

**SKRIPSI  
TAHUN 2024**

**DISTRIBUSI FREKUENSI KARAKTERISTIK KEJADIAN DEPRESI PADA IBU HAMIL  
DI PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**



**Izzah Irfani Sadrah Mutiah**

**C011211154**

**Pembimbing:**

**Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
TAHUN 2024**

**DISTRIBUSI FREKUENSI KARAKTERISTIK KEJADIAN DEPRESI PADA IBU HAMIL DI  
PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**

IZZAH IRFANI SADRAH MUTIAH

C011211154

Skripsi

sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana

Program Studi Pendidikan Dokter Umum

Pada

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM**

**DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2024**

**SKRIPSI**

**DISTRIBUSI FREKUENSI KARAKTERISTIK KEJADIAN DEPRESI PADA IBU  
HAMIL DI PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR TAHUN 2024**

**IZZAH IRFANI SADRAH MUTIAH**

**C011211154**


Skripsi,

telah dipertahankan dihadapan dewan penguji pada tanggal 19 bulan  
November tahun 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan  
pada

Program Studi Pendidikan Dokter Umum  
Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin  
Makassar

Mengesahkan:

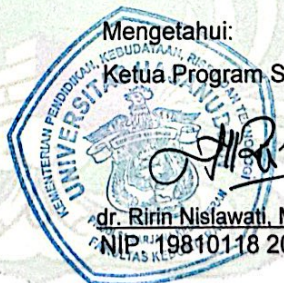
Pembimbing tugas akhir,



Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ  
NIP.1970 0114 200112 2 001

Mengetahui:

Ketua Program Studi



dr. Ririn Nislawati, M.Kes., Sp.M(K)  
NIP.19810118 200912 2 003

**PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI  
DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA**

Dengan ini saya menyatakan bahwa, skripsi berjudul "Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024" adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka skripsi ini. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa skripsi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 19 November 2024



Izzah Irfani Sadrah Mutiah  
C011211154

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan anugerah-Nya dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024”** dalam pembuatan skripsi di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin sebagai salah satu syarat dalam mencapai gelar sarjana.

Penelitian ini tidak lepas dari dukungan dan bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah Subhanahu wa ta'ala, atas limpahan rahmat dan ridho-Nya lah skripsi ini dapat terselesaikan dan Insya Allah akan bernilai amal jariyah dan berkah bagi semua orang.
2. Nabi Muhammad Shallallahu 'alaihi wasallam, sebaik-baik panutan yang selalu mendoakan kebaikan atas umatnya semua.
3. Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Sc., Sp.PD-KGH., Sp.GK, FINASIM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin beserta jajarannya.
4. Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ selaku dosen pembimbing sekaligus penasehat akademik yang telah memberikan berbagai bimbingan dan pengarahan dalam pembuatan skripsi ini dan membantu penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
5. dr. Rinvil Renaldi, M.Kes, Sp.KJ(K) dan dr. dr. A. Suheyra Syauki, M.Kes, Sp. KJ selaku dosen penguji skripsi atas waktu, bimbingan, serta masukan yang telah diberikan kepada penulis.
6. Koordinator dan seluruh staf dosen / pengajar mata kuliah skripsi dari bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penyusunan skripsi ini.
7. Pimpinan, seluruh dosen / pengajar, dan seluruh sivitas akademika dan jajarannya di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, motivasi, bimbingan, dan bantuan selama masa pendidikan preklinik hingga penyusunan skripsi ini.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar dan Kepala Puskesmas Kecamatan Tamalanrea Jaya Kota Makassar, serta Bidan KIA Ibu Hj. Nasrah di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar yang telah memberi izin dan bantuannya selama dilaksanakan penelitian ini.
9. Seluruh responden ibu hamil yang telah meluangkan waktu dan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
10. Kedua orangtua tercinta, Bapak Dr. H. Ahmad Mujahid, M.Ag dan Ibu Hj. Haeriyah S.Ag, M.Pd.I yang berkontribusi besar dalam penyelesain skripsi ini dan

tak pernah henti mendoakan dan memotivasi penulis untuk menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama manusia serta sukses dunia dan akhirat meski penulis terkadang pernah merasa lelah dan jenuh.

11. Adik tersayang dan terkasih, Izzat Aziz Muta'al dan Izzat Ahmad Mutahhar yang selalu mendoakan dan menyemangati penulis.
12. Seseorang yang selalu setia dan ada di setiap suka dan duka saya mulai dari hari pertama saya berstatus sebagai mahasiswa baru hingga saat ini menjadi sarjana.
13. Sahabat sejawat yang sudah seperti saudara, Putri Amelia Ahmad Dahlan, yang selalu menyemangati dan mendampingi penulis suka maupun duka dan menjadi tempat ternyaman penulis untuk berkeluh kesah.
14. Teman – teman "LORDS", "Halo Dok", dan "SONDE" yang menemani penulis dan banyak membantu penulis selama masa preklinik.
15. Teman sejawat seperjuangan Angkatan 2021 "AT21UM" di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama 3,5 tahun.
16. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan secara satu per satu yang terlibat dalam proses perjuangan sarjana penulis yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doanya kepada penulis.

Semoga segala bantuan, dukungan, dan bimbingan yang telah diberikan kepada penulis bernilai pahala di sisi Allah SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, mulai dari tahap persiapan hingga tahap penyelesaian. Semoga dapat menjadi bahan introspeksi dan motivasi bagi penulis kedepannya.

Akhir kata, semoga apa yang telah penulis lakukan dapat bermanfaat bagi banyak orang dan bernilai ibadah dan pahala serta amal jariyah di sisi Allah SWT.

Makassar, 19 November 2024

IZZAH IRFANI SADRAH MUTIAH

# DISTRIBUSI FREKUENSI KARAKTERISTIK KEJADIAN DEPRESI PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS TAMALANREA JAYA KOTA MAKASSAR TAHUN 2024

(Izzah Irfani Sadrah Mutiah<sup>1</sup>, Saidah Syamsuddin<sup>2</sup>, Rinvil Renaldi<sup>2</sup>, Suheyra Syauki<sup>2</sup>)

1. Prodi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
2. Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Depresi pada ibu hamil adalah kondisi dimana seorang wanita mengalami perasaan sedih yang dalam, kecemasan yang berlebihan, perubahan suasana hati yang drastis, dan kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari selama masa kehamilan. Gangguan kesehatan psikologis selama kehamilan meningkatkan risiko pada janin berupa perkembangan janin yang buruk, kelahiran prematur, ataupun BBLR serta preeklamsia. Secara global, gangguan kesehatan mental yang sering terjadi yaitu bahwa depresi antenatal dengan prevalensi berkisar antara 15 hingga 65%. Hasil penelitian di Indonesia menemukan prevalensi depresi kehamilan sebanyak 20% pada ibu hamil. Depresi yang tidak diobati dapat berlanjut menjadi depresi pasca persalinan, yang juga memiliki dampak negatif pada kesejahteraan ibu dan perkembangan anak. Selain itu, depresi pada ibu hamil juga dapat mengganggu interaksi ibu-anak yang penting untuk perkembangan emosional dan sosial anak. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan meningkatkan pemahaman yang lebih komprehensif tentang kejadian depresi pada ibu hamil, faktor risiko yang terkait, serta dampaknya pada hasil kehamilan dan kesejahteraan ibu dan anak.

**Tujuan:** Untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024.

**Metode Penelitian:** Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif menggunakan pendekatan cross sectional untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024.

**Hasil dan Pembahasan:** Sebanyak 86 responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian ini. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa didapatkan jumlah responden yang mengalami depresi pada masa kehamilan sebanyak 29 orang (33,72%) dan yang tidak mengalami gejala depresi adalah 57 orang (66,28%). Berdasarkan data mengenai distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil, kelompok usia terbanyak yang mengalami depresi adalah responden berusia >35 tahun dengan distribusi 5 orang (62,5%) dari 8 responden. Dalam hal usia kehamilan, responden yang berada pada trimester 3 lebih banyak mengalami kejadian depresi yaitu 13 orang (37,14%) dari 35 responden. Dari sisi paritas, mayoritas responden adalah multigravida sebanyak 18 orang (36%) dari 50 responden. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden yang mengalami depresi mayoritas berpendidikan rendah (SD & SMP) sebanyak 6 orang (46,15%) dari 13 responden. Sebagian besar responden yang mengalami depresi tidak bekerja dengan jumlah 20 orang (34,48%) dari 58 responden. Dalam hal pendapatan, responden yang minoritas mengalami kejadian depresi berpenghasilan di atas UMR terdapat hanya 1 orang (11,11%) dari 9 responden.

**Kesimpulan:** Karakteristik ibu hamil seperti usia, usia kehamilan, paritas, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan memainkan peran penting dalam risiko depresi selama kehamilan. Interaksi antara faktor-faktor ini dapat mempengaruhi kondisi emosional ibu dan hasil kesehatan kehamilan.

**Kata Kunci:** Depresi pada kehamilan, Ibu Hamil, Usia, Usia Kehamilan, Paritas, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan Ibu

# FREQUENCY DISTRIBUTION OF THE CHARACTERISTICS OF THE INCIDENCE OF DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN AT THE TAMALANREA JAYA HEALTH CENTRE IN MAKASSAR CITY IN 2024

(Izzah Irfani Sadrah Mutiah<sup>1</sup>, Saidah Syamsuddin<sup>2</sup>, Rinvil Renaldi<sup>2</sup>, Suheyra Syauki<sup>2</sup>)

1. Prodi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
2. Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression in pregnant women is a condition in which a woman experiences feelings of deep sadness, excessive anxiety, drastic mood swings and loss of interest in daily activities during pregnancy. Mental disorders during pregnancy increase the risk to the fetus in the form of poor fetal development, preterm birth or LBW, and pre-eclampsia. Globally, the most common mental health disorder is antenatal depression, with prevalence rates ranging from 15 to 65%. Research in Indonesia found that the prevalence of antenatal depression among pregnant women was 20%. Untreated depression can progress to postpartum depression, which also has a negative impact on maternal well-being and child development. In addition, depression in pregnant women can disrupt mother-child interactions, which are important for the child's emotional and social development. Therefore, this study aims to promote a more comprehensive understanding of the incidence of depression in pregnant women, its associated risk factors, and its impact on pregnancy outcomes and maternal and infant well-being.

**Objective:** Untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024.

**Method:** This study is quantitative with a descriptive research design using a cross-sectional approach to determine the frequency distribution of characteristics of the incidence of depression in pregnant women at the Tamalanrea Jaya Health Center, Makassar City in 2024.

**Results and Discussion:** A total of 86 respondents met the inclusion criteria for this study. The results of this study showed that the number of respondents who experienced depression during pregnancy was 29 people (33.72%) and those who did not experience symptoms of depression were 57 people (66.28%). Based on the data regarding the frequency distribution of the characteristics of the incidence of depression in pregnant women, the largest age group experiencing depression was respondents aged > 35 years with a distribution of 5 people (62.5%) out of 8 respondents. In terms of gestational age, respondents who were in the 3rd trimester experienced more depression, namely 13 people (37.14%) out of 35 respondents. In terms of parity, the majority of respondents were multigravida as many as 18 people (36%) out of 50 respondents. Based on the level of education, the majority of the respondents who experienced depression had low education (primary & secondary school) as many as 6 people (46.15%) out of 13 respondents. Most of the respondents who experienced depression did not work, with a total of 20 people (34.48%) out of 58 respondents. In terms of income, the minority of respondents who experienced depression earned more than the minimum wage, there was only 1 person (11.11%) out of 9 respondents.

**Conclusion:** Maternal characteristics such as age, gestational age, parity, education, employment and income play an important role in the risk of depression during pregnancy. The interaction between these factors may influence the mother's emotional state and the health outcomes of the pregnancy.

**Keywords:** Depression in pregnancy, pregnant women, age, gestational age, parity, education, occupation, maternal income



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.3.1 Tujuan Umum .....	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	2
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti .....	3
1.4.2 Manfaat bagi Masyarakat .....	3
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Terkait .....	3
1.4.4 Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya .....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>4</b>
2.1 Depresi .....	4
2.1.1 Definisi .....	4
2.1.2 Epidemiologi .....	4
2.1.3 Etiologi.....	5
2.1.4 Patofisiologi .....	7
2.1.5 Gejala .....	7
2.1.6 Diagnostik Depresi .....	8
2.1.7 Alat ukur.....	12
2.1.8 Tatalaksana .....	14
2.2 Kehamilan .....	16
2.2.1 Definisi.....	16
2.2.2 Klasifikasi.....	17
2.2.3 Perubahan Psikologis Selama Kehamilan.....	18
2.3 Hubungan Depresi dengan Ibu Hamil .....	19

<b>BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL.....</b>	<b>21</b>
3.1 Kerangka Teori.....	21
3.2 Kerangka Konsep.....	21
3.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	22
Depresi Antenatal .....	22
Usia Ibu Hamil.....	23
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>27</b>
4.1 Desain Penelitian .....	27
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	27
4.2.1 Lokasi Penelitian .....	27
4.2.2 Waktu Penelitian.....	27
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian:.....	27
4.3.1 Populasi Target .....	27
4.3.2 Populasi Terjangkau .....	27
4.3.3 Sampel.....	27
4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel.....	27
4.4 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi .....	28
4.4.1 Kriteria Inklusi .....	28
4.4.2 Kriteria Eksklusi .....	28
4.5 Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	28
4.5.1 Jenis Data.....	28
4.5.2 Instrumen Penelitian .....	28
4.6 Manajemen Penelitian.....	29
4.6.1 Pengumpulan Data.....	29
4.6.2 Pengolahan dan Analisis Data .....	29
4.7 Etika Penelitian.....	29
4.8 Alur Pelaksanaan Penelitian .....	29
4.9 Rencana Anggaran Penelitian.....	30
4.10 Jadwal Kegiatan .....	30
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>32</b>
5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil.....	32
5.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi pada Ibu Hamil .....	33
5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi terhadap Karakteristik Ibu Hamil .....	33
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>36</b>
6.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil.....	36
6.1.1 Berdasarkan Usia .....	36
6.1.2 Berdasarkan Usia Kehamilan .....	36
6.1.3 Berdasarkan Paritas .....	37

6.1.4 Berdasarkan Pendidikan .....	38
6.1.5 Berdasarkan Pekerjaan .....	38
6.1.6 Berdasarkan Pendapatan Ibu .....	39
6.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi pada Ibu Hamil .....	39
6.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil .....	40
6.3.1 Berdasarkan Usia .....	40
6.3.2 Berdasarkan Usia Kehamilan .....	41
6.3.3 Berdasarkan Paritas .....	42
6.3.4 Berdasarkan Pendidikan .....	43
6.3.5 Berdasarkan Pekerjaan .....	44
6.3.6 Berdasarkan Pendapatan Ibu .....	45
<b>BAB 7 KESIMPULAN &amp; SARAN.....</b>	<b>46</b>
7.1 Kesimpulan.....	46
7.2 Keterbatasan Peneliti .....	46
7.3 Saran.....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>48</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>53</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	22
Tabel 4. 1 Rencana Anggaran Penelitian .....	30
Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan .....	30
Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil .....	32
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi pada Ibu Hamil.....	33
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi terhadap Karakteristik Ibu Hamil.....	33
Tabel 6. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil Berdasarkan Usia .....	36
Tabel 6. 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil Berdasarkan Usia Kehamilan .....	36
Tabel 6. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil Berdasarkan Paritas.....	37
Tabel 6. 4 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil Berdasarkan Pendidikan .....	38
Tabel 6. 5 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil Berdasarkan Pekerjaan.....	38
Tabel 6. 6 Distribusi Frekuensi Karakteristik pada Ibu Hamil Berdasarkan Pendapatan Ibu.....	39
Tabel 6. 7 Distribusi Frekuensi Kejadian Depresi Pada Ibu Hamil.....	39
Tabel 6. 8 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil Berdasarkan Usia .....	40
Tabel 6. 9 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil berdasarkan Usia Kehamilan .....	41
Tabel 6. 10 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil Berdasarkan Paritas.....	42
Tabel 6. 11 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil Berdasarkan Pendidikan.....	43
Tabel 6. 12 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil Berdasarkan Pekerjaan.....	44
Tabel 6. 13 Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil Berdasarkan Pendapatan Ibu .....	45

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2. 1 Data Riskesdas 2018 Cakupan Pengobatan Penderita Depresi ...</b>	<b>5</b>
<b>Gambar 2. 2 Data Riskesdas Prevalensi Depresi pada Penduduk Usia <math>\geq 15</math> Tahun Menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Sulawesi Selatan.....</b>	<b>5</b>
<b>Gambar 3.1 Kerangka Teori.....</b>	<b>21</b>
<b>Gambar 3.2 Kerangka Konsep .....</b>	<b>Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.</b>
<b>Gambar 4. 1 Alur Pelaksanaan Penelitian .....</b>	<b>29</b>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), depresi adalah gangguan mental yang umum yang melibatkan suasana hati yang tertekan atau kehilangan kesenangan atau minat dalam aktivitas untuk jangka waktu yang lama (WHO, 2023). Menurut American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), depresi pada ibu hamil adalah kondisi dimana seorang wanita mengalami perasaan sedih yang dalam, kecemasan yang berlebihan, perubahan suasana hati yang drastis, dan kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari selama masa kehamilan (ACOG, 2018).

Secara global, gangguan kesehatan mental yang sering terjadi yaitu bahwa depresi antenatal dengan prevalensi berkisar antara 15 hingga 65% (Dadi et al., 2020). Hasil penelitian di Indonesia menemukan prevalensi depresi kehamilan sebanyak 20% pada ibu hamil (Handayani & Fourianalistyawati, 2018).

Meskipun kehamilan merupakan sesuatu hal yang sangat diharapkan oleh perempuan dalam siklus reproduksinya, beberapa dari mereka justru mengalami masa-masa sulit akibat dari masalah kesehatan mental. Perubahan hormonal, perubahan fisik yang signifikan, dan stres terkait persiapan menjadi orang tua baru adalah faktor-faktor yang dapat memicu atau memperburuk depresi pada ibu hamil. Perubahan yang terjadi pada ibu hamil tidak hanya perubahan fisiologis tetapi juga fungsi psikologis dan sosial (Bjelica et al., 2018).

Gangguan kesehatan psikologis selama kehamilan meningkatkan risiko pada janin berupa perkembangan janin yang buruk, kelahiran prematur, ataupun BBLR. Faktor yang mendasarinya yaitu akses pelayanan kesehatan terbatas, kurangnya dukungan sosial dari berbagai pihak, dan kekhawatiran akan kesehatan dirinya dan janin apabila tertular penyakit. Dukungan sosial membantu wanita hamil menghadapi stresor kehidupan mereka.

Kehamilan menyebabkan perubahan hormonal pada wanita ketika hormon estrogen dan progesteron meningkat dan plasenta melepaskan lebih banyak Hormon Chorionic Gonadotropin (HCG) (Mariza & Ayuningtias, 2019). Perubahan hormonal yang seketika dapat mengakibatkan terjadinya depresi biokimia pada masa kehamilan (Simamora & Rahman, 2020).

Selain itu terdapat faktor lain yang berkontribusi terhadap kejadian depresi pada ibu hamil yaitu, usia ibu hamil, usia kehamilan, paritas / jumlah anak, komplikasi saat kehamilan, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan pendapatan keluarga.

Depresi pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan, seperti preeklamsia, kelahiran prematur, dan berat badan lahir rendah. Depresi yang tidak

diobati dapat berlanjut menjadi depresi pasca persalinan, yang juga memiliki dampak negatif pada kesejahteraan ibu dan perkembangan anak. Selain itu, depresi pada ibu hamil juga dapat mengganggu interaksi ibu-anak yang penting untuk perkembangan emosional dan sosial anak. Keterlibatan orang tua yang terganggu dapat memengaruhi bonding awal antara ibu dan bayi, yang merupakan fondasi penting untuk hubungan yang sehat di masa mendatang.

Meskipun pemahaman tentang depresi pada ibu hamil terus berkembang, masih ada kekurangan dalam penelitian yang merinci prevalensi kondisi ini, terutama di wilayah tertentu atau dalam populasi tertentu. Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif tentang kejadian depresi pada ibu hamil, faktor risiko yang terkait, serta dampaknya pada hasil kehamilan dan kesejahteraan ibu dan anak.

Berdasarkan prevalensi depresi pada ibu hamil yang masih tinggi dan memprihatinkan, peneliti tertarik untuk mengangkat topik “ Distribusi Frekuensi Karakteristik Kejadian Depresi pada Ibu Hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024” yang akan memberikan wawasan yang berharga bagi para profesional kesehatan untuk mengidentifikasi, mencegah, dan mengelola kondisi ini dengan lebih efektif serta diharapkan bahwa intervensi yang lebih baik dapat diterapkan untuk meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan ibu hamil serta anak yang akan lahir.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Tahun 2024.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi berdasarkan usia pada ibu hamil di puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.
2. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi berdasarkan usia kehamilan pada ibu hamil di puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.

3. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi berdasarkan paritas (jumlah anak) pada ibu hamil di puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.

4. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi berdasarkan pendidikan terakhir pada ibu hamil di puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.

5. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi berdasarkan pekerjaan pada ibu hamil di puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.

6. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik kejadian depresi berdasarkan pendapatan pada ibu hamil di puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar tahun 2024.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat bagi Peneliti**

Peneliti dapat memperoleh pemahaman yang lebih mendalam tentang karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil, termasuk aspek psikologis, biologis, dan sosial yang dapat membantu mengidentifikasi tanda-tanda awal depresi dan memetakan perjalanan penyakit.

### **1.4.2 Manfaat bagi Masyarakat**

Menambah wawasan dan informasi kepada masyarakat tentang karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kejadian depresi.

### **1.4.3 Manfaat bagi Instansi Terkait**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi bagi Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, dan Puskesmas setempat untuk lebih meningkatkan program-program terkait pencegahan dan penanganan depresi pada ibu hamil.

### **1.4.4 Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian mengenai karakteristik kejadian depresi pada ibu hamil dapat dijadikan acuan untuk penelitian lebih lanjut. Peneliti selanjutnya dapat membangun dan memperluas pengetahuan ini dengan mengeksplorasi variabel baru atau populasi yang berbeda.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Depresi**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), gangguan depresi adalah gangguan mental yang umum yang melibatkan suasana hati yang tertekan atau kehilangan kesenangan atau minat dalam aktivitas untuk jangka waktu yang lama (WHO, 2023).

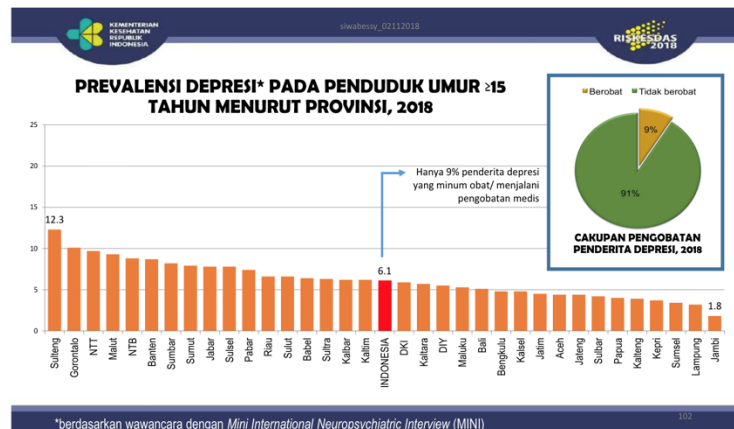
Depresi adalah emosi atau gangguan alam perasaan yang disertai dengan komponen psikologi dan komponen somatik, komponen psikologi meliputi murung, sedih, putus asa, rasa susah dan tidak bahagia, serta komponen somatic seperti konstipasi, anoreksia, kulit lembap (rasa dingin), nadi dan tekanan darah menurun (Kemenkes, 2024).

##### **2.1.2 Epidemiologi**

Prevalensi depresi di seluruh dunia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekitar 280 juta orang di seluruh dunia terkena depresi. Angka ini setara dengan sekitar 3,8% populasi global, dengan angka tertinggi terjadi pada orang dewasa (5%), wanita (6%), dan lansia (5,7%) (WHO, 2023).

Depresi adalah penyebab utama kecacatan dan kontributor utama beban penyakit global secara keseluruhan. Hal ini terutama terjadi pada wanita dan mempengaruhi mereka sekitar 50% lebih sering dibandingkan pria, hal ini diperkirakan adanya perbedaan hormon, pengaruh hamil dan melahirkan, serta perbedaan stresor psikososial. Dimana lebih dari 10% wanita hamil dan ibu baru mengalami depresi (WHO, 2023). Menurut World Health Organization, depresi menempati urutan ke empat penyakit di dunia (WHO, 2017).

Prevalensi gangguan depresi di Indonesia sebanyak 12,3% dari jumlah penduduk di Indonesia dan hanya 9 % saja yang menjalani pengobatan (Risikesdas, 2018).



**Gambar 2. 1 Data Riskesdas 2018 Cakupan Pengobatan Penderita Depresi**

Berdasarkan data dari Riskesdas 2018, prevalensi depresi pada penduduk usia  $\geq 15$  tahun di Makassar adalah sebesar 11.46% (Riskesdas, 2018). Data ini mencerminkan bahwa sekitar satu dari sepuluh penduduk di Makassar mengalami depresi, yang menunjukkan tingkat prevalensi yang cukup tinggi dibandingkan dengan rata-rata provinsi Sulawesi Selatan yang sebesar 7.80% (Riskesdas, 2018).

Prevalensi Depresi pada Penduduk Umur  $\geq 15$  Tahun menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Sulawesi Selatan, Riskesdas 2018

Kabupaten/Kota	Depresi <sup>1</sup>			N tertimbang
	%	95% CI		
Kepulauan Selayar	7,62	6,00	9,64	533
Bulukumba	5,33	3,95	7,17	1.676
Bantaeng	2,27	1,47	3,50	751
Jeneponto	11,98	9,67	14,74	1.422
Takalar	9,85	7,78	12,39	1.202
Gowa	4,25	2,70	6,62	3.011
Sinjai	4,20	2,77	6,32	931
Maros	14,50	11,56	18,03	1.380
Pangkajene dan Kepulauan	2,97	1,77	4,92	1.308
Barro	11,69	7,90	16,96	700
Bone	8,20	6,82	9,83	3.035
Soppeng	1,31	0,90	1,92	960
Wajo	8,69	6,81	11,03	1.644
Sidenreng Rappang	1,37	0,84	2,24	1.216
Pinrang	6,96	5,45	8,86	1.465
Enrekang	6,20	4,84	7,90	756
Luwu	5,68	3,66	8,71	1.322
Tana Toraja	6,77	4,44	10,20	873
Luwu Utara	10,47	7,67	14,14	1.160
Luwu Timur	9,70	7,16	13,01	1.106
Toraja Utara	6,00	4,01	8,87	842
Makassar	11,46	9,50	13,77	5.963
Parepare	4,92	3,27	7,35	570
Palopo	10,40	7,62	14,03	714
<b>Prov. Sulawesi Selatan</b>	<b>7,80</b>	<b>7,26</b>	<b>8,37</b>	<b>34.540</b>

<sup>1</sup>berdasarkan *Mini International Neuropsychiatric Interview*

**Gambar 2. 2 Data Riskesdas Prevalensi Depresi pada Penduduk Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Sulawesi Selatan**

### 2.1.3 Etiologi

Etiologi depresi melibatkan berbagai faktor yang kompleks dan seringkali merupakan hasil interaksi antara faktor genetik, neurobiologis, psikologis, dan lingkungan. Terdapat beberapa teori yang menjelaskan etiologi depresi antara lain:

### **2.1.3.1 Faktor Psikologis**

Menurut teori Psikoanalitik (Freud, 1917) dan Psikodinamik (Abraham, 1927) depresi disebabkan karena kehilangan obyek cinta, kemudian individu mengadakan introyeksi yang ambivalen dari obyek cinta tersebut atau rasa marah diarahkan pada diri sendiri. Sementara Beck (1974) dengan model cognitive-behavioral nya menyatakan bahwa depresi terjadi karena pandangan yang negatif terhadap diri sendiri, interpretasi yang negatif terhadap pengalaman hidup dan harapan yang negatif terhadap diri sendiri dan masa depan. Ketiga pandangan ini menyebabkan timbulnya depresi, rasa tidak berdaya dan putus asa. Penyebab depresi apada anak usia remaja mirip dengan orang dewasa, biasanya karena triad cognitive yaitu: perasaan tidak berharga (worthlessness), tidak ada yang menolong dirinya sendiri (helplessness), dan tidak ada harapan (hopelessness). Sedangkan menurut teori belajar “merasa tidak berdaya” (learned helplessness model) dari Seligman (1975) depresi terjadi bila seorang individu mengalami suatu peristiwa yang tidak dapat dikendalikannya, kemudian merasa tidak omampu pula menguasai masa depan (Siregar et al., 2023).

### **2.1.3.2 Faktor Biologis**

Faktor ini terdiri atas faktor neuro-kimia dan neuroendokrin. Faktor neurokimia, yaitu mono-amine neurotransmitters, kekurangan zat ini dapat menyebabkan timbulnya depresi. Faktor neuro-endokrin bisa berasal dari terjadinya disfungsi dalam sistem penyaluran rangsang dari hipotalamus ke hipofise dan target organ lain, gangguan ritme biologis, meningkatnya kardar hormon pertumbuhan secara berlebihan serta gangguan tiroid (Siregar et al., 2023).

### **2.1.3.3 Faktor Neuro-Imunologis.**

Pada orang dewasa sering ditemukan gangguan dalam bidang imunologis sehingga lebih mudah terjadi infeksi pada susunan syaraf pusat. Kemungkinan lain adalah bahwa zat-zat imunologis tersebut terlalu aktif sehingga menimbulkan kerusakan pada susunan saraf pusat. Hal ini sangat jarang terjadi pada anak dan remaja (Siregar et al., 2023).

### **2.1.3.4 Faktor Genetik**

Depresi bisa disebabkan oleh faktor keturunan. Resiko untuk terjadinya depresi meningkat antara 20 – 40 % untuk keluarga keturunan pertama. Dapat dikatakan bahwa anak-anak dari orangtua yang depresi psikotik dan depresi nonpsikotik terdapat insiden yang tinggi dari gejala depresi ini. Memiliki satu orangtua yang mengalami depresi, meningkatkan resiko dua kali pada keturunannya. Resiko itu meningkat menjadi empat kali bila kedua orangtuanya sama-sama mengalami depresi (Siregar et al., 2023).

### **2.1.3.5 Faktor Psikososial**

Anak remaja dalam lingkungan keluarga yang broken home, jumlah saudara banyak, status ekonomi orangtua rendah, pemisahan orangtua dengan karena meninggal atau perceraian serta buruknya fungsi keluarga, merupakan faktor psikososial yang dapat menyebabkan anak remaja mengalami depresi (Siregar et al., 2023).

### **2.1.4 Patofisiologi**

Patofisiologi yang mendasari gangguan depresi mayor belum diketahui dengan jelas. Bukti saat ini menunjukkan interaksi kompleks antara ketersediaan neurotransmitter dan regulasi reseptor serta sensitivitas yang mendasari gejala afektif.

Uji klinis dan praklinis menunjukkan adanya gangguan pada aktivitas sistem saraf pusat serotonin (5-HT) sebagai faktor penting. Neurotransmitter lain yang terlibat termasuk norepinefrin (NE), dopamin (DA), glutamat, dan faktor neurotropik yang diturunkan dari otak (BDNF).

Peran aktivitas SSP 5-HT dalam patofisiologi gangguan depresi mayor ditunjukkan oleh kemanjuran terapi inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI). Temuan penelitian menyiratkan peran regulasi reseptor saraf, sinyal intraseluler, dan ekspresi gen dari waktu ke waktu, selain peningkatan ketersediaan neurotransmitter.

Gangguan afektif musiman adalah suatu bentuk gangguan depresi mayor yang biasanya timbul selama musim gugur dan musim dingin dan hilang selama musim semi dan musim panas. Studi menunjukkan bahwa gangguan afektif musiman juga dimediasi oleh perubahan kadar 5-HT di SSP dan tampaknya dipicu oleh perubahan ritme sirkadian dan paparan sinar matahari.

Lesi vaskular dapat menyebabkan depresi dengan mengganggu jaringan saraf yang terlibat dalam regulasi emosi—khususnya, jalur frontostriatal yang menghubungkan korteks prefrontal dorsolateral, korteks orbitofrontal, cingulate anterior, dan cingulate dorsal. Komponen lain dari sirkuit limbik, khususnya hipokampus dan amigdala, juga terlibat dalam depresi (Chand & Arif, 2023).

### **2.1.5 Gejala**

Depresi adalah gangguan mood yang ditandai oleh berbagai gejala emosional, fisik, dan kognitif (Sarkhel, 2009). Berikut ini adalah gejala utama depresi, yang dapat bervariasi dalam intensitas dan durasi:

#### **2.1.5.1 Gejala Emosional**

Perasaan sedih, kosong, atau putus asa yang berlangsung hampir setiap hari. Kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas yang biasanya dinikmati, termasuk hobi dan interaksi social (Sarkhel, 2009).

#### **2.1.5.2 Gejala Kognitif**

Kesulitan dalam berpikir, berkonsentrasi, atau membuat keputusan. Pikiran negatif yang berulang tentang kematian, bunuh diri, atau perasaan tidak berharga dan rasa bersalah yang berlebihan (Sarkhel, 2009).

#### **2.1.5.3 Gejala Fisik**

Insomnia (kesulitan tidur) atau hipersomnia (terlalu banyak tidur) hampir setiap hari. Penurunan atau peningkatan berat badan yang signifikan tanpa diet, atau perubahan nafsu makan. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari. Agitasi (gelisah) atau retardasi psikomotor (gerakan dan bicara lambat) yang dapat diamati oleh orang lain (Sarkhel, 2009).

#### **2.1.5.4 Gejala Sosial dan Perilaku**

Menghindari interaksi sosial, menarik diri dari keluarga dan teman. Penurunan produktivitas dan kinerja di tempat kerja atau sekolah (Sarkhel, 2009).

### **2.1.6 Diagnostik Depresi**

#### **2.1.6.1 *American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.**

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*, lima (atau lebih) gejala berikut hadir selama periode dua minggu dan menampilkan perubahan dari kebiasaan sebelumnya. Setidaknya satu gejala merupakan mood tertekan atau kehilangan ketertarikan atau rasa senang. Gejala yang dihasilkan kondisi medis tidak dihitung (American Psychiatric Association, 2013).

- a. Perasaan tertekan pada sebagian besar waktu, hampir setiap hari, ditunjukkan oleh laporan pribadi (contoh: merasa sedih atau kosong) atau observasi orang lain (contoh: kelihatan takut).
- b. Kehilangan ketertarikan atau kesenangan pada sejumlah besar aktivitas, hampir setiap hari (ditunjukkan oleh pendapat pribadi ataupun observasi orang lain).
- c. Penurunan/peningkatan berat badan atau perubahan selera makan yang signifikan ketika tidak melakukan diet.

- d. Insomnia atau hypersomnia hampir setiap hari.
- e. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (harus dapat diobservasi dan bukan perasaan subjektif).
- f. Kelelahan atau kehilangan tenaga hampir setiap hari.
- g. Merasa tidak berharga atau memiliki rasa bersalah yang berlebihan (mungkin saja bersifat delusi) hampir setiap hari.
- h. Penurunan kemampuan berpikir atau berkonsentrasi, sulit menentukan pilihan, hampir setiap hari.
- i. Pikiran tentang kematian yang berulang, pikiran tentang bunuh diri yang berulang, baik tanpa rencana atau dengan rencana yang jelas dalam bunuh diri.

Kriteria lain yaitu gejala yang menyebabkan kesedihan signifikan atau gangguan dalam pekerjaan, hubungan sosial, ataupun bidang lain yang penting dalam hidup. Episode ini juga tidak terkait dampak psikologis dari penggunaan obat-obatan. Kemunculan episode ini tidak diterangkan lebih baik dengan schizoprenia, gangguan delusi, atau psychotic disorder dan tidak ada sejarah hypomanic atau manic episode.

#### **2.1.6.2 Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)**

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ke-tiga (PPDGJ III), klasifikasi depresi di bagi menjadi dua yaitu Episode Depresif dan Gangguan Depresif Berulang (PPDGJ-III, 1993).

##### **a. Episode Depresif**

- Gejala utama Episode Depresif (derajat ringan, sedang, dan berat) :
  - a. Afek depresif.
  - b. Kehilangan minat dan kegembiraan.
  - c. Berkurang energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.
- Gejala lainnya :

- a. Konsentrasi dan perhatian kurang.
  - b. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
  - c. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
  - d. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
  - e. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri.
  - f. Gangguan tidur.
  - g. Nafsu makan berkurang.
- Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
  - Kategori diagnosis episode depresif ringan, sedang, dan berat hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasi pada salah satu diagnosis gangguan depresi berulang.
  - Episode Depresif Ringan memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut :
    - a. Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi seperti tersebut diatas.
    - b. Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya.
    - c. Tidak boleh ada gejala yang berat.
    - d. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar dua minggu.
    - e. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.
    - f. Dapat dengan gejala somatik atau tanpa gejala somatic.
  - Episode Depresif Sedang memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut :
    - a. Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi seperti pada episode ringan.
    - b. Ditambah sekurang-kurangnya ada tiga (dan sebaiknya empat) dari gejala lainnya.
    - c. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar dua minggu.
    - d. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
    - e. Dapat dengan gejala somatik atau tanpa gejala somatic.
  - Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut :
    - a. Semua gejala utama depresi harus ada.
    - b. Ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.

- c. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejala secara rinci. Sehingga penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
  - d. Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari dua minggu.
  - e. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
- Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut:
    - a. Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut episode depresif berat tanpa gejala psikotik.
    - b. Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya memperlihatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging busuk. Retardasipsikomotor yang berat dapat menuju stupor.

#### **b. Gangguan Depresif Berulang**

- Pedoman diagnosis gangguan depresif berulang adalah sebagai berikut:
  - a. Gangguan ini bersifat episode berulang dari: episode depresi ringan, episode depresi sedang, episode depresi berat. Episode masing-masing rata-rata lamanya sekitar enam bulan, akan tetapi frekuensinya lebih jarang dibandingkan dengan riwayat bipolar.
  - b. Tanpa riwayat adanya episode tersendiri dari peninggian afek dan hiperaktivitas yang memenuhi criteria mania.
  - c. Pemulihan keadaan biasanya sempurna diantara episode, namun sebagian kecil pasien mungkin mendapat yang akhirnya menetap, terutama pada usia lanjut.
  - d. Episode masing-masing dalam berbagai tingkat keparahan, seringkali dicetuskan oleh peristiwa kehidupan yang penuh stress atau trauma mental lain (adanya stress tidak esensial untuk menegakkan diagnosis).
- Klasifikasi Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Ringan memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut:
  - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria episode depresif ringan.



- b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing berlangsung selama dua minggu dengan selang waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif bermakna.
- Klasifikasi Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Sedang memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut:
  - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria episode depresif sedang.
  - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing minimal selama dua minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.
- Klasifikasi Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Berat tanpa Gejala Psikotik memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut :
  - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria episode depresif berat tanpa gejala depresif.
  - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing minimal selama dua minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.
- Klasifikasi Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Berat dengan Gejala Psikotik memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut :
  - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria episode depresif berat dengan gejala psikotik.
  - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing berlangsung selama dua minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif bermakna.
- Klasifikasi Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini dalam remisi memiliki pedoman diagnosis sebagai berikut:
  - a. Kriteria untuk gangguan depresif berulang harus pernah dipenuhi di masa lampau, tetapi keadaan sekarang seharusnya tidak memenuhi kriteria untuk episode deprsif dengan derajat keparahan apapun atau gangguan lain apapun
  - b. Sekurang-kurangnya dua episode telah berlangsung masing-masing minimal selama dua minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

### **2.1.7 Alat ukur**

Mengukur tingkat depresi secara objektif sangat penting dalam diagnosis dan penanganan yang tepat. Berikut ini adalah beberapa alat ukur depresi yang umum digunakan dalam praktik klinis dan penelitian:

#### **2.1.7.1 Beck Depression Inventory (BDI)**

BDI adalah kuesioner self-report yang terdiri dari 21 item yang menilai intensitas depresi. Responden diminta untuk memilih pernyataan yang paling menggambarkan perasaan mereka selama dua minggu terakhir. Setiap item diberi skor 0-3, dan total skor berkisar dari 0 hingga 63. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat depresi yang lebih tinggi (Beck et al., 1996)

#### **2.1.7.2 *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)***

HAM-D adalah skala penilaian klinis yang digunakan oleh tenaga medis untuk menilai tingkat depresi. Terdiri dari 17 hingga 21 item yang dievaluasi oleh seorang profesional kesehatan melalui wawancara terstruktur. Skor total dapat bervariasi tergantung pada versi yang digunakan. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat depresi yang lebih parah (Hamilton, 1960).

#### **2.1.7.3 *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)***

PHQ-9 adalah instrumen self-report singkat yang terdiri dari 9 item, berdasarkan kriteria diagnostik DSM-IV untuk depresi mayor. Responden diminta untuk menilai frekuensi gejala yang mereka alami dalam dua minggu terakhir. Setiap item diberi skor 0-3, dengan total skor berkisar dari 0 hingga 27. Skor 10 atau lebih biasanya menunjukkan adanya depresi (Kroenke et al., 2001)

#### **2.1.7.4 *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)***

CES-D adalah skala self-report yang terdiri dari 20 item yang menilai gejala depresi yang dialami selama minggu terakhir. Dirancang untuk digunakan dalam populasi umum dan penelitian epidemiologis. Setiap item diberi skor 0-3, dan total skor berkisar dari 0 hingga 60. Skor 16 atau lebih menunjukkan kemungkinan adanya depresi (Radloff, 1977).

#### **2.1.7.5 *Edinburgh Postnatal / Perinatal Depression Scale (EPDS)***

EPDS adalah kuesioner self-report yang terdiri dari 10 item, khusus dirancang untuk mengukur depresi pada ibu hamil dan pasca melahirkan. Digunakan untuk mendeteksi depresi pascapersalinan dan prenatal. Setiap item diberi skor 0-3, dan total skor berkisar dari 0 hingga 30. Skor 10 atau lebih menunjukkan kemungkinan adanya depresi (Cox et al., 1987).

Alat ukur depresi ini membantu dalam mendeteksi dan mengukur tingkat depresi pada individu. Pemilihan alat tergantung pada konteks klinis dan populasi yang dinilai. Penggunaan alat ukur yang tepat sangat penting untuk diagnosis yang akurat dan perencanaan intervensi yang efektif.

### 2.1.8 Tatalaksana

Pengobatan dan psikoterapi singkat (terapi perilaku kognitif, terapi interpersonal) dapat meredakan gejala depresi. Terapi kombinasi juga dikaitkan dengan tingkat perbaikan gejala depresi yang jauh lebih tinggi; peningkatan kualitas hidup; dan kepatuhan pengobatan yang lebih baik (Chand & Arif, 2023). Ada juga dukungan empiris terhadap kemampuan CBT untuk mencegah kekambuhan (Knappe, et al., 2018)

Terapi elektrokonvulsif berguna untuk pasien yang tidak merespons obat dengan baik atau ingin bunuh diri (Salik & Marwaha, 2022).

#### 2.1.8.1 Obat-obatan

1. Inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI) : SSRI memiliki keunggulan dalam kemudahan pemberian dosis dan toksisitas rendah jika overdosis. Obat ini juga merupakan obat lini pertama untuk depresi yang timbul lambat. SSRI meliputi Citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, vilazodone, vortioxetine
2. Inhibitor reuptake serotonin/norepinefrin (SNRI) : SNRI, yang mencakup venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, dan levomilnacipran dapat digunakan sebagai agen lini pertama, terutama pada pasien dengan sindrom kelelahan atau nyeri signifikan yang terkait dengan episode depresi. SNRI juga mempunyai peran penting sebagai agen lini kedua pada pasien yang belum memberikan respons terhadap SSRI.
3. Antidepresan atipikal : Antidepresan atipikal termasuk bupropion, mirtazapine, nefazodone, dan trazodone. Semuanya terbukti efektif dalam monoterapi pada gangguan depresi mayor dan dapat digunakan dalam terapi kombinasi untuk depresi yang lebih sulit diobati.
4. Modulator Aktivitas Serotonin-Dopamin (SDAM) : SDAM termasuk brexpiprazole dan aripiprazole. SDAM bertindak sebagai agonis parsial pada reseptor 5-HT<sub>1A</sub> dan dopamin D<sub>2</sub> dengan potensi yang sama, dan sebagai antagonis pada 5-HT<sub>2A</sub> dan noradrenalin alp Brexpiprazole diindikasikan sebagai terapi tambahan untuk gangguan depresi mayor (MDD).
5. Antidepresan trisiklik (TCA) : Amitriptyline, clomipramine, desipramine, doxepin, imipramine, nortriptyline, protriptyline, trimipramine. TCA mempunyai rekam jejak yang panjang mengenai kemanjuran dalam pengobatan depresi. Obat ini lebih

jarang digunakan karena profil efek sampingnya dan toksisitasnya yang besar jika overdosis.

6. Inhibitor oksidase monoamine (MAOI) : MAOI termasuk isocarboxazid, phenelzine, selegiline, dan tranylcypromine. Agen-agen ini sangat efektif dalam berbagai gangguan afektif dan kecemasan. Karena risiko krisis hipertensi, pasien yang menggunakan obat ini harus mengikuti diet rendah tiramin. Efek samping lainnya dapat mencakup insomnia, kecemasan, ortostasis, penambahan berat badan, dan disfungsi seksual (Chand & Arif, 2023).

#### **2.1.8.2 Terapi Elektrokonvulsif (ECT)**

ECT adalah pengobatan yang sangat efektif untuk depresi. Permulaan tindakan mungkin lebih cepat dibandingkan dengan pengobatan dengan obat-obatan, dengan manfaat sering terlihat dalam waktu 1 minggu setelah dimulainya pengobatan. Kursus ECT (biasanya hingga 12 sesi) adalah pengobatan pilihan bagi pasien yang tidak merespons terapi obat, psikotik, atau ingin bunuh diri atau berbahaya bagi diri mereka sendiri. Dengan demikian, indikasi penggunaan ECT antara lain sebagai berikut:

1. Perlunya respon antidepresan yang cepat Kegagalan terapi obat
2. Sejarah respon yang baik terhadap ECT
3. Preferensi pasien
4. Resiko tinggi untuk bunuh diri
5. Risiko tinggi morbiditas dan mortalitas medis

Meskipun kemajuan dalam anestesi singkat dan kelumpuhan neuromuskular telah meningkatkan keamanan dan tolerabilitas ECT, modalitas ini menimbulkan banyak risiko, termasuk risiko yang terkait dengan anestesi umum, kebingungan pasca iktal, dan, yang lebih jarang, kesulitan memori jangka pendek (Salik & Marwaha, 2022).

#### **2.1.8.3 Psikoterapi**

Terapi Perilaku Kognitif dan Terapi Interpersonal adalah psikoterapi berbasis bukti yang terbukti efektif dalam pengobatan depresi (Chand & Arif, 2023).

#### **2.1.8.4 Terapi Perilaku Kognitif (CBT)**

CBT adalah bentuk terapi terstruktur dan didaktik yang berfokus pada membantu individu mengidentifikasi dan memodifikasi pola pikir dan perilaku

maladaptif (16 hingga 20 sesi). Hal ini didasarkan pada premis bahwa pasien yang mengalami depresi menunjukkan “triad kognitif” depresi, yang mencakup pandangan negatif terhadap diri mereka sendiri, dunia, dan masa depan. Pasien depresi juga menunjukkan distorsi kognitif yang membantu mempertahankan keyakinan negatif mereka. CBT untuk depresi biasanya mencakup strategi perilaku (misalnya penjadwalan aktivitas), serta restrukturisasi kognitif untuk mengubah pikiran otomatis negatif dan mengatasi skema maladaptif.

Terdapat bukti yang mendukung penggunaan CBT pada individu dari segala usia. Hal ini juga dianggap mujarab untuk mencegah kekambuhan. Hal ini sangat berharga bagi pasien lanjut usia, yang mungkin lebih rentan terhadap masalah atau efek samping pengobatan.

Terapi kognitif berbasis kesadaran (MBCT) dirancang untuk mengurangi kekambuhan di antara individu yang telah berhasil diobati untuk episode gangguan depresi mayor yang berulang. Komponen pengobatan utama adalah pelatihan kesadaran. MBCT secara khusus berfokus pada proses berpikir ruminatif sebagai faktor risiko kekambuhan. Penelitian menunjukkan bahwa MBCT efektif dalam mengurangi risiko kekambuhan pada pasien dengan depresi berulang, terutama pada pasien dengan gejala sisa yang paling parah. Terapi interpersonal (IPT)(Saracino & Nelson, 2019).

#### **2.1.8.5 Terapi Interpersonal (IPT)**

Terapi interpersonal (IPT) adalah pengobatan terbatas waktu (biasanya 16 sesi) untuk gangguan depresi mayor. IPT mengacu pada teori keterikatan dan menekankan peran hubungan antarpribadi, dengan fokus pada kesulitan antarpribadi saat ini. Area penekanan khusus mencakup kesedihan, perselisihan antarpribadi, transisi peran, dan defisit antarpribadi (Chand & Arif, 2023).

## **2.2 Kehamilan**

### **2.2.1 Definisi**

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan implantasi, bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan umumnya akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan. Kehamilan dibagi dalam tiga trimester, dimana trimester pertama berlangsung sampai 12 minggu, trimester kedua berlangsung dari minggu ke 13 sampai minggu ke 27, trimester ketiga berlangsung dari minggu ke 28 sampai minggu ke 40 (WHO, 2019).

Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan adalah waktu transisi, yaitu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak itu lahir (Ratnawati, 2020).

## **2.2.2 Klasifikasi**

Klasifikasi ibu hamil dapat dilakukan berdasarkan beberapa faktor, termasuk usia kehamilan, risiko kesehatan, dan kondisi medis khusus. Berikut ini adalah beberapa klasifikasi utama ibu hamil:

### **2.2.2.1 Berdasarkan Usia Kehamilan**

1. Ibu Hamil Trimester Pertama (0 - 12 Minggu): pada tahap ini, fokusnya adalah pada konfirmasi kehamilan, evaluasi kesehatan awal, dan penanganan mual pagi.

2. Ibu Hamil Trimester Kedua (13 - 27 Minggu) : trimester kedua biasanya merupakan masa ketika ibu merasa lebih baik. Pemeriksaan lebih lanjut dilakukan untuk memonitor perkembangan janin.

3. Ibu Hamil Trimester Ketiga (28 - 40 Minggu) : pada trimester ini, perhatian lebih difokuskan pada persiapan persalinan, pemantauan posisi janin, dan kondisi kesehatan ibu menjelang kelahiran.

### **2.2.2.2 Berdasarkan Risiko Kesehatan**

1. Ibu Hamil Berisiko Rendah : tidak memiliki kondisi medis atau komplikasi yang signifikan. Pemeriksaan rutin dilakukan sesuai jadwal standar.

2. Ibu Hamil Berisiko Tinggi : memiliki kondisi medis yang dapat mempengaruhi kehamilan, seperti hipertensi, diabetes gestasional, penyakit jantung, atau riwayat kehamilan bermasalah. Membutuhkan pemantauan lebih intensif dan mungkin memerlukan perawatan khusus.

### **2.2.2.3 Berdasarkan Kondisi Medis Khusus**

1. Ibu dengan Preeklampsia : kondisi dengan gejala tekanan darah tinggi dan kerusakan organ lain, seringkali ginjal.

2. Ibu dengan Diabetes Gestasional : kondisi ibu mengalami peningkatan kadar gula darah selama kehamilan.

3. Ibu dengan Kehamilan Ganda (Kembar) : kehamilan dengan dua atau lebih janin membutuhkan pemantauan lebih intensif.

#### **2.2.2.4 Berdasarkan Usia Ibu**

1. Ibu Hamil Remaja (*Adolescent Pregnancy*): merujuk pada ibu yang hamil pada usia di bawah 20 tahun. Kehamilan remaja memiliki risiko lebih tinggi untuk komplikasi.

2. Ibu Hamil Usia Lanjut (*Advanced Maternal Age*) : merujuk pada ibu hamil yang berusia 35 tahun atau lebih. Usia lanjut yang dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan.

#### **2.2.2.5 Berdasarkan Paritas**

1. Primigravida : wanita yang hamil untuk pertama kali.

2. Multigravida : wanita yang pernah hamil sebelumnya, terlepas dari hasil kehamilannya.

3. Grand Multigravida : wanita yang telah hamil lima kali atau lebih.

### **2.2.3 Perubahan Psikologis Selama Kehamilan**

Perubahan psikologis pada ibu hamil meliputi berbagai aspek yang dapat mempengaruhi emosi dan mental mereka (Mayo Clinic, 2024). Berikut adalah beberapa perubahan psikologis umum yang sering dialami selama kehamilan:

#### **2.2.3.1 Mood Swing**

Fluktuasi hormonal yang signifikan selama kehamilan dapat menyebabkan perubahan suasana hati yang drastis. Ibu hamil mungkin mengalami kebahagiaan yang luar biasa pada satu saat dan merasa sangat sedih pada saat berikutnya. Ini bisa terjadi karena perubahan hormon estrogen dan progesteron yang mempengaruhi neurotransmitter di otak (Mayo Clinic, 2024).

#### **2.2.3.2 Kecemasan dan Ketakutan**

Banyak ibu hamil merasa cemas tentang kesehatan bayi mereka, proses persalinan, dan peran mereka sebagai orang tua. Ini bisa disebabkan oleh ketidakpastian dan perubahan besar yang akan datang dalam kehidupan mereka (Mayo Clinic, 2024).

#### **2.2.3.3 Depresi**

Depresi selama kehamilan, yang dikenal sebagai depresi prenatal, bisa terjadi karena berbagai faktor, termasuk perubahan

hormonal, riwayat depresi sebelumnya, dan stres kehidupan sehari-hari. Gejalanya bisa meliputi perasaan sedih yang berkepanjangan, kelelahan, dan hilangnya minat pada aktivitas sehari-hari (Mayo Clinic, 2024).

#### **2.2.3.4 Perubahan Citra Diri**

Perubahan fisik yang cepat dapat mempengaruhi cara ibu hamil melihat diri mereka sendiri. Mereka mungkin merasa kurang menarik atau merasa tidak nyaman dengan tubuh mereka yang berubah, yang bisa mempengaruhi harga diri mereka (Mayo Clinic, 2024).

#### **2.2.3.5 Kecemasan Tentang Kesehatan Bayi**

Kesehatan bayi sering menjadi sumber kekhawatiran utama. Ibu hamil mungkin khawatir tentang perkembangan janin, risiko komplikasi kehamilan, dan hasil dari tes prenatal (Mayo Clinic, 2024).

#### **2.2.3.6 Stress dan Tekanan**

Persiapan untuk menjadi orang tua dan penyesuaian dengan perubahan hidup yang signifikan bisa menjadi sumber stres. Tugas tambahan seperti mengatur rumah untuk kedatangan bayi atau mempersiapkan diri untuk cuti melahirkan dapat menambah beban mental (Mayo Clinic, 2024).

### **2.3 Hubungan Depresi dengