

Artikel Penelitian

Hubungan Depresi Antepartum dengan Profil Ibu Hamil di Puskesmas Sirnajaya Serang Baru Periode Kunjungan Tahun 2022

Lidya Qanita¹, Rusdi Effendi^{2*}

¹Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, Indonesia

*Corresponding author: effendirusdi505@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Depression often occurs in women who experience pregnancy and childbirth. Hormonal changes during pregnancy result in mood swings such as deep sadness and a feeling of not caring about the surrounding environment. Sociodemographic and psychosocial maternal age under 20 years and above 35 years old, first trimester gestational age, low educational status, parity or number of birth, occupation and economic status, have a three time chance of experiencing antepartum depression. **Purposes:** to determine the relationship between the profile of pregnant women such as gestational age, maternal age, gravida, parity, history of abortion, occupation, education, and economic status to antepartum depression. **Method:** A quantitative study with a cross-sectional design is used. The sample was 45 people. The research instrument uses the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Statistical test analysis using the chi-square test. The inclusion criteria were pregnant women in the second trimester and third trimesters who filled the questionnaire completely. **Result:** It was found that there was no relationship between antepartum depression and the profile of pregnant women, such as gestational age (P value = 0.203); age (P value = 1.000); gravida (P value = 0.138); history of abortion (P value = 1.000), occupation (P value = 0.729), education (P value = 0.511), and economic status (P value = 0.965). Meanwhile, antepartum depression and parity status are significantly related (P value = 0.042). **Conclusion:** This study obtained parity status has a significant relationship with antepartum depression but not with other pregnant women profile variables.

Keywords: antepartum depression, mental health, pregnancy, pregnancy depression

ABSTRAK

Latar Belakang: Depresi banyak terjadi pada wanita yang mengalami kehamilan dan persalinan. Perubahan hormon saat kehamilan mengakibatkan perubahan suasana hati seperti sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli terhadap lingkungan sekitarnya. Sosiodemografi dan psikososial usia ibu dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun, usia kehamilan trimester pertama, status pendidikan yang rendah, paritas/jumlah kelahiran, pekerjaan dan status ekonomi mempunyai peluang 3 kali mengalami depresi antepartum. **Tujuan:** mengetahui hubungan variabel profil ibu hamil yaitu usia ibu, usia kehamilan, gravida, paritas, riwayat abortus, pekerjaan, pendidikan, dan status ekonomi terhadap depresi antepartum. **Metode:** Penelitian bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional menggunakan data primer. Sampel berjumlah 45 orang tanpa kriteria eksklusi. Instrumen penelitian menggunakan kuisioner *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS). Analisis uji statistik menggunakan uji chi-square. Kriteria inklusi adalah wanita hamil trimester II dan trimester III yang mengisi

kuesioner dengan lengkap. **Hasil:** Didapatkan jumlah subjek 45 ibu hamil. Status paritas mempunyai hubungan bermakna dengan dengan depresi antepartum (P value = 0,042). Sedangkan pada profil ibu hamil lainnya tidak didapatkan hubungan bermakna dengan depresi antepartum, usia kehamilan (P value = 0,203); usia (P value = 1,000); gravida (P value = 0,138); riwayat abortus (P value = 1,000), pekerjaan (P value = 0,729), pendidikan (P value = 0,511), dan status ekonomi (P value = 0,965). **Simpulan:** Penelitian ini mendapatkan status paritas mempunyai hubungan yang bermakna dengan depresi antepartum, tetapi tidak dengan variabel profil ibu hamil lainnya.

Kata kunci: depresi antepartum, depresi kehamilan, kehamilan, kesehatan mental

PENDAHULUAN

Depresi adalah gangguan *mood* yang terjadi berupa suasana sedih, cemas, perasaan bersalah, merasa tidak berharga, gelisah, sulit tidur, hingga berpikir untuk bunuh diri atau membunuh bayinya (1). Depresi adalah gangguan kesehatan mental yang berdampak negatif sehingga dapat memengaruhi seseorang dalam berpikir dan bertindak (2).

