

HUBUNGAN JUMLAH ANAK DENGAN DEPRESI ANTENATAL BERDASARKAN USIA DENGAN PARAMETER EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) DI KECAMATAN LEUWILIANG

Robiatun Amalia ranti, Slamet Smuarno, Juliarty Feredika

¹Universitas Binawan, Jakarta

²Universitas Binawan, Jakarta

³Universitas Binawan, Jakarta

robiatun.amaliyah@binawan.ac.id

Abstrak

Purpose : *The aims of this study is to determine the relationship between number of children and antenatal depression in pregnant women using Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Kecamatan Leuwiliang Bogor. **Method :** This study is a further analysis which is using previous study data base. The total sample of this study was 100 pregnant women in Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor. The number of children identified using the B2 block questionnaire in history of pregnancy and childbirth part, while the examination of depressed pregnant women was taken using the Edingburgh postnatal depression scale (EPDS) questionnaire. **Results :** The results of this study showed that of 100 samples of pregnant women, the number of children was 37% and the number of children was 63%. Pregnant women with severe depression as many as 71 persons (71%). Pregnant women with few children and major depression as many as 45 persons (71.4%) of the available samples. The correlation between the number of children and depression of pregnant women has a result of $r = -0.03$ and $p = 0.75$. **Conclusion:** This study shown there is no significant correlation between the number of children and antenatal depression in pregnant women in Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor.*

Keywords : *pregnant women, number of children, Depression, Antenatal, EPDS*

Pendahuluan

Kehamilan merupakan masa yang sangat sensitif dalam kehidupan wanita, yaitu rentan terhadap timbulnya gangguan secara fisik dan mental. Perawatan kesehatan ibu selama kehamilan telah dilakukan selama kurang lebih 100 tahun yang lalu. Perawatan ibu selama kehamilan merupakan bagian penting dari sistem kesehatan yang bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan sehingga kesehatan ibu dan bayi terjaga (Ganjoei, Mirzaei, & Anari-Dokht, 2011).¹

Berdasarkan pengamatan World Health Organization (WHO) Tahun 2015, angka

kematian ibu dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas adalah sebesar 303.000 jiwa dan angka kematian anak dibawah 5 tahun sebesar 5,4 juta jiwa (WHO, 2019).² Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi jika dibandingkan Negara ASEAN, dimana pada tahun 2016 angka kematian ibu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup (KH) (KemenkesRI, Profil Kesehatan Indonesia 2018, 2018).³ Hal ini menunjukkan belum tercapainya target nasional dalam *Millenium Development Goals (MDGs)*, yaitu 102 per 100.000 KH hingga tahun 2015. Angka tersebut juga belum mencapai target *Sustainable Development Goals (SDGs)*, yaitu 70 per 100.000 KH pada tahun 2030 (Anung, 2015).⁴

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2017, jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan sebanyak 696 orang (76.03/100.000 KH), jumlah ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2016, kematian ibu sebanyak 799. (DiskesJabar, 2017).⁵

Selama periode kehamilan, seorang wanita / calon ibu akan mengalami masalah kesehatan baru atau eksaserbasi masalah kesehatan sebelumnya atau saat ini. Hal ini terkait dengan terjadinya perubahan pada ibu seperti pada aspek muskuloskeletal, neurologis dan atau psikologis. Depresi merupakan salah satu masalah atau gangguan kesehatan jiwa yang paling banyak dialami oleh masyarakat. Depresi merupakan *real disease* atau masalah kesehatan masyarakat yang nyata. Kejadian depresi di dunia tergolong tinggi yaitu diperkirakan sebanyak 4% dari total populasi yang ada.

Depresi yang berlarut-larut dan tidak ditangani, dapat mengantarkan pada tindakan bunuh diri. Hampir 800.000 kematian akibat bunuh diri terjadi setiap tahun terjadi di dunia atau dengan kata lain setiap 40 detik, seorang meninggal karena bunuh diri. Tingginya kejadian depresi tersebut menjadi perhatian masyarakat dunia, sehingga world health organization (WHO) menjadikan depresi sebagai tema pada peringatan hari Kesehatan Sedunia Tahun 2017 (KemenkesRI, Hari Kesehatan Sedunia, 2017).⁶

