

Skrining Gejala Depresi Antenatal Menggunakan EPDS di Wilayah Kerja Puskesmas Bebandem, Karangasem

Ni Putu Novi Arisandi^{1*}, Gusti Ayu Marhaeni², Gusti Ayu Tirtawati³

¹Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Denpasar, Denpasar, Indonesia

Email: noviarisandi92@gmail.com, gamarhaeni@yahoo.com, tritrugustiayu@gmail.com

Email Penulis Korespondensi: noviarisandi92@gmail.com

Abstrak– Penelitian ini bertujuan untuk menyaring risiko gejala depresi antenatal pada ibu hamil menggunakan instrumen *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) di wilayah kerja Puskesmas Bebandem, Karangasem. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel penelitian sebanyak 52 ibu hamil dipilih menggunakan teknik *simple random sampling* berdasarkan rumus Slovin, dengan instrumen pengumpulan data berupa kuesioner EPDS versi Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mengalami gejala depresi yaitu sebanyak 46 orang (88,5%), sedangkan 6 responden (11,5%) terdeteksi mengalami gejala depresi antenatal. Gejala depresi tersebut lebih banyak ditemukan pada kelompok ibu hamil berstatus kawin dengan karakteristik usia 20–35 tahun, berpendidikan rendah, paritas multigravida, serta tersebar di seluruh trimester kehamilan. Kesimpulannya, meskipun mayoritas responden berada dalam kondisi psikologis yang baik, sebagian kecil ibu hamil tetap menunjukkan risiko depresi. Temuan ini menegaskan pentingnya integrasi skrining kesehatan jiwa menggunakan EPDS secara rutin dalam pelayanan *Antenatal Care* (ANC) sebagai upaya deteksi dini dan pencegahan gangguan mental selama kehamilan.

Kata Kunci: Depresi Antenatal, EPDS, Ibu Hamil, Pelayanan ANC, Puskesmas.

Abstract– This study aims to screen the risk of antenatal depressive symptoms among pregnant women using the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in the working area of Bebandem Public Health Center, Karangasem. This was a descriptive study with a cross-sectional approach. A sample of 52 pregnant women was selected using a simple random sampling technique based on the Slovin formula, with data collected via the Indonesian version of the EPDS questionnaire. The results showed that most respondents did not experience depressive symptoms (88.5%, n=46), while 6 respondents (11.5%) were detected with antenatal depressive symptoms. These symptoms were more prevalent among married pregnant women within the age range of 20–35 years, with lower education levels, multigravida parity, and distributed across all trimesters of pregnancy. In conclusion, although the majority of respondents had good psychological well-being, a small proportion remained at risk. This finding highlights the importance of routinely integrating mental health screening using the EPDS into Antenatal Care (ANC) services for early detection and prevention of perinatal mental disorders.

Keywords: Antenatal Depression, EPDS, Pregnant Women, Antenatal Care, Public Health Center.

1. PENDAHULUAN

Undang-Undang No. 18 Tahun 2014, menyatakan tentang kesehatan mental adalah suatu kondisi di mana seseorang dapat berkembang di semua bidang kesejahteraan fisik, mental, spiritual, dan sosial, menyadari potensi mereka, mengelola stres, bekerja secara efektif, dan berkontribusi kepada masyarakat. Kesehatan jiwa ibu hamil merupakan bagian penting dari kesehatan secara menyeluruh. Selama masa kehamilan, seorang ibu mengalami banyak perubahan baik secara fisik, hormon maupun emosional. Perubahan tersebut bisa membuat ibu lebih rentan mengalami gangguan kesehatan jiwa, seperti cemas, stres, atau bahkan depresi. Faktor penyebab depresi pada ibu hamil bisa terdapat dari faktor biologis, psikologis dan sosial [1]

World Health Organization menyatakan penyakit mental, khususnya depresi, mempengaruhi sekitar 10% ibu hamil dan 13% ibu yang baru melahirkan [2]. Prevalensi depresi di Indonesia sebesar 1,4%. Prevalensi penduduk dengan remaja berusia antara 15 dan 24 tahun memiliki tingkat gejala depresi tertinggi, yaitu 2% dengan jenis kelamin perempuan [3]. Kondisi psikologis ibu hamil memiliki korelasi linear yang kuat terhadap kesejahteraan janin yang dikandungnya. Tingkat kekhawatiran dan kecemasan yang tinggi dimulai sejak trimester pertama berisiko meningkatkan kejadian keguguran, sementara jika terjadi pada trimester kedua dan ketiga dapat memicu penurunan berat badan janin hingga ibu yang mengalami tingkat kecemasan yang tinggi lebih cenderung melahirkan bayi prematur serta mengalami kelainan pertumbuhan dan perkembangan janinnya, *baby blues*, depresi postpartum [4]. Secara patofisiologis, depresi antenatal bukan sekadar gangguan suasana hati temporer, melainkan sebuah entitas klinis yang memicu disregulasi *neuroendocrine-pituitary-adrenal* (HPA) yang berakibat pada peningkatan sekresi hormon kortisol maternal. Melalui mekanisme biologis tersebut, kadar kortisol yang tinggi dapat menembus barier plasenta, mengganggu vaskularisasi uteroplasenta, serta membatasi suplai nutrisi dan oksigen ke janin yang pada akhirnya bermanifestasi sebagai berat badan lahir rendah (BBLR) serta hambatan perkembangan kognitif anak di kemudian hari [5][6]