Menurut *World Health Organization* tahun 2015, orang yang menderita depresi berjumlah 322 juta dari populasi dunia. Prevalensi tertinggi pada wilayah Asia Tenggara dan Pasifik-Barat dengan jumlah kasus masing-masing adalah 27% dan 21% dari 322 juta jiwa yang menderita depresi. Gangguan depresi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria, dengan prevalensi wanita 5,1% dan pria 3,6% (3). Pada tahun 2022, *World Population Review* melaporkan bahwa prevalensi depresi di Indonesia sebesar 3,7% dengan jumlah kasus sebanyak 9 juta jiwa. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 melaporkan bahwa prevalensi depresi pada usia ≥ 15 tahun adalah 6,1% secara global dan 7,8% di Jawa Barat.

Depresi adalah salah satu masalah kesehatan mental yang sering terjadi pada ibu hamil dan melahirkan memengaruhi sekitar 20% wanita *antepartum* dan *postpartum* (4,5). Pada penelitian lain menyebutkan bahwa prevalensi kejadian depresi pada ibu hamil sekitar 9-16% bahkan beberapa statistik menyebutkan hingga 20%. Penggunaan antidepresan semakin meningkat antara 5-7% (6). Penelitian oleh Misrawati (2020) melaporkan bahwa prevalensi ibu hamil di Jakarta yang mengalami depresi *antepartum* adalah 59,7% (7). Depresi *antepartum* tidak hanya berdampak pada ibu, akan tetapi berdampak juga pada anak. Prevalensi depresi *antepartum* terbanyak terjadi pada trimester kedua dan ketiga (8).

Beberapa faktor yang mendasari terjadinya depresi adalah genetik, perubahan fisiologis dan hormon saat kehamilan, riwayat penyakit mental sebelumnya, bahkan masalah psikososial dan rumah tangga (9,10). Berdasarkan sosiodemografi dan psikososial usia ibu dibawah 20 tahun, usia kehamilan trimester pertama, status pendidikan yang rendah, paritas/jumlah kelahiran, pekerjaan dan status ekonomi mempunyai peluang 3 kali mengalami depresi antepartum (11). Depresi *postpartum* juga merupakan salah satu dampak dari depresi pada masa antenatal yang tidak diobati (12). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan profil ibu hamil terhadap depresi antepartum di Puskesmas Sirnajaya Serang Baru periode kunjungan tahun 2022.

METODE

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan data primer. Penelitian dilaksanakan pada bulan November – Desember 2022 di Puskesmas Sirnajaya Serang Baru, Kabupaten Bekasi. Pengambilan sampel menggunakan rumus Slovin. Populasi sampel 140 dengan jumlah sampel 45 responden, diambil dengan cara *simple random sampling*, kriteria inklusi adalah wanita hamil trimester II dan trimester III yang mengisi kuesioner dengan lengkap. Pengambilan data menggunakan instrumen berupa kuesioner *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS). Uji statistik menggunakan uji *chi-square* dengan aplikasi *Statistical Program for Social Science* (SPSS).

Profil ibu hamil meliputi, usia kehamilan, usia ibu, gravida, paritas, riwayat abortus, pekerjaan, pendidikan, dan status ekonomi merupakan variabel yang ingin diketahui hubungannya dengan depresi antepartum. Penelitian ini sudah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan nomor etik 313A/PE/KE/FKK-UMJI/2023.

HASIL

Data hasil penelitian berupa variabel penelitian dan profil ibu hamil terdiri dari usia kehamilan, usia ibu, gravida, partus, abortus, pekerjaan, pendidikan, dan status ekonomi, dapat dilihat pada tabel 1 dan tabel 2. Berdasarkan hasil tabel 1. diketahui bahwa dari 45 responden sebanyak 21 orang (46,7%) tanpa depresi dan 24 orang (53,3%) depresi dengan rerata skor depresi adalah [Median (min, max)] 8,0 (0, 27). Usia kehamilan > 28 minggu memiliki jumlah terbanyak sebesar 28 orang (62,2%). Kelompok usia 20 – 35 tahun memiliki jumlah terbanyak sebesar 39 orang (86,7%) dengan rerata usia (Mean ± St. deviasi) 28,6 ± 5,357. Kelompok multigravida memiliki jumlah paling banyak sebesar 34 orang (75,6%). Kelompok paritas terbanyak terbanyak adalah primipara dengan jumlah 21 orang (46,7%). Responden tanpa riwayat abortus dengan jumlah 38 orang (84,4%) lebih banyak dibandingkan dengan riwayat abortus sebanyak 7 orang (15,6%). Responden yang tidak bekerja memiliki jumlah terbanyak sebesar 35 orang (77,8%). Riwayat pendidikan tinggi dengan jumlah 28 orang (62,2%) lebih banyak jumlahnya dibandingkan pendidikan rendah sebanyak 17 orang (37,8%). Kelompok ekonomi > 3.000.000 memiliki jumlah paling banyak sebesar 32 orang (71,1%).

