatkan stres emosional.

Setiap trimester membawa tantangan yang berbeda. Pada awal kehamilan, ibu harus menyesuaikan diri dengan perubahan fisik dan emosional yang mendadak. Pada pertengahan kehamilan, perhatian mulai tertuju pada perkembangan janin dan kesiapan menjadi orang tua. Menjelang akhir kehamilan, kekhawatiran terhadap persalinan dan perubahan peran sosial semakin meningkat. Perubahan tuntutan emosional yang terjadi secara bertahap ini dapat menyebabkan fluktuasi gejala depresi sepanjang masa kehamilan. Usia kehamilan memengaruhi depresi karena setiap trimester memiliki karakteristik biologis dan psikologis yang berbeda. Gejala depresi pada ibu hamil dapat muncul pada waktu tertentu dan tidak selalu bersifat menetap (Truijens dkk., 2017).

Dalam penelitian ini, usia kehamilan dikategorikan berdasarkan klasifikasi trimester kehamilan, yaitu trimester I apabila usia kehamilan berada pada minggu ke-1 sampai minggu ke-13, trimester II pada minggu ke-14 sampai minggu ke-26, dan trimester III pada minggu ke-27 sampai minggu ke-40 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Pengkategorian tersebut digunakan karena setiap trimester memiliki karakteristik biologis dan psikologis yang berbeda sehingga dapat memengaruhi kondisi kesehatan mental ibu hamil.

D. Penelitian Terkait

Penelitian-penelitian terdahulu menjadi landasan penting dalam penelitian ini karena memberikan pemahaman yang lebih luas mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan kesehatan mental ibu selama kehamilan dan masa pascapersalinan. Berdasarkan hasil telaah literatur, sebagian besar studi menggunakan desain kuantitatif *cross-sectional* maupun kualitatif fenomenologis, dengan fokus pada pengaruh paritas, status pekerjaan, dukungan sosial, kecemasan, serta risiko kehamilan terhadap gejala depresi, gangguan psikologis, dan kecemasan ibu hamil maupun ibu nifas. Kajian tersebut umumnya menyoroti adanya hubungan bermakna antara faktor-faktor demografis, obstetri, dan dukungan sosial dengan kesehatan mental, namun masih terbatas dalam mengidentifikasi secara spesifik faktor yang paling dominan berkontribusi terhadap kesehatan mental ibu pada konteks layanan primer tertentu.

Berangkat dari temuan tersebut, penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan rancangan *cross-sectional* untuk menganalisis faktor-faktor internal (seperti karakteristik individu dan kehamilan) dan eksternal (seperti dukungan sosial dan kondisi lingkungan) yang memengaruhi kesehatan mental ibu hamil, sekaligus menentukan faktor yang paling dominan. Kebaruan penelitian ini terletak pada pengkajian terintegrasi terhadap berbagai faktor risiko yang telah diidentifikasi dalam studi sebelumnya, namun diaplikasikan pada konteks ibu hamil di wilayah UPTD Puskesmas I Denpasar Barat. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya mendeskripsikan hubungan antarvariabel, tetapi juga memberikan bukti empiris yang lebih terarah mengenai faktor dominan yang dapat menjadi dasar

penyusunan intervensi pencegahan masalah kesehatan mental pada ibu hamil di tingkat layanan kesehatan dasar.

Tabel 1. *Literature Review*

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Rahyani dkk. (2025)	<i>Postpartum women ' s experiences of spousal and family support in Bali interpreted through hermeneutic phenomenology</i>	Desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi hermeneutik berdasarkan kerangka van Manen untuk menginterpretasikan pengalaman hidup ibu pascapersalinan terkait dukungan suami dan keluarga	15 ibu pascapersalinan berusia 18–41 tahun yang dipilih secara <i>purposive</i>	Analisis menghasilkan empat bentuk utama dukungan, yaitu dukungan emosional, instrumental, informasional, dan berbasis apresiasi, yang semuanya berperan penting dalam membentuk ketahanan emosional dan rasa diri ibu. Kehadiran emosional, berbagi peran pengasuhan, penenangan, dan pemberian pengakuan dipersepsikan sangat bermakna karena meningkatkan kepercayaan diri dan mengurangi rasa kesepian, serta dimaknai sebagai bentuk “ <i>care</i> ” eksistensial yang menopang identitas dan kesejahteraan ibu pascapersalinan.
2	Semerti dkk. (2025)	<i>The Pregnant Woman ' s Mental Health is at Risk Due to Certain Factors : A Cross-sectional Study</i>	Desain <i>cross-sectional</i> menggunakan kuesioner <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20) dari WHO	303 ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan dipilih dengan multistage random sampling di salah satu dari 16 puskesmas di Kecamatan Marga, Tabanan, Bali	Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia, tingkat pendidikan, usia kehamilan, dan pendapatan tidak berhubungan signifikan dengan kesehatan mental ibu hamil (masing-masing $p=0,698$; $p=0,836$; $p=0,167$; $p=0,967$), sedangkan status pekerjaan ($p=0,000$; $COR=2,703$; 95% CI: 1,594–4,585) dan paritas ($p=0,039$; $COR=0,568$; 95% CI: 0,342–0,944) berhubungan signifikan, dan analisis multivariat menegaskan bahwa status pekerjaan merupakan faktor paling berpengaruh terhadap kesehatan mental ibu hamil (AOR=2,692; 95% CI: 1,545–4,473; $p=0,000$), di mana ibu hamil yang tidak bekerja memiliki hampir tiga