Gangguan kesehatan mental selama kehamilan perlu mendapatkan perhatian melalui deteksi dini dan penatalaksanaan yang tepat karena dapat berdampak pada kesehatan ibu maupun janin. Penelitian terkini menunjukkan

bahwa pelaksanaan skrining kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan pelayanan kebidanan dan obstetri dapat meningkatkan deteksi dini serta penanganan depresi selama kehamilan [7]. Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada ibu hamil masih bervariasi, berkisar antara 5,2% [8] hingga 29,4% [9], sedangkan penelitian di Bali melaporkan angka gejala depresi dan kecemasan pada ibu hamil berkisar antara 16,67% [10] sampai 56,3% [11]. Perbedaan tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh karakteristik sosiodemografi, kondisi sosial ekonomi, dukungan keluarga, serta perbedaan lokasi penelitian. Temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa kesehatan jiwa selama kehamilan merupakan aspek penting yang perlu mendapat perhatian dalam pelayanan kesehatan ibu.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia melalui Surat Edaran Nomor KJ.02.05/B.III/92/2025 merekomendasikan penggunaan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) sebagai instrument skrining kesehatan jiwa pada wanita hamil. EPDS merupakan instrument yang memiliki 10 pertanyaan dengan nilai cut off ≥ 13 dan digunakan untuk mengidentifikasi gejala depresi maupun kecemasan selama kehamilan. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa EPDS merupakan alat skrining yang layak untuk melakukan pemeriksaan dan deteksi dini terhadap depresi dan gangguan kecemasan selama kehamilan [12]. Penggunaan EPDS dalam pelayanan antenatal care memungkinkan deteksi dini masalah kesehatan mental sehingga ibu hamil dapat memperoleh intervensi dan rujukan yang sesuai. Manfaat skrining kesehatan jiwa ibu hamil yaitu mengidentifikasi potensi masalah kesehatan jiwa, khususnya depresi dan kecemasan saat kehamilan dan pasca persalinan, memberi peluang untuk intervensi dini, memberikan dukungan dan pengobatan yang tepat, memberikan rujukan tepat waktu, mengurangi dampak buruk masalah kesehatan jiwa ibu hamil, mencegah komplikasi kehamilan dan BBL (berat badan rendah) pada bayi.

Meskipun penelitian mengenai kesehatan mental ibu hamil telah banyak dilakukan, sebagian besar penelitian masih berfokus pada depresi atau kecemasan secara terpisah dan umumnya dilaksanakan di wilayah perkotaan. Kajian yang memanfaatkan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) sebagai instrumen skrining gejala depresi pada ibu hamil di tingkat pelayanan kesehatan primer, khususnya di wilayah pedesaan, masih terbatas. Selain itu, hingga penelitian ini dilakukan, belum ditemukan publikasi yang secara khusus menggambarkan kondisi kesehatan jiwa ibu hamil di Kabupaten Karangasem menggunakan EPDS sesuai rekomendasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2025.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hasil skrining kesehatan jiwa ibu hamil menggunakan EPDS di wilayah kerja Puskesmas Bebandem, Karangasem. Data yang didapatkan dari studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Puskesmas Bebandem didapatkan hasil wawancara dengan 10 orang ibu hamil dengan menggunakan kuesioner EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) memiliki skor dibawah nilai cut-off ≥ 13 . Namun, temuan ini belum dapat menggambarkan kondisi sebenarnya, sehingga perlunya melakukan penelitian lebih lanjut. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran kesehatan jiwa ibu hamil terutama di wilayah pedesaan seperti di Puskesmas Bebandem.

2. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif yang menggunakan pendekatan *cross-sectional* yaitu jenis penelitian yang dilakukan pada satu waktu tertentu untuk menggambarkan keadaan atau karakteristik suatu variabel [13]. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bebandem, Karangasem, Bali dengan waktu pengumpulan data dilakukan pada bulan Maret – April 2026.

2.1 Populasi dan Sampel

Populasi sasaran penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bebandem yang dapat diakses serta dibatasi oleh lokasi dan waktu [13]. Berdasarkan data register cakupan pelayanan Antenatal Care (ANC) selama periode Juli – Desember 2025, tercatat total 318 kunjungan kumulatif ibu hamil dari Trimester I, II dan III. Setelah dilakukan sinkronisasi data individu berdasarkan nomor rekam medis untuk menghindari pencatatan ganda akibat kunjungan berulang, ditetapkan populasi terjangkau (*sampling frame*) dalam penelitian ini adalah sebanyak $N = 60$ ibu hamil. Angka ini didasarkan pada pemetaan jumlah subjek aktif dari rata – rata kunjungan bulanan puskesmas yang mencapai 53 kunjungan per bulan. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik *simple random sampling*. Peneliti membuat daftar seluruh ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi berdasarkan register cakupan pelayanan ANC Puskesmas Bebandem. Selanjutnya setiap responden diberikan nomor urut dan dipilih secara acak menggunakan aplikasi random number generator hingga jumlah sampel terpenuhi. Besar sampel minimum dihitung menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan (*margin of error*) sebesar 5 % (0,05) sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{60}{1 + 60(0,05)^2}$$

$$n = \frac{60}{1 + 60 (0,0025)}$$

$$n = \frac{60}{1 + 0,15}$$

$$n = \frac{60}{1,15} = 52,17$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas, sampel diperoleh dan digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 52 responden. Kriteria inklusi sampel meliputi ibu hamil trimester I, II dan III, ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di wilayah kerja Puskesmas Bebandem serta ibu hamil yang bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi meliputi ibu hamil yang sedang menjalani terapi gangguan jiwa berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan, ibu hamil yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap dan ibu hamil yang mengundurkan diri selama proses penelitian.

2.2 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis data adalah data primer yang diperoleh langsung dari ibu hamil melalui pengisian kuesioner. Kuesioner ini ialah instrumen baku *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya ke dalam bahasa Indonesia dengan nilai *Cronbach's Alpha* .80 [14]. Instrumen EPDS terdiri dari 10 pertanyaan dengan skor 0-3. Pertanyaan 1,2 dan 4 mendapatkan nilai 0,1,2 atau 3 dengan kotak atas mendapatkan nilai 0 dan kotak bawah mendapatkan nilai 3. Pemberian skor terbalik digunakan untuk pertanyaan 3,5 sampai 10 dengan kotak atas mendapatkan nilai 3 dan kotak bawah mendapatkan nilai 0. Pikiran bunuh diri disebutkan dalam pertanyaan 10. Instrumen EPDS memiliki skor maksimum 30. Tidak ada gejala depresi dengan skor 0-12 dan ada gejala depresi dengan skor ≥ 13 [15]. Jumlah skor total instrumen EPDS dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu tidak ada gejala depresi dan ada gejala depresi. Penelitian ini menerapkan protokol keselamatan responden yang ketat terkait asesmen risiko bahaya mandiri. Terhadap responden yang memberikan skor positif (≥ 1) pada item no 10 kuesioner EPDS (memiliki pikiran menyakiti diri sendiri), peneliti langsung melakukan rujukan internal pada hari yang sama ke dokter puskesmas untuk mendapatkan pemeriksaan klinis penunjang serta pendampingan psikologis kedaruratan.

Data yang diperoleh diolah melalui proses *editing*, *scoring*, *coding*, dan *tabulating*. Analisa data yang digunakan *univariat* yaitu menghitung distribusi frekuensi dan persentase dari variabel dan karakteristik responden. Analisis univariat digunakan karena tujuan penelitian adalah menggambarkan distribusi kesehatan jiwa ibu hamil tanpa menguji hubungan antarvariabel. Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar dengan nomor persetujuan DP.04.02/F.XXIV.26/224/2026.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Sosiodemografi Subjek Penelitian

Karakteristik responden pada penelitian ini disajikan berdasarkan usia ibu, pendidikan, paritas, umur kehamilan dan status perkawinan, yang disajikan dalam tabel, sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik sosiodemografi ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem

Karakteristik Responden	f	%
Umur Ibu		
< 20 tahun	1	1,9
20 – 35 tahun	44	84,6
>35 tahun	7	13,5
Total	52	100
Pendidikan		
Rendah (SD, SMP)	25	48,1
Menengah (SMA/SMK)	23	44,2
Tinggi (Diploma/Sarjana)	4	7,7
Total	52	100
Paritas		
Primigravida	16	30,8
Multigravida	35	67,3
Grandemultigravida	1	1,9
Total	52	100

Karakteristik Responden	f	%
Umur Kehamilan		
TM I (0-12 minggu)	11	21,2
TM II (>12 – 24 minggu)	17	32,7
TM III (>24 minggu)	24	46,2
Total	52	100

Berdasarkan tabel 1, karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam rentang usia 20 – 35 tahun berjumlah 44 orang (84,6%) dengan mayoritas berlatar belakang pendidikan rendah berjumlah 25 orang (48,1%). Berdasarkan paritas, sebagian besar merupakan multigravida sebanyak 35 orang (67,3%). Berdasarkan umur kehamilan mayoritas berada pada trimester III sejumlah 24 orang (46,2%). Seluruh responden memiliki status perkawinan kawin (menikah) sebanyak 52 orang (100%).

3.2 Gambaran kesehatan jiwa ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem

Gambaran kesehatan jiwa ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem dapat dilihat pada tabel 3 dibawah ini.

Tabel 2. Gambaran kesehatan jiwa ibu hamil

Kesehatan Jiwa Ibu Hamil	f	%
Tidak ada gejala depresi	46	88,5
Ada gejala depresi	6	11,5
Total	52	100

Tabel 2 dalam penelitian ini kesehatan jiwa ibu hamil dikategorikan menjadi dua, yaitu tidak ada gejala depresi dan ada gejala depresi berdasarkan skor EPDS dengan 52 ibu hamil, menunjukkan bahwa sebagian besar responden (88,5%) pada kategori tidak menunjukkan gejala depresi, sedangkan 11,5% responden termasuk dalam kategori ada tanda gejala depresi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem berada dalam kondisi psikologis yang baik, namun masih terdapat sebagian kecil ibu hamil yang mengalami gejala depresi sehingga memerlukan perhatian melalui skrining dan pemantauan selama pelayanan antenatal. Penggunaan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dalam penelitian ini didasarkan pada kemampuannya sebagai instrumen skrining yang telah banyak digunakan untuk mendeteksi gejala depresi selama kehamilan dan memiliki validitas yang baik dalam mengidentifikasi gangguan kesehatan mental pada ibu hamil. Namun, EPDS merupakan alat skrining sehingga hasil yang diperoleh hanya digunakan untuk mengidentifikasi adanya gejala depresi dan tidak dapat digunakan sebagai dasar penegakan diagnosis klinis[16]. Angka ini masih lebih rendah jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya sebesar 56,3% memiliki gejala depresi di Puskesmas Jembrana I [11] dan penelitian di salah satu puskesmas kota Denpasar, menemukan bahwa angka depresi pada ibu hamil sebesar 27,5% [17], selain itu penelitian di wilayah pedesaan menunjukkan bahwa terdapat sebanyak 29,4% yang mengalami gejala depresi pada selama kehamilan[9]. Rendahnya proporsi gejala depresi dalam penelitian ini kemungkinan dipengaruhi oleh tersedianya pelayanan antenatal care yang rutin, keterlibatan keluarga dalam pendampingan kehamilan, serta pelaksanaan program kelas ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem. Faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan kesiapan ibu menghadapi kehamilan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan jiwa selama masa kehamilan.

Perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kondisi sosial ekonomi, dukungan keluarga, serta ketersediaan layanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut diketahui berperan dalam memengaruhi kondisi kesehatan mental ibu selama kehamilan dan dapat menyebabkan variasi prevalensi gejala depresi pada berbagai kelompok populasi maupun wilayah penelitian [18]. Penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa ibu hamil yang kurang mendapatkan dukungan sosial cenderung mengalami depresi[19]. Hasil ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa faktor ekonomi, sosial dan lingkungan juga mempengaruhi kondisi psikologis ibu hamil[20]. Perbedaan geografis juga mempengaruhi kejadian depresi, baik daerah perkotaan maupun pedesaan. Kehamilan merupakan periode yang rentan terhadap perubahan fisik dan psikologis, sehingga berpotensi mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa ibu. Hal ini sejalan dengan temuan sebelumnya yang menunjukkan bahwa kehamilan dapat menyebabkan perubahan kondisi kesehatan ibu baik secara fisik maupun psikologis, sehingga perlunya pengawasan berkelanjutan terhadap pelayanan kesehatan ibu[21]. Temuan ini menunjukkan bahwa skrining kesehatan jiwa perlu menjadi bagian integral pelayanan *antenatal care*. Meskipun mayoritas ibu hamil tidak menunjukkan gejala depresi, masih terdapat ibu yang memerlukan pemantauan dan intervensi dini untuk mencegah komplikasi psikologis selama kehamilan maupun setelah persalinan.

3.3 Gambaran kesehatan jiwa ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem berdasarkan karakteristik sosiodemografi

Distribusi kesehatan jiwa ibu hamil berdasarkan karakteristik responden, dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3. Distribusi kesehatan jiwa ibu hamil berdasarkan karakteristik responden

Karakteristik Responden	Tidak Ada Gejala Depresi		Ada Gejala Depresi		Total	
	f	%	f	%	f	%
Umur						
< 20 tahun	1	100	0	0	1	100
20 – 35 tahun	38	86,4	6	13,6	44	100
>35 tahun	7	100	0	0	7	100
Pendidikan						
Rendah (SD, SMP)	21	84	4	16	25	100
Menengah (SMA/SMK)	21	91,3	2	8,7	23	100
Tinggi (Diploma/Sarjana)	4	100	0	0	4	100
Paritas						
Primigravida	15	93,8	1	6,3	16	100
Multigravida	30	85,7	5	14,3	35	100
Grandemultigravida	1	100	0	0	1	100
Umur Kehamilan						
TM I (0-12 minggu)	9	81,8	2	18,2	11	100
TM II (>12-24 minggu)	15	88,2	2	11,8	17	100
TM III (>24 minggu)	22	91,7	2	8,3	24	100

Berdasarkan tabel 3, karakteristik usia, hasil penelitian menunjukkan ibu hamil yang mengalami gejala depresi paling tinggi berada pada rentang usia 20 – 35 tahun (13,6%) sedangkan ibu yang berusia di bawah 20 tahun dan mereka yang berusia di atas 35 tahun tidak menunjukkan tanda-tanda depresi. Serta, hal ini disebabkan karena sebagian besar responden berada dalam kelompok usia tersebut, sehingga menghasilkan prevalensi depresi yang lebih besar dalam kategori usia reproduksi. Meskipun usia 20–35 tahun merupakan usia reproduksi yang dianggap aman, perubahan fisik, hormonal, dan psikologis selama kehamilan tetap dapat memengaruhi kesehatan mental ibu.

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa sebagian besar wanita hamil berusia 20–35 tahun, yang dianggap sebagai usia paling tepat untuk melahirkan anak[22]. Meskipun demikian, wanita dalam kelompok usia ini masih menghadapi risiko gangguan psikologi yang berasal dari perubahan hormonal, kesehatan fisik dan kesiapan mental mereka dalam menghadapi kehamilan. Perawatan prenatal yang menyeluruh selama kehamilan sangat penting karena kesejahteraan ibu hamil dipengaruhi oleh berbagai faktor fisik dan psikologis. Oleh karena itu, karakteristik ibu, termasuk usia, perlu diperhatikan dan dipantau secara berkelanjutan selama kehamilan guna mendukung kesehatan ibu secara optimal [23][24].

Ditinjau dari tingkat pendidikan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian ibu hamil yang mengalami gejala depresi termasuk dalam kelompok dengan tingkat pendidikan rendah sebesar 16 %. Temuan ini menunjukkan bahwa pemahaman ibu tentang pengetahuan selama kehamilan, penerimaan mereka terhadap pendidikan kesehatan, dan kemampuan mereka untuk beradaptasi dengan perubahan fisik dan psikologis yang terjadi sepanjang kehamilan dapat dipengaruhi oleh pendidikan. Seorang ibu akan lebih mudah memahami perubahan yang dialaminya dan lebih siap menghadapi kehamilan jika ia mampu memperoleh informasi secara lebih efektif. Keterlibatan aktif ibu melalui pengetahuan tentang kesehatan kehamilan diperlukan untuk perawatan prenatal yang baik [24], karena pengetahuan ibu selama kehamilan dapat membantu ibu meningkatkan kesiapan mereka untuk menghadapi perubahan selama kehamilan [25] dan kondisi psikologis ibu hamil [21]. Pendidikan berperan penting dalam memengaruhi tingkat pengetahuan dan kemampuan ibu dalam memahami informasi terkait kehamilan dan kesehatan mental. Penelitian terdahulu juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu hamil sebagian besar berada pada kategori menengah, namun ibu hamil berpendidikan rendah memiliki keterbatasan dalam mengakses informasi kesehatan. Keterbatasan tersebut dapat mempengaruhi kemampuan ibu dalam mengelola stres selama kehamilan, sehingga berpotensi meningkatkan risiko terjadinya depresi [26].