Berdasarkan Tabel 2. usia kehamilan > 28 minggu dengan depresi terbanyak dengan jumlah 17 orang (37,8%). Kelompok usia 20 – 35 tahun dengan jumlah depresi terbanyak dengan jumlah 21 orang (46,7%). Kelompok multigravida memiliki jumlah depresi lebih banyak dengan jumlah 16 orang (35,6%) dibandingkan kelompok primigravida dengan jumlah 8 orang (17,8%). Kelompok multipara memiliki jumlah depresi lebih banyak dengan jumlah 9 orang (20%) dibandingkan kelompok nullipara dan primipara dan pada variabel ini berhubungan dengan depresi *antepartum* (P value = 0,042). Responden tanpa riwayat abortus 20 orang (44,4%) memiliki jumlah depresi lebih banyak dibandingkan yang memiliki riwayat abortus 4 orang (8,9%). Responden yang tidak bekerja 18 orang (40%) memiliki jumlah depresi lebih banyak dibandingkan dengan yang bekerja 6 orang (13,3%). Responden dengan riwayat pendidikan tinggi 16 orang (35,6%) lebih banyak menderita depresi dibandingkan dengan pendidikan rendah 8 orang (17,8%). Kelompok ekonomi atau berpenghasilan > Rp 3.000.000 sebanyak 17 orang (37,8%) lebih banyak mengalami depresi dibandingkan kelompok ekonomi atau berpenghasilan < Rp 3.000.000 (15,6%).

Tabel 1. Karakteristik Profil Ibu Hamil di Puskesmas Sirnajaya Serang Baru Periode Kunjungan Tahun 2022

Variabel	Jumlah (N=45)	Persentase (%)
Depresi		
Tidak	21	46,7
Ya	24	53,3
Usia Kehamilan		
<28 minggu	17	37,8
>28 minggu	28	62,2
Usia Ibu		
20 – 35 Tahun	39	86,7
>35 Tahun	6	13,3
Gravida		
Primigravida	11	24,4
Multigravida	34	75,6
Paritas		
Nullipara	11	24,4
Primipara	21	46,7
Multipara	13	28,9
Abortus		
Tidak abortus	38	84,4
Riwayat abortus	7	15,6
Pekerjaan		
Tidak bekerja	35	77,8
Bekerja	10	22,2
Pendidikan		
Pendidikan rendah	17	37,8
Pendidikan tinggi	28	62,2
Ekonomi		
<3.000.000	13	28,9
>3.000.000	32	71,1

Tabel 2. Hubungan Depresi Antepartum dengan Profil Ibu Hamil di Puskesmas Sirnajaya Serang Baru Periode Kunjungan Tahun 2022*

Variabel	Tidak Depresi N(%)	Depresi N(%)	Total	P-value
Usia Kehamilan				
<28 minggu	10 (22,2)	7 (15,6)	17 (37,8)	0,203
>28 minggu	11 (24,4)	17 (37,8)	28 (62,2)	
Usia Ibu				
20 – 35 Tahun	18 (40)	21 (46,7)	39 (86,7)	1,000
>35 Tahun	3 (6,7)	3 (6,7)	6 (13,3)	
Gravida				
Primigravida	3 (6,7)	8 (17,8)	11 (24,4)	0,138
Multigravida	18 (40)	16 (35,6)	34 (75,6)	
Paritas				
Nullipara	3 (6,7)	8 (17,8)	11 (24,4)	0,042
Primipara	14 (31,1)	7 (15,6)	21 (46,7)	
Multipara	4 (8,9)	9 (20)	13 (28,9)	
Abortus				
Tidak abortus	18 (40)	20 (44,4)	38 (84,4)	1,000
Riwayat abortus	3 (6,7)	4 (8,9)	7 (15,6)	
Pekerjaan				
Tidak bekerja	17 (37,8)	18 (40)	35 (77,8)	0,729
Bekerja	4 (8,9)	6 (13,3)	10 (22,2)	
Pendidikan				
Pendidikan rendah	9 (20)	8 (17,8)	17 (37,8)	0,511
Pendidikan tinggi	12 (26,7)	16 (35,6)	28 (62,2)	
Ekonomi				
<3.000.000	6 (13,3)	7 (15,6)	13 (28,9)	0,965
>3.000.000	15 (33,3)	17 (37,8)	32 (71,1)	