Terdapat beberapa faktor penyebab depresi yang dialami ibu selama kehamilan, diantaranya adalah nutrisi / asupan selama masa kehamilan yang tidak terpantau dengan baik. Masalah nutrisi yang sering terjadi adalah kekurangan Vitamin D / *Vit. D Deficiency* dan kekurangan kalsium. *Vit. D Deficiency* (VDD) dapat meningkatkan risiko preeklamsi, GDM (gestational DM), produksi sitokin masa kehamilan, resistensi insulin, operasi Caesar primer, BMI, serta gejala depresi setelah melahirkan (Pligt, et al., 2018).⁷

Tingkat asupan yogurt dan kalsium yang lebih tinggi secara independen terkait dengan prevalensi gejala depresi yang lebih rendah selama kehamilan. Asupan kalsium yang

diberikan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok akan menghasilkan tingkat depresi yang rendah daripada pada kelompok dengan tingkat asupan kalsium rendah. Wanita berusia 41-57 tahun menunjukkan hubungan terbalik yang signifikan antara asupan kalsium dan depresi diri (Miyake Y. , Tanaka, Okubo, Sasaki, & Arakawa, 2014).⁸

Riwayat depresi, pendidikan ibu rendah dan multiparitas juga ditemukan sebagai faktor terkuat yang terkait dengan depresi selama kehamilan. Riwayat depresi dan pendidikan ibu rendah adalah faktor risiko yang terdokumentasi dengan baik menjadi penyebab depresi antenatal yang sesuai dengan penelitian lain di dunia (Colla, et al., 2017).⁹

Terdapat kecenderungan untuk fokus pada kesehatan fisik (ibu dan janin) selama kehamilan, daripada kesehatan mental, dan salah mengartikan keluhan emosional pada perubahan fisik dan hormon yang terjadi selama kehamilan (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2015).¹⁰

Hasil penelitian terkait umur ibu dengan depresi antenatal tidak signifikan, namun tidak sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa wanita hamil dengan usia muda memiliki risiko mengalami depresi antenatal lebih besar 1,28 kali lipat dibandingkan usia nonrisiko (Husna, Yanti, & Laila, 2018).¹¹

Penelitian terkait paritas dengan depresi antenatal menunjukkan hasil yang tidak signifikan secara statistik, tetapi tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa multiparitas meningkatkan risiko terjadinya depresi pada ibu (Husna, Yanti, & Laila, 2018).

Terdapat hubungan positif antara jumlah anak dan kemungkinan depresi antenatal; dengan prevalensi gejala depresi antenatal menjadi 55% lebih tinggi pada wanita yang telah memiliki satu anak (PR =1.55; 95%CI 1.28-1.88) dan 72% lebih tinggi pada wanita yang memiliki lebih dari dua anak (PR =1.72; 95%CI 1.38-2.15) (Colla, et al., 2017).⁹

Efek buruk kecemasan antenatal dan depresi pada anak yang sedang berkembang, antara lain: kelahiran premature, BBLR, berukurnya kemampuan kognitif dan meningkatkan ketakutan, peningkatan insiden penyakit pernapasan dan kulit pada awal kelahiran, serta peningkatan kadar kortisol yang terbangun (Waqas, et al., 2015).¹²

Detak jantung aktifitas, pola dan gerakan tidur, semua indikator perkembangan neurobehavioral, secara signifikan dipengaruhi oleh stress, depresi dan kecemasan ibu. Depresi antenatal juga merupakan predictor terkuat dari depresi pascanatal, yang dengan sendirinya terkait dengan beberapa efek buruk pada bayi (Waqas, et al., 2015).

Aktifitas fisik sedang bermanfaat jika dilakukan selama kehamilan, perbedaan yang signifikan lebih terlihat pada wanita dengan kelebihan berat badan atau obesitas (Blaque, García, López, Villar, & Cordero, 2017).¹³ Aktifitas fisik sedang dalam air yang dilakukan sesuai dengan metode untuk wanita hamil, dari usia 20 – 37 minggu kehamilan, dan diarahkan oleh personel terlatih dalam mengaplikasikan metode SWEP (strength and endurance-building exercise program), meningkatkan kualitas tidur, meningkatkan durasi, latensi dan efisiensi tidur teratur (Blaque, García, López, Villar, & Cordero, 2017).

Wilayah yang akan menjadi tempat melakukan penelitian ini adalah Desa Karehkel, Desa Leuwimekar, Desa Pabangbon, Desa Purasada dan Desa Purasari Kecamatan Leuwiliang, kabupaten Bogor. Kecamatan Leuwiliang terdiri dari 11 desa dan mempunyai 2 (dua) Puskesmas, Puskesmas UPT Leuwiliang dan Puskesmas Purasada. Daerah tersebut memiliki sarana kesehatan yang sudah baik karena terdapat 11 (sebelas) posyandu yang menangani kesehatan ibu dan anak setiap bulan. Kondisi wilayah Kecamatan Leuwiliang didominasi oleh persawahan dan perkebunan, dimana mata pencaharian mereka yaitu petani, pensiunan, guru sekolah, guru ngaji, wirausahawan, dll. Mayoritas pekerjaan ibu di Kecamatan Leuwiliang adalah ibu rumah

tangga, tetapi ada juga yang bekerja sebagai wirausaha baik dirumah maupun dipasar. Terkadang ibu-ibu disana juga membantu dalam menanam padi saat tahap menanam dan saat memanen padi. Kecamatan Leuwiliang bukan merupakan wilayah padat penduduk, sehingga lokasi masih sejuk. Selain itu terdapat 2 (dua) pasar tradisional di Kecamatan Leuwiliang, di jalan utama kota terdapat mini market di jalan utama desa, akan tetapi transportasi umum untuk akses masuk kedalam kampung masih minim (harus menggunakan motor, jalan kaki atau sewa angkot) dan terlampau jauh. (Binawan, 2019).¹⁴

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan analisis lanjut "Hubungan Jumlah Anak dengan Depresi Antenatal Berdasarkan Usia Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor Tahun 2019" dari penelitian "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0-60 Bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019".

Penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan di Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor Jawa Barat pada tahun 2019. Populasi target penelitian adalah ibu hamil, ibu yang mempunyai anak balita dan anak usia 0 – 60 bulan.

Sample dihitung menggunakan *Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)* didapatkan hasil hasil diatas dapat dilihat bahwa jumlah sample survei untuk penelitian ini pada variable ibu minimal berjumlah 83 orang. Dan pada variable anak 0 – 60 bulan minimal 186 orang. Untuk mengatasi respon rate yang rendah maka diperlukan subjek penelitian yang lebih banyak dari sample minimal sehingga dibuatkan menjadi 100 orang untuk variable ibu dan 200 orang untuk variable anak usia 0 – 60 bulan. Dimana masing – masing subjek yang diambil telah dipilih melalui teknik propotional sampling sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria Inklusi mencakup Ibu hamil usia 17 – 42 tahun, tinggal di kecamatan

Leuwiliang. Sedangkan Kriteria Eksklusi adalah Ibu hamil yang tidak komunikatif. Sebelum di lakukan pengambilan data dengan instrumen penelitian dilakukan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) dan mengisi serta menanda tangani formulir kesediaan (inform consent). Selanjutnya yang bersedia mengikuti penelitian menjadi sampel penelitian (subjek penelitian).

Sample akan diberikan formulir kuesioner yang terdiri dari nama, usia, pekerjaan, kesehatan lingkungan, riwayat penyakit, keehatan mental dan pengetahuan sikap dan perilaku lalu dilakukan pemeriksaan dan pengukuran *Stetoskop, Timbangan, midline, Questionnaire, Endinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), State Trait Anxiety Inventory, Perceived Stress Scale, The Epworth Sleppness Scale (ESS), Question, ODI, VAS, Z-Score, Denver Development Screening Test.*

Hasil dan Pembahasan

Dari table 1.1. dibawah ini, terlihat bahwa tabulasi silang dari jumlah anak sedikit dan depresi berat ibu hamil pada usia berisiko ibu hamil adalah yang paling menggambarkan kesejalanan dengan Tabel 1.2. Hasil tersebut menyatakan bahwa, arah hubungan negatif yakni semakin sedikit jumlah anak yang dimiliki akan meningkatkan depresi ibu. Namun, secara statistic hubungan tidak bermakna karena nilai $p > 0,05$.

Tabel 1.1. Tabulasi Silang Hubungan Jumlah Anak dengan Depresi Berdasarkan Usia Berisiko dan Tidak Berisiko Ibu Hamil

Variabel	Depresi (EPDS)			Total
	Tidak Depresi	Depresi Sedang	Depresi Berat	
	Jumlah Anak Keseluruhan (n=100)			

Sedikit	8	11	44	63
Banyak	2	8	27	37

Jumlah Anak Usia Ibu Berisiko (41)

Sedikit	2	7	18	27
Banyak	0	6	8	14

Jumlah Anak Usia Ibu Tidak Berisiko (n=59)

Sedikit	6	4	26	36
Banyak	2	2	19	23

Dari tabel 1.2. di bawah ini, hubungan antara jumlah anak dengan depresi ibu hamil berdasarkan usia berisiko ibu hamil memiliki koefisien korelasi $r = -0,12$. Nilai negatif pada koefisien korelasi menunjukkan hubungan berbanding terbalik. Semakin sedikit anak yang dimiliki, semakin tinggi tingkat depresi ibu, dan berlaku sebaliknya. Hubungan jumlah anak dengan depresi berdasarkan usia berisiko ibu hamil memiliki nilai keeratan hubungan cukup kuat ($r = -0,12$), namun tidak bermakna secara statistik $p = 0,45$ ($p > 0,05$).