Berdasarkan status perkawinan, seluruh responden dalam penelitian ini berada pada status kawin, dengan sebagian kecil mengalami gejala depresi sebanyak 11,5%. Seluruh responden dalam penelitian ini berstatus kawin sehingga pengaruh status perkawinan terhadap gejala depresi tidak dapat dibandingkan dengan kelompok lain. Status perkawinan sah tidak menjamin bahwa ibu hamil terbebas dari masalah kesehatan mental, karena kesejahteraan psikologis seorang ibu juga dipengaruhi oleh kualitas hubungan dengan pasangan, dukungan emosional, dan kondisi sosial ekonomi keluarga. Hal ini sejalan dengan temuan sebelumnya, yang menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti jumlah anak yang masih hidup dan kehamilan yang tidak direncanakan berkontribusi terhadap depresi pada ibu hamil [27]. Selain itu, beberapa penelitian menunjukkan bahwa persiapan kehamilan, dukungan keluarga, dan pemantauan kesehatan selama masa antenatal berperan penting dalam menjaga kesehatan mental ibu hamil [28][29][30]. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan pasangan dan status perkawinan yang sah perlu didukung oleh hubungan yang positif, dukungan emosional yang memadai, serta pendampingan selama kehamilan untuk membantu menjaga kesejahteraan psikologis ibu. Berdasarkan temuan penelitian ini, status perkawinan dapat menjadi salah satu bentuk dukungan sosial bagi ibu hamil

melalui keterlibatan pasangan dan keluarga. Namun, dukungan emosional yang memadai serta pemantauan antenatal secara berkelanjutan tetap diperlukan untuk membantu menjaga kesehatan mental ibu selama kehamilan.

Ditinjau dari paritas, hasil penelitian menunjukkan bahwa 14,3% ibu hamil mengalami gejala depresi paling banyak terdapat pada kelompok multigravida. Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman kehamilan sebelumnya tidak selalu membuat ibu lebih siap secara psikologis. Perbedaan hasil ini menunjukkan bahwa pengalaman kehamilan sebelumnya tidak selalu menjadi faktor protektif terhadap gangguan kesehatan mental selama kehamilan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa ibu dengan riwayat kehamilan sebelumnya lebih banyak mengalami kecemasan ringan hingga sedang sampai kecemasan berat dibandingkan kelompok primigravida. Keadaan psikologis tersebut menunjukkan bahwa ibu hamil dengan pengalaman kehamilan sebelumnya memiliki resiko mengalami masalah kesehatan mental selama kehamilan. Tanggung jawab anak sebelumnya serta beban peran ganda dapat menjadi faktor yang memicu stres dan berpengaruh terhadap munculnya gejala depresi [31]. Paritas merupakan salah satu karakteristik penting ibu yang perlu diperhatikan dalam pemantauan kehamilan, kesejahteraan psikologis ibu selama kehamilan memerlukan dukungan pada fase antenatal, serta pemantauan ibu secara berkelanjutan diperlukan untuk meningkatkan kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan [32][21][24]

Berdasarkan usia kehamilan, hasil penelitian mengungkapkan bahwa mayoritas berada pada trimester ketiga (46,2%). Meskipun demikian, tanda-tanda depresi teridentifikasi di ketiga trimester kehamilan, dengan kejadian tertinggi pada trimester pertama (18,2%), diikuti pada trimester kedua (11,8%), dan trimester ketiga (8,3%). Temuan ini menunjukkan bahwa gejala depresi tidak hanya terjadi pada satu periode tertentu, tetapi dapat muncul sepanjang masa kehamilan. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa kesejahteraan psikologis dapat bervariasi dari tahap awal kehamilan hingga saat persalinan. Pada trimester pertama, ibu hamil mulai menyesuaikan diri dengan perubahan hormonal, mengalami gejala fisik seperti mual dan muntah, dan menghadapi perubahan yang disebabkan oleh kehamilan, yang semuanya dapat mempengaruhi keadaan emosional mereka. Saat memasuki trimester kedua dan ketiga, ibu cenderung beradaptasi dengan perubahan yang mereka hadapi, meskipun mereka mungkin masih merasa cemas menjelang persalinan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ibu hamil pada trimester ketiga sering mengalami kecemasan terkait persalinan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pendidikan, dukungan, informasi, dan persiapan selama kehamilan sangat penting untuk meningkatkan kesiapan ibu serta mendukung perawatan antenatal yang berkelanjutan. Pemantauan selama kehamilan juga perlu dilakukan secara menyeluruh untuk menjaga kesehatan ibu, termasuk kesehatan mental, sejak trimester pertama hingga trimester ketiga [21][33][34][35]

3.4 Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Pertanyaan EPDS

Distribusi jawaban responden berdasarkan item EPDS dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. Distribusi Jawaban Responden Berdasarkan Item EPDS

Item EPDS	f	%
Mampu tertawa dan melihat hal yang menyenangkan	5	9,6
Menantikan sesuatu dengan penuh harapan	9	17,3
Menyalahkan diri sendiri jika terjadi sesuatu	44	84,6
Mengalami kegelisahan atau kecemasan tanpa sebab yang jelas	40	76,9
Perasaan takut atau panik tanpa alasan yang jelas	39	75
Merasa banyak hal menjadi beban	30	57,7
Sulit tidur karena merasa tidak senang	30	57,7
Merasa sedih atau tidak bahagia	21	40,4
Merasa sedih hingga menangis	31	59,6
Mempunyai pikiran untuk menyakiti dirinya sendiri	7	13,5