*Uji Chi Square

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menemukan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara usia kehamilan ibu hamil dengan depresi *antepartum*. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian oleh Acheanpong (2022) melaporkan bahwa tidak ada hubungan depresi dengan usia kehamilan saat (13). Penelitian oleh Okagbue H (2019) juga menyatakan tidak ada keterkaitan antara durasi kehamilan atau usia kehamilan dengan depresi *antepartum* dan tidak ada pola yang menyebabkan kedua variabel itu terkait. Karena, depresi *antepartum* dapat terjadi pada tiap trimester atau selama kehamilan. Depresi *antepartum* juga dapat terjadi kapan pun dengan pengaruh beberapa faktor seperti psikososial, ekonomi, dan psikologis (14).

Hubungan usia ibu terhadap depresi memiliki nilai *P value* sebesar 1,000; maka tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu hamil dengan depresi *antepartum*. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Acheanpong (2022) yang menyatakan bahwa terdapat keterkaitan antara usia ibu hamil dengan kejadian depresi selama kehamilan. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa usia ≥ 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi terhadap kejadian depresi *antepartum*, artinya usia ibu yang lebih tua berkaitan dengan gejala depresi *antepartum*. Hasil penelitian Acheanpong sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Weobong bahwa usia ibu yang tua meningkatkan risiko yang signifikan pada depresi *antepartum*. Hubungan tersebut dikaitkan dengan risiko komplikasi kehamilan yang lebih tinggi dan kejadian morbiditas yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu muda (13). Sedangkan penelitian oleh Ayu (2019), menyatakan bahwa usia ibu hamil berpengaruh pada tingkat stress selama kehamilan, terutama usia ibu yang lebih muda. Ibu dengan usia muda berpeluang 10,31 kali mengalami *prenatal distress* dibandingkan dengan usia dewasa. Karena semakin muda usia ibu dapat meningkatkan masalah psikososialnya (15).

Kelompok multigravida lebih banyak mengalami depresi dibandingkan kelompok primigravida. Dalam penelitian ini ditemukan tidak terdapat hubungan antara status gravida dengan depresi *antepartum*. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Acheanpong (2022) bahwa tidak terdapat bukti hubungan antara status gravida ibu dengan depresi selama kehamilan (13). Hasil tersebut disebabkan distribusi tidak merata antara kelompok multigravida dan primigravida.

Kelompok multipara lebih banyak mengalami depresi dibandingkan kelompok nullipara dan primipara. Sebab responden pada kelompok multipara lebih banyak dibandingkan dengan primipara dan nullipara. Hubungan paritas terhadap depresi memiliki nilai *P value* sebesar 0,042; maka terdapat hubungan bermakna antara jumlah paritas dengan depresi *antepartum*. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian oleh Acheanpong (2022) yang menyatakan bahwa terdapat keterkaitan antara status paritas dengan depresi *antepartum*. Acheanpong menggunakan analisis regresi logistik biner untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi *antepartum*, didapatkan wanita kelompok nullipara, primipara, dan multipara sekitar 4 kali lebih mungkin mengalami depresi kehamilan dibandingkan wanita grande multipara. Sedangkan dalam penelitian oleh Jesus Silva menyatakan bahwa jumlah paritas yang diikuti oleh banyaknya anak dapat meningkatkan risiko depresi (13).