Tabel 5.7 : Tabel Hubungan Jumlah Anak dengan Depresi Berdasarkan Usia Berisiko Ibu Hamil (n= 41)

Variabel	Depresi	
	r	p
Jumlah Anak	-0,12	0,45

* Spearman test tidak bermakna

Hasil tabulasi penelitian ini menyatakan terdapat hubungan negatif antara jumlah anak dan depresi ibu hamil dengan nilai $r = 0,03$ dan $p > 0,05$ yang berarti berhubungan sangat lemah

dan tidak bermakna secara statistik. Hasil tersebut berarti terdapat hubungan terbalik, yaitu jika jumlah anak lebih banyak, maka depresi pada ibu saat kehamilan akan berkurang. Sedangkan depresi antenatal meningkat pada ibu dengan jumlah anak yang sedikit. Hal ini sesuai dengan pernyataan (Husna, Yanti, & Laila, 2018) dalam penelitiannya di Kota Pekanbaru yang menyatakan depresi selama kehamilan tidak berhubungan dengan jumlah anak yang lebih banyak serta kelahiran ibu sebelumnya. Penelitian tersebut menunjukkan hasil yang tidak signifikan secara statistik. Hal tersebut juga sama dengan penelitian (Annerangi Wiyar, 2013), yang menyimpulkan ibu dengan anak ≥ 1 memiliki peluang depresi selama kehamilan 0,42 kali lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak sedikit / tidak memiliki anak.

Namun, terdapat hasil penelitian berbeda dari (Nan Guo, 2014) yang berpendapat tingginya jumlah anak menjadi faktor psikososial terjadinya depresi antenatal. Jumlah anak dan depresi antenatal memiliki hubungan positif dan meningkat dengan bertambahnya jumlah anak yang dimiliki menurut (Colla, et al., 2017). Menurutny, ibu hamil dengan jumlah anak yang banyak tinggal di rumah memiliki risiko depresi yang lebih besar dibandingkan ibu dengan kehamilan pertama.

Dari hasil penelitian ini, serta beberapa penelitian lain yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa jumlah anak menjadi salah satu faktor terjadinya depresi antenatal pada ibu. Namun, penelitian di Indonesia dan penelitian ini menunjukkan hasil yang berkebalikan dengan penelitian di luar negeri. Terlepas dari keterbalikan hasil yang ada, dapat disimpulkan bahwa masih banyak ibu hamil yang mengalami depresi antenatal.

Depresi antenatal menjadi penting untuk diperhatikan. Menurut (Waqas, et al., 2015), depresi antenatal merupakan prediktor terkuat dari depresi pascanatal yang kemudian terkait

dengan beberapa efek buruk pada bayi. Bayi yang lahir dari ibu dengan depresi antenatal dapat lahir premature, berat bayi lahir rendah (BBLR), berkurangnya kemampuan kognitif dan meningkatkan ketakutan, meningkatkan insiden penyakit pernapasan dan kulit pada awal kelahiran.

Dari hasil penelitian ini semakin sedikit anak yang dimiliki, semakin besar tingkat depresi ibu hamil. Penulis berasumsi hal tersebut mungkin dipengaruhi beberapa faktor penyebab yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Usia ibu yang menjadi pembanding pada penelitian ini memiliki rata-rata $26,7 \pm 5,9$. Usia ibu dapat dikelompokkan menjadi usia berisiko dan tidak berisiko. Usia berisiko ibu memiliki kemungkinan depresi yang lebih tinggi dibanding usia tidak berisiko. Usia berisiko mungkin belum memiliki pengalaman melahirkan dan mengasuh anak, atau sudah melebihi batas usia mengandung menjadi beberapa kemungkinan depresi pada ibu dengan jumlah anak sedikit. Gaya hidup juga menjadi faktor depresi antenatal ibu. Gaya hidup merokok, pola tidur yang tidak teratur, serta asupan nutrisi yang tidak mencukupi mungkin menjadi penyebab lain terjadinya depresi antenatal. Menurut (Yuri Kawasaki, 2017), gaya hidup merokok memiliki hubungan positif yang signifikan antara mantan perokok dan ibu yang masih merokok dengan depresi antenatal.