Sumber: Data Primer, 2026 dan dimodifikasi dari EPDS oleh COX, Holden, & Sagalovsky (1987)[36]

Berdasarkan distribusi jawaban pada item EPDS, respons yang paling banyak dipilih responden adalah menyalahkan diri sendiri jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan (84,6%), mengalami kecemasan atau kegelisahan tanpa sebab yang jelas (76,9%), serta perasaan takut atau panik tanpa alasan yang jelas (75%). Temuan ini menunjukkan bahwa bentuk gangguan psikologis yang paling sering dialami ibu hamil dalam penelitian ini berkaitan dengan perasaan bersalah, kecemasan, dan ketakutan selama kehamilan. Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh perubahan fisik dan psikologis yang terjadi selama kehamilan serta kekhawatiran ibu terhadap kondisi dirinya maupun janin yang dikandung. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa perubahan psikologis selama kehamilan dapat memengaruhi kesehatan emosional ibu dan kemampuan ibu dalam beradaptasi dengan kehamilannya[37]. Kecemasan pada ibu hamil dapat terjadi pada berbagai trimester kehamilan dan perlu mendapat perhatian karena dapat memengaruhi kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan[21].

Sementara itu, item yang paling sedikit dipilih responden adalah memiliki pemikiran untuk menyakiti diri sendiri (13,5%). Meskipun proporsinya relatif rendah, temuan ini tetap perlu mendapat perhatian karena dapat mengindikasikan adanya masalah psikologis yang memerlukan pemantauan lebih lanjut. Oleh karena itu, penggunaan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) sebagai instrumen skrining penting dilakukan untuk mendeteksi secara dini gejala depresi pada ibu hamil sehingga dapat diberikan tindak lanjut yang sesuai apabila diperlukan.

3.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain *cross-sectional* yang digunakan hanya menggambarkan kondisi kesehatan jiwa ibu hamil pada saat pengumpulan data sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat antarvariabel. Kedua, jumlah sampel yang relatif terbatas dan berasal dari satu wilayah kerja puskesmas menyebabkan hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan pada seluruh populasi ibu hamil. Ketiga, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) merupakan instrumen skrining sehingga hasil yang diperoleh hanya digunakan untuk mengidentifikasi adanya gejala depresi dan tidak dapat digunakan sebagai dasar penegakan diagnosis klinis. Keempat, data penelitian diperoleh melalui pengisian kuesioner secara mandiri sehingga kemungkinan terjadinya bias informasi tetap dapat terjadi. Selain itu, bias responden juga tidak dapat sepenuhnya dihindari karena jawaban yang diberikan dapat dipengaruhi oleh persepsi pribadi, kecenderungan untuk memberikan jawaban yang dianggap baik, maupun ketidaknyamanan responden dalam mengungkapkan kondisi psikologis yang sebenarnya. Kelima, penelitian ini hanya menggunakan analisis univariat sehingga hasil yang diperoleh terbatas pada gambaran distribusi variabel dan belum dapat menjelaskan hubungan antarvariabel yang mungkin berpengaruh terhadap kesehatan jiwa ibu hamil.

4. KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bebandem tidak mengalami gejala depresi berdasarkan hasil skrining menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Namun, masih ditemukan sebagian kecil ibu hamil yang mengalami gejala depresi. Karakteristik responden dalam penelitian ini sebagian besar berada pada kelompok usia 20–35 tahun, berpendidikan rendah, *multigravida*, serta ditemukan pada seluruh trimester kehamilan. Secara khusus, gejala kecemasan ini paling banyak ditunjukkan melalui perilaku ibu yang cenderung menyalahkan diri sendiri secara berlebihan. Temuan ini menunjukkan bahwa kesehatan jiwa ibu hamil perlu tetap mendapatkan perhatian meskipun mayoritas responden berada dalam kondisi psikologis yang baik.

Penelitian ini menegaskan pentingnya integrasi skrining kesehatan jiwa dalam pelayanan antenatal care sebagai upaya deteksi dini dan pencegahan gangguan kesehatan mental selama kehamilan. Tenaga kesehatan, khususnya bidan, diharapkan dapat melakukan pemantauan kesehatan jiwa secara berkala, memberikan edukasi, serta melakukan tindak lanjut atau rujukan sesuai kebutuhan ibu hamil. Tindak lanjut penanganan kedaruratan psikologis juga wajib disiapkan secara matang, terutama bagi ibu hamil yang menunjukkan skor positif pada indikator ide menyakiti diri sendiri agar segera mendapatkan penanganan di puskesmas ataupun rumah sakit. Dukungan keluarga dan lingkungan sosial juga perlu ditingkatkan untuk membantu ibu menghadapi perubahan fisik dan psikologis selama kehamilan.

Penelitian selanjutnya disarankan melibatkan jumlah responden yang lebih besar, wilayah penelitian yang lebih luas, serta menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan jiwa ibu hamil sehingga diperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai kondisi kesehatan mental selama kehamilan. Selain itu, riset berikutnya dapat dikembangkan menggunakan metode kualitatif atau studi kasus mendalam untuk menggali lebih jauh penyebab utama dari munculnya gejala depresi antenatal pada ibu hamil di daerah pedesaan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih khusus disampaikan kepada semua responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini dan kepada Puskesmas Bebandem atas dukungan dan fasilitas yang diberikan, yang memungkinkan penelitian ini dapat dilakukan dengan sukses.

PERNYATAAN PENGGUNAAN KECERDASAN BUATAN (ARTIFICIAL INTELLIGENCE)

Dalam penyusunan naskah ini, penulis menggunakan Gemini pada Agustus 2026 untuk membantu penyuntingan tata bahasa, penerjemahan abstrak ke dalam Bahasa Inggris, perbaikan kejelasan bahasa, penyusunan struktur naskah agar sesuai gaya selingkung jurnal, dan konversi format sitasi naskah ke sistem IEEE. Penggunaan tersebut dilakukan pada bagian abstrak, pendahuluan, metode penelitian, dan kesimpulan. AI tidak digunakan untuk menghasilkan atau memanipulasi data penelitian, menciptakan hasil penelitian yang tidak diverifikasi, atau menetapkan kesimpulan ilmiah tanpa verifikasi penulis. Seluruh keluaran AI diperiksa secara kritis, diverifikasi terhadap sumber dan data yang relevan, serta diedit oleh penulis. Penulis bertanggung jawab penuh atas keakuratan, orisinalitas, integritas, dan isi akhir naskah.

REFERENCES

- [1] P. R. Indonesia, *UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 18 TAHUN 2014 TENTANG KESEHATAN JIWA*, no. 1. 2014. [Online]. Available: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>
- [2] World Health Organization, “Mental Health, Brain Health and Substance Use,” World Health Organization. [Online]. Available: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention>
- [3] K. K. R. Indonesia, “Profil Kesehatan Indonesia 2024,” 2024. [Online]. Available: <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2024>
- [4] Nurseha, Kusumastuti, Farida Nur Siti, Mardianingsih Siri, and Marlinawati Tri Iin, *Buku Ajaran Psikologis Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. 2024.
- [5] C. Q. 3 Tingting Zhang 1, Li He 1, Mengjia Zhou 1, Gui Xiao 2, Li Liu 2, Xingxing Li 2, “Association between antenatal depression and maternal cortisol diurnal rhythm: A meta-analysis,” *Journal Affect. Disord.*, vol. 405, p. 121542, 2026, doi: 10.1016/j.jad.2026.121542.
- [6] H. Kiki, R. Nanda, and S. Munawwarah, “Advances in Healthcare Research Effects of Stress During Pregnancy on Maternal and Fetal Health : A Systematic Review,” vol. 2, no. 2, pp. 103–115, 2024.
- [7] A. Chu, A. French, S. Dotters-katz, J. N. Copeland, and G. Maslow, “Understanding and addressing antenatal depression management in the high risk obstetrics care setting,” *npj Women’s Heal.*, 2025, doi: 10.1038/s44294-025-00067-x.
- [8] S. Wahyuni, Misrawati, and F. A. Nauli, “Antenatal Depression and Related Behaviours in Indonesia,” vol. 2023, pp. 159–168, 2023, doi: 10.18502/kme.v3i1.12710.
- [9] M. R. Sitorus, “Angka Kejadia Depresi Pada Ibu Hamil Yang Melakukan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Pedesaan,” *J. Compr. Sci.*, vol. 4, no. 7, pp. 2160–2169, 2025.
- [10] D. Suryaningsih Wayan, Ni, R. Tedjasulaksana, N. Luh, and P. Sri, “Differences in Anxiety Levels of Pregnant Women in the Third Trimester Before and After Being Given Prenatal Yoga,” vol. 13, no. 2, pp. 116–125, 2025, doi: 10.33992/jik.v13i2.3941.
- [11] Masyuni, Putu, N. I. Wayan, and A. Putu, “KEJADIAN DEPRESI PADA IBU HAMIL DI WILAYAH KERJA Program Studi Pendidikan Dokter , Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas / Ilmu Kedokteran Pencegahan (IKK / IKP), Fakutas Kedokteran , Universitas Udayana ISSN : 2303-13,” *E-Jurnal Med. Udayana*, vol. 8, no. 4, 2019.
- [12] H. C. Ningxiang Zeng 1, Pamela Hui Yee Goh 2, Tze-Ern Chua 3, Rehena Sultana 4, Chin Wen Tan 5, Ban Leong Sng 5, “Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) identify antenatal depression and antenatal anxiety disorders? A validation study in Singapore,” *Elsevier*, vol. 380, pp. 496–504, 2025, doi: 10.1016/j.jad.2025.03.149.
- [13] 2021 Adiputra, et al, “Metodologi Penelitian Kesehatan,” *yayasan Kita Menulis*, vol. 1, p. 299, 2021.
- [14] D. N. Sari, H. Diatri, K. Siregar, and H. Pratomo, “Adaptation of the edinburgh postnatal depression scale in the indonesian version: Self-reported anxiety and depression symptoms in pregnant women,” *Open Access Maced. J. Med. Sci.*, vol. 9, pp. 1654–1659, 2021, doi: 10.3889/oamjms.2021.7783.
- [15] K. K. R. Indonesia, “Pemberitahuan Perubahan Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa,” 2025. [Online]. Available: <https://id.scribd.com/document/836101895/Pemberitahuan-Perubahan-Instrumen-Skrining-Kesehatan-Jiwa>
- [16] F. M. Alberto Stefana , Loredana Cena , Alice Trainini , Gabriella Palumbo , Antonella Gigantesco, “A Screening for antenatal maternal depression: comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9,” *Ann. Ist. Super. Sanita*, vol. 60 No. 1 (, 2024, doi: 10.4415/ANN_24_01_08.
- [17] P. Aryani *et al.*, “Hubungan antara kejadian hiperemesis gravidarum dan dukungan psikososial dengan kejadian depresi pada ibu hamil di kota Denpasar, Bali,” *Fak. Kedokt. Univ. Udayana | Med.*, vol. 52, no. 3, pp. 113–119, 2021, doi: 10.15562/medicina.v52i3.1053.
- [18] S. Naja, N. Al Kubaisi, R. Singh, H. Abdalla, and I. Bougmiza, “Screening for antenatal depression and its determinants among pregnant women in Qatar : revisiting the biopsychosocial model,” pp. 1–12, 2021.
- [19] T. Wurisastuti, “The Role of Social Support for Mothers with Depression Symptoms in,” pp. 161–168, 2020.
- [20] A. S. aminah Muzakkir, “HUBUNGAN ANTARA FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DENGAN POTENSI KEJADIAN DEPRESI MATERNAL PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS PAMPANG KOTA MAKASSAR,” vol. 14, pp. 199–203, 2019.
- [21] N. M. Rusmini, N. W. Armini, L. Ade, and W. Ningtyas, “Hubungan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Trimester III Dengan Pilihan Cara Persalinan Oleh Ibu d i Puskesmas Pembantu Batubulan Kangin Penerbit : Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar Penerbit : Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar,” vol. 11, no. 1, pp. 64–70, 2022.
- [22] I. R. Wiartin, M. Widhi, G. Darmapatni, and R. Tedjasulaksana, “Hubungan Usia Ibu Saat Hamil dengan Kejadian Stunting pada Balita Relationship of Mother ’ s Age During Pregnancy and Incidents of Stunting in Toddler,” vol. 13, no. 1, pp. 1–6, 2025.
- [23] M. Widhi, G. Darmapatni, and N. W. Ariyani, “Studi Eksplanatori ; Penerapan Standar Pelayanan Antenatal Pada

- Kasus Kematian Ibu,” *J. Imial Kebidanan*, vol. 9, no. 1, pp. 59–68, 2021.
- [24] N. Rahayu, Sri, Putu, N. W. Ariyani, G. A. Marhaeni, and D. Syarief, “Relationship between Type of Antenatal Services and Delivery Outcomes in Denpasar , Bali,” vol. 13, no. 1, pp. 95–103, 2025, doi: 10.33992/jik.v13i1.4080.
- [25] L. A. Adnyani, G. A. Marhaeni, M. Widhi, and G. Darmapatni, “Gambaran Pengetahuan Ibu dan Praktik Pemberian Makan pada Anak Usia 12-24 Bulan dengan Malnutrisi,” vol. 11, no. 1, pp. 9–16, 2023.
- [26] A. Mardiah, G. A. Tirtawati, N. W. Armini, and P. K. Denpasar, “Maternity And Neonatal : Jurnal Kebidanan,” vol. 13, no. April, pp. 68–75, 2025.
- [27] R. Kusuma, “Karakteristik ibu yang mengalami depresi dalam kehamilan,” *J. Akad. Baiturrahim Vol.8.*, vol. 8, no. 1, pp. 99–106, 2019.
- [28] L. Widiastini, N. K. Somoyani, and J. Mauliku, “Gambaran Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil tentang Pencegahan Coronavirus Disease 19,” vol. 9, no. 2, pp. 110–115, 2021.
- [29] M. Widhi, G. Darmapatni, N. K. Somoyani, and N. N. Suindri, “Perbedaan Keluhan Sesak Nafas Pada Ibu Hamil Trimester II dan III Sebelum dengan Sesudah Melakukan Prenatal Yoga Formulasi Creating Space Di Puskesmas dan Praktik Mandiri Bidan Kota Denpasar,” vol. 11, no. 1, pp. 50–57, 2023, doi: <https://doi.org/10.33992/jik.v11i1.2458>.
- [30] N. K. Omasti, G. A. Marhaeni, N. Made, and D. Mahayati, “Hubungan Kepatuhan Konsumsi Tablet Besi Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil di Puskesmas Klungkung II Tahun 2021,” vol. 10, no. 1, pp. 80–85, 2021.
- [31] D. Ridayanti, A. A. Senjaya, N. Komang, and E. Astiti, “The Relationship Between Parity , Age , and Education of Pregnant Women in the Third Trimester and the Level of Anxiety in Facing Childbirth at the Banjar I Community Health Center,” vol. 11, no. 2, pp. 147–154, 2023, doi: 10.33992/jik.v11i2.2528.
- [32] M. N. K. Artini, Luh, N. P. Sri Erawati, and A. A. Senjaya, “Hubungan Paritas dan Usia Ibu dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Ummum Bali Royal Hospital,” vol. 11, no. 1, pp. 33–40, 2023.
- [33] N. N. Supriani, I. G. Agung, A. Novya, and I. G. A. Surati, “Penyuluhan Dengan Media Video Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil Trimester III Tentang Inisiasi Menyusu Dini,” vol. 9, no. 2, pp. 123–131, 2021.
- [34] N. K. Radharani Putri, S. N. Wayan, and M. G. Ayu, “Hubungan Pengetahuan Dengan Motivasi Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Pasca Plasenta Pada Ibu Hamil Trimester III,” vol. 10, no. 2, pp. 109–115, 2021.
- [35] M. W. G. Darmapatni and N. W. Ariyani, “Studi Eksplanatori; Penerapan Standar Pelayanan Antenatal Pada Kasus Kematian Ibu,” *J. Ilm. Kebidanan*, 2021, doi: DOI: <https://doi.org/10.33992/jik.v9i1.1481>.
- [36] J. L. Cox, J. M. Holden, and R. Sagovsky, “Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 150, no. 6, pp. 782–786, 1987, doi: DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.
- [37] I. K. Lindayani and G. A. Marhaeni, “JURNAL Midwifery Update (MU) PREVALENSI DAN FAKTOR RISIKO DEPRESI POST PARTUM DI KOTA DENPASAR TAHUN 2019,” vol. 8511, pp. 100–109, 2019, [Online]. Available: <http://jurnalmu.poltekkes-mataram.ac.id/index.php/jurnalmu>