Ibu tanpa riwayat abortus lebih banyak dibandingkan dengan ibu dengan riwayat abortus. Depresi lebih banyak dialami oleh ibu tanpa riwayat abortus dibandingkan tanpa riwayat abortus, sebab jumlah responden tanpa riwayat abortus lebih banyak. Hubungan riwayat abortus terhadap depresi memiliki nilai *P value* sebesar 1,000; maka tidak terdapat hubungan

bermakna antara riwayat abortus ibu hamil dengan depresi *antepartum*. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian oleh Bicking Kinsey (2015) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat abortus dengan peningkatan depresi selama kehamilan. Sebaliknya penelitian oleh Blackmore dkk (2011) melaporkan bahwa wanita hamil dengan riwayat abortus memiliki keterkaitan dengan depresi *antepartum*. Wanita dengan riwayat abortus memiliki trauma pada kehamilan berikutnya, mengingat kejadian keguguran yang pernah dialaminya. Sehingga sangat mungkin mereka berisiko mengalami depresi *antepartum* bahkan depresi *postpartum* walaupun mereka melahirkan anak yang sehat. Sebab wanita dengan riwayat abortus memiliki prasangka bahwa kehamilan berikutnya merupakan ancaman (16,17).

Responden yang tidak bekerja yang mengalami gangguan depresi, memiliki jumlah lebih banyak dibandingkan responden yang bekerja. Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian Masyuni (2019) yang menyatakan bahwa risiko depresi berkaitan dengan pekerjaan yang berulang (18). Ibu rumah tangga terutama yang tidak bekerja, dengan ruang lingkup pergaulan yang sempit serta pekerjaan rumah yang monoton dan dilakukan berulang, maka hal tersebut dapat meningkatkan risiko depresi *antepartum*. Hubungan pekerjaan terhadap depresi memiliki nilai *P value* sebesar 0,729; maka tidak terdapat hubungan bermakna antara pekerjaan dengan depresi *antepartum*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Chang F (2022) yang melaporkan bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan antara pekerjaan dengan kejadian depresi *antepartum* trimester kedua dan ketiga (19). Penelitian oleh Acheanpong (2022) juga menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara depresi *antepartum* dengan status pekerjaan (13). Peneliti berasumsi bahwa hasil tersebut tergantung pada distribusi responden.

Responden dengan pendidikan tinggi yang mengalami depresi lebih banyak dibandingkan responden dengan pendidikan rendah. Hubungan pendidikan terhadap depresi memiliki nilai *P value* sebesar 0,511; maka tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan depresi *antepartum*. Hasil tersebut tidak sejalan dengan penelitian oleh Chang F (2022) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan gejala depresi *antepartum* trimester kedua dan ketiga. Chang F (2022) melaporkan bahwa semakin tinggi pendidikan seorang ibu, maka dapat menurunkan risiko terjadinya depresi *antepartum* trimester kedua dan ketiga. Ibu dengan tingkat pendidikan lebih rendah lebih mudah mengalami gejala depresi dibandingkan dengan tingkat pendidikan lebih tinggi. Sebab, ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mungkin akan lebih aktif mencari pengetahuan tentang kehamilan mereka dan mudah dalam menyelesaikan masalah, sehingga tekanan psikologisnya dapat berkurang (19). Penelitian oleh Acheanpong (2022) melaporkan bahwa terdapat hasil yang signifikan antara risiko terjadinya depresi dengan riwayat pendidikan yang rendah. Peningkatan risiko tersebut berkorelasi dengan pernyataan bahwa wanita dengan riwayat pendidikan lebih tinggi dapat memiliki pekerjaan lebih baik dengan gaji yang lebih tinggi, serta dapat menunjang finansial, gaya hidup yang sehat, dan kesehatan mental yang lebih baik (13).

Kelompok ekonomi > Rp 3.000.000 per bulan memiliki jumlah depresi lebih banyak diderita dibandingkan pada kelompok ekonomi yang lebih rendah. Hubungan ekonomi terhadap depresi memiliki nilai *P value* sebesar 0,394; maka tidak terdapat hubungan yang bermakna antara ekonomi dengan depresi *antepartum*. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian oleh Chang F (2022) yang melaporkan bahwa status ekonomi keluarga berkorelasi dengan gejala depresi *antepartum* trimester kedua dan ketiga. Sebab, status

ekonomi yang rendah berkaitan dengan tingkat depresi kehamilan. Ibu dengan ekonomi yang sulit akan memiliki kekhawatiran tentang tidak bisa memberikan lingkungan yang baik untuk mengasuh anak sehingga menyebabkan tekanan psikologis (19). Sedangkan penelitian oleh Mahmoodi (2017) melaporkan bahwa pendapatan dalam keluarga memiliki efek negatif secara tidak langsung terhadap kesehatan mental ibu. Sebab, pendapatan yang rendah dapat memperburuk kondisi psikologis pada ibu hamil dan prevalensi gangguan psikologis lebih tinggi pada kelompok status ekonomi yang rendah (20). Keterbatasan penelitian ini adalah tidak memberikan kriteria usia kehamilan yang spesifik sehingga mengurangi homogenitas responden. Hal ini menjadi masukan untuk penelitian selanjutnya.