Penyebab terjadinya depresi antenatal terkhusus di Kecamatan Leuwiliang Bogor dapat dicegah, dengan menjalin kerjasama yang nyata antara pemerintah, ibu hamil serta keluarga dalam menjaga kesehatan fisik serta psikis. Pemerintah dapat melakukan kegiatan kuratif seperti penyuluhan tentang jumlah anak ideal serta pentingnya melakukan gaya hidup tidak merokok, makan makanan berasupan sesuai, melakukan aktifitas fisik yang mudah dipahami, dan melakukan pemeriksaan kehamilan secara berkala. Kesadaran ibu hamil dan keluarga pun perlu ditingkatkan, sehingga program yang telah dirancang dapat terlaksana dengan tepat

sasaran. Hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu rujukan dalam mengurangi depresi dan meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup ibu selama hamil. Penelitian selanjutnya diperlukan untuk dapat mengkaji lebih dalam dan lebih akurat penyebab depresi lainnya.

Kesimpulan

Di Kecamatan Leuwiliang Bogor, ibu hamil yang memiliki anak dengan kategori sedikit (0-1 anak) lebih tinggi dari ibu hamil yang memiliki anak \geq 2. Berdasarkan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), depresi ibu hamil dikategorikan menjadi 3 kelompok tidak depresi, depresi sedang dan depresi berat. Ibu hamil dengan tingkat depresi berat memiliki jumlah yang paling banyak dibandingkan kategori lain. Tidak terdapat hubungan jumlah anak dengan tingkat depresi ibu hamil berdasarkan usia beresiko dan tidak beresiko di Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor.

Daftar Pustaka

- (BPS), B. P. (2019, 9 13). Jumlah Penduduk Indonesia Menurut Kelompok Umur (2020E). *Jumlah Penduduk Indonesia Diproyeksikan Mencapai 270 Juta pada 2020*, hal. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/09/13/jumlah-penduduk-indonesia-diproyeksikan-mencapai-270-juta-pada-2020>.
- Annerangi Wiyar, H. (2013). Prevalensi dan Determinan Ansietas dan Depresi Antenatal di Puskesmas Pasar Minggu Tahun 2013. *Fakultas Kesehatan Masyarakat UI*, 1-20.
- Anung. (2015). Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs). *RAKORPOP Kementerian Kesehatan RI*, (hal. 24). Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Bogor. (2018). Dalam *Kecamatan Leuwiliang dalam Angka 2018* (hal. 2 ; 9-10). Kabupaten Bogor: BPS Kabupaten Bogor.
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 130 ; 698-709.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2015). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 1-50.
- Binawan. (2019). Dalam *Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil, dan Tumbuh Kembang Anak usia 0-60 bulan (balita) pada Desa dengan Populasi Subjek Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang* (hal. 11-12 ; 23-31). Jakarta: Universitas Binawan.
- Blanke, R. R., García, J. S., López, A. S., Villar, N. M., & Cordero, M. A. (2017). The influence of physical activity in water on sleep quality in pregnant women: A randomised trial. *Women and Birth*, 1-8.
- Bowen, A. H. (2007). *Antenatal depression: Prevalence and determinants in a high-risk sample of women in Saskatoon*. Canada: ProQuest Dissertations and Theses.
- Colla, C. d., Silveira, M. F., Bassani, D. G., Netsi, E., Wehrmeister, F. C., Barros, F. C., & Stein, A. (2017). Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 140-146.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 786.
- DiskesJabar. (2017). Germas. Dalam D. K. Barat, *Profil Kesehatan Jawa Barat 2017* (hal. 15-17). Bandung.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Women's Mental Health*, 25-32.
- Ganjoei, T., Mirzaei, F., & Anari-Dokht, F. (2011). Relationship between prenatal care and the outcome of pregnancy in low-risk pregnancies. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109.
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer, B. S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 83 ; 106.

- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M., Lino, G., Lunardi, C., . . . Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health*, 21-30.
- Golbasi Zehra, M. K. (2010). Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women. *Matern Child Health*.
- Golbasi, Z., Kelleci, M., & Kisacik, G. (2010). Prevalence and Correlates of Depression in Pregnant Among Turkish Women. *Matern Child Health J*.
- Husna, R. K., Yanti, & Laila, A. (2018). Faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi antenatal pada ibu hamil di bidan praktik mandiri (BPM) kota Pekanbaru tahun 2017. *Jurnal Ibu dan Anak*, 17-25.
- Irianti, I., & Herliina, N. (2010). *Buku Ajar Psikologi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Kamariyah, N., Anggasari, Y., & Muflihah, S. (2014). *Buku Ajar Kehamilan Untuk Mahasiswa dan Praktisi Keperawatan serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kaplan, H., & Sadok, B. (1997). *Sinopsis Psikiatri, Edisi Ketujuh, Jilid I*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kaplan, H., & Sadok, B. (1998). *Comprehensive Textbook of Psychiatry 5th Edition*. USA: William & Walkins.
- KemenkesRI. (2017, April 6). Hari Kesehatan Sedunia. *Fokus Cegah Depresi*, hal. 1.
- KemenkesRI. (2018). Profil Kesehatan Indonesia 2018. Dalam O. Primadi, R. Kurniawan, Yudianto, B. Hardhana, T. Siswanti, F. Sibuea, . . . Y. A. Indrayani, *Profil Kesehatan RI 2018* (hal. 111-112). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kessler, R., Berglund, P., & Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: result from The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*.
- Kuswanti, I. (2014). *Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maria Assumpta Ortiz Collado, M. S. (2014). Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 1-12.
- Maslim, R. (1997). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Kejiwaan*. Jakarta.
- Miyake, Y., Tanaka, K., & Arakawa, M. (2012). Employment, income, and education and prevalence of depressive symptoms during pregnancy: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Psychiatry*.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Okubo, H., Sasaki, S., & Arakawa, M. (2014). Intake of dairy products and calcium and prevalence of depressive symptoms during pregnancy in Japan: a cross sectional study. *Epidemiology*, 336-343.
- Nan Guo, C. B.-P. (2014). Mental health related determinants of parenting stress among urban mothers of young children-result from a birth-cohort study in Ghana and Côte d'Ivoire. *BMC Psychiatry*, 1-12.
- Nilam Shakeel, M. E.-G. (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 1-11.
- Okitriyanto, Puspitawati, H., & Muflikhati, I. (2015). Nilai Anak Dan Jumlah Anak Yang Diinginkan Pasangan Usia Subur Di Wilayah Perdesaan Dan Perkotaan. *Jur. Ilm. Kel. & Kons*.
- Pligt, P. v., Willcox, J., Gay, E. A., Murray, E., Worsley, A., & and Daly, R. M. (2018). Associations of maternal vitamin D deficiency with pregnancy and neonatal complications in developing countries: A systematic review. *Nutrients*, 1-22.
- Qurniyati, E., Murti, B., & Tamtomo, D. (2014). Hubungan Usia Ibu Hamil, Jumlah Anak, Jarak Kelahiran dengan Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan di BPM Titik Hariningrum, Kota Madiun. *Diglib UNS*, 6-7.
- Rahayu, M. L. (2009). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi jumlah anak yang diinginkan oleh Perempuan Usia Subur (PUS) yang bekerja dan pengaruhnya terhadap pendapatan rumah tangga: studi kasus di Kecamatan Taman Kota Madiun. *Jurnal Sosial*.

Romauli, S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1: Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Media.

Saifuddin, A. B., Rachimhadhi, T., & Wiknjastro, G. H. (2008). Dalam *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo* (hal. 174 ; 213-214). Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sumarmi, M., Dewi, E. S., & Indayati, R. S. (2015). Pengetahuan Ibu Primigravida Tentang Perubahan Fisiologis Pada Masa Kehamilan. *Jurnal Wimisada*, 99-100.

Survei Sosial Ekonomi Nasional. (2007). Badan Pusat Statistik.

Suyono, H., Soedarmadi, M., & Noerdin, M. (2013). *Menyegarkan pembangunan kependudukan di Indonesia: Akseptor KB membangun keluarga sejahtera*. Jakarta: Damandiri.

Waqas, A., Raza, N., Lodhi, H. W., Muhammad, Z., Jamal, M., & Rehman, A. (2015). Psychosocial Factors of Antenatal Anxiety and Depression in Pakistan: Is Social Support a Mediator? *Plos One*, 1-14.

WHO. (2019). *World Health Statistics Overview*. World Health Organization.

Yuri Kawasaki, Y. M. (2017). Smoking and secondhand smoke exposure and prevalence of

depressive symptoms during pregnancy in Japan: baseline data from Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *Tobacco Induced Diseases*, 1-7.