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
					kali risiko mengalami gangguan kesehatan mental dibandingkan ibu hamil yang bekerja.
3	Budiarti dkk. (2025)	<i>Determinants of Psychological Disorders Among Pregnant Women in Indonesia : A Cross-sectional Study on The Roles of Social Support , Parity , and Anxiety</i>	Desain kuantitatif korelasional dengan pendekatan cross-sectional	114 ibu hamil yang menjalani antenatal care di Puskesmas di Jawa Timur, dipilih dengan teknik simple random sampling.	Dukungan sosial rendah ($p = 0,002$), status multipara ($p = 0,003$), dan tingkat kecemasan yang lebih tinggi ($p = 0,001$) berhubungan signifikan dengan peningkatan risiko gangguan psikologis pada ibu hamil.
4	Barat dkk. (2024)	<i>Prevalence and Risk Factors of Prenatal and Postnatal Depressive Symptoms in Babol Pregnancy Mental Health Registry : A Cross-Sectional Study</i>	Studi cross-sectional berbasis rumah sakit menggunakan data Babol Pregnancy Mental Health Registry (BPMHR) di Iran	2305 perempuan usia 18–48 tahun, yang meliputi 1639 ibu hamil (71,1%) dan 666 ibu postpartum (28,9%) yang terdaftar di BPMHR antara Juni 2020–Maret 2021	Prevalensi gejala depresi berdasarkan skor EPDS ≥ 10 adalah 19,8% pada ibu hamil dan 11,6% pada ibu postpartum, dengan faktor risiko depresi antenatal yang signifikan meliputi paritas ≥ 4 dibandingkan 1 kehamilan ($\beta=1,808$; $P=0,020$), usia kehamilan ≤ 12 minggu ($\beta=1,562$; $P=0,030$) dan 21–27 minggu ($\beta=1,586$; $P=0,033$) dibanding ≥ 28 minggu, serta kehamilan risiko tinggi dibanding kehamilan risiko rendah ($\beta=1,457$; $P=0,003$), sementara pada periode postpartum tidak ditemukan faktor yang berperan sebagai risiko signifikan dalam model multivariat
5	Suryaningsih dan Horhoruw (2024)	<i>The Relationship between Parity and Anxiety Levels of Pregnant Women in the Third Trimester</i>	Studi kuantitatif dengan desain cross-sectional	77 ibu hamil dipilih sebagai sampel menggunakan teknik purposive sampling	Sebagian besar ibu hamil trimester III mengalami kecemasan ringan (54,5%), diikuti kecemasan sedang (40,3%) dan kecemasan berat (5,2%), dengan proporsi kecemasan sedang dan berat lebih banyak pada ibu primigravida, dan uji Chi-square menghasilkan p-value 0,009 ($<0,05$) yang menunjukkan adanya

No	Peneliti	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
					hubungan signifikan antara paritas dan tingkat kecemasan ibu hamil trimester III di Puskesmas Jetis Yogyakarta.
6	Kay dkk. (2024)	<i>The Role of Social Support in Perinatal Mental Health and Psychosocial Stimulation</i>	Analisis sekunder dari uji klinis SUMMIT, menggunakan desain longitudinal dengan analisis regresi hirarkis bertahap	Sebanyak 309 partisipan perinatal (ibu hamil atau postpartum hingga 1 tahun) dengan skor EPDS ≥ 10 direkrut dari tiga rumah sakit akademik di Toronto, Kanada.	Hasil regresi longitudinal menunjukkan bahwa dukungan sosial yang dipersepsikan pada baseline secara signifikan memprediksi penurunan gejala depresi dan PTS pada 3 bulan setelah randomisasi, bahkan setelah dikontrol gejala awal, sementara gejala depresi dan PTS sendiri tidak berhubungan signifikan dengan stimulasi psikososial di rumah, tetapi dukungan sosial baseline justru menjadi prediktor signifikan lingkungan rumah yang lebih kaya stimulasi bagi anak.