SIMPULAN

Penelitian ini mendapatkan sebanyak 53,3% subjek ibu hamil mengalami depresi antepartum. Hubungan profil ibu hamil dengan depresi antepartum hanya didapatkan bermakna pada variabel jumlah paritas. Jumlah paritas menunjukkan banyaknya anak, meningkatkan risiko terjadinya depresi antepartum.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti ditujukan kepada Kepala Puskesmas dan Staf Puskesmas Sirnajaya Serang Baru, serta semua pihak yang membantu dalam penelitian ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penelitian ini tidak memiliki konflik kepentingan dan tidak ada afiliasi atau koneksi dengan atau dengan entitas atau organisasi apa pun, yang dapat menimbulkan pertanyaan bias dalam diskusi dan kesimpulan naskah.

REFERENSI

1. National Institute of Mental Health. Depression [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 24]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
2. Torex F. What is depression? Washington DC; 2020.
3. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders global health estimates. Geneva; 2017.
4. Kusuma R. Karakteristik Ibu Yang Mengalami Depresi Dalam Kehamilan. *J Akad Baiturrahim Jambi*. 2019;8(1):99.
5. Schwartz H, McCusker J, Law S, Zelkowitz P, Somera J, Singh S. Perinatal mental healthcare needs among women at a community hospital. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021 Mar;43(3):322-328.e1.
6. Dubovicky M, Belovicova K, Csatosova K, Bogi E. Risks of using SSRI/SNRI antidepressants during pregnancy and lactation. *Interdiscip Toxicol*. 2017 Sep;10(1):30–4.
7. Misrawati M, Afiyanti Y. Antenatal depression and its associated factors among pregnant women in Jakarta, Indonesia. *Enfermería Clínica*. 2020 Dec 1;30:96–101.
8. Dama M, Van Lieshout RJ, Mattina G, Steiner M. Iron deficiency and risk of maternal depression in pregnancy: an observational study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018 Jun;40(6):698–703.

9. Azami M, Badfar G, Khalighi Z, Qasemi P, Shohani M, Soleymani A, et al. The association between anemia and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Casp J Intern Med*. 2019;10(2):115–24.
10. Anir N. *Depresi : aspek neurobiologi diagnosis dan tatalaksana*. Depok: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2016.
11. Faisal-Cury A, Rocha AC, Elise Machado Ribeiro Silotto A, Maurício de Oliveira Rodrigues D. Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among Brazilian pregnant women: A population-based study. *J Affect Disord Reports*. 2021;5:100166.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Depression during pregnancy frequently asked questions*. 2022.
13. Acheanpong K, Pan X, Kaminga AC, Liu A. Prevalence and risk factors of prenatal depression among pregnant women attending antenatal clinic at Adventist Hospital, Bekwai Municipality, Ghana. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Mar;101(10):e28862.
14. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. *Open access Maced J Med Sci*. 2019 May;7(9):1555–60.
15. Ayu IP, Rachmawati IN, Ungsianik T. Maternal age as a main factor influencing prenatal distress in Indonesian Primigravida. *Enferm Clin*. 2019;29(Insc 2018):310–4.
16. Bicking Kinsey C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Effect of previous miscarriage on depressive symptoms during subsequent pregnancy and postpartum in the first baby study. *Matern Child Health J*. 2015 Feb;19(2):391–400.
17. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry*. 2011 May;198(5):373–8.
18. Masyuni PUS, I Wayan SN, Putu A. Kejadian depresi pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas 1 Negara, Kabupaten Jembrana tahun 2017. *E-Jurnal Med*. 2017;8(4).
19. Chang F, Fan X, Zhang Y, Tang B, Jia X. Prevalence of depressive symptoms and correlated factors among pregnant women during their second and third trimesters in northwest rural China: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jan;22(1):38.
20. Mahmoodi Z, Dolatian M, Mirabzadeh A, Alavi Majd H, Moafi F, Ghorbani M. The relationship between household socioeconomic status and mental health in women during pregnancy: a path analysis. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2017;11(2):e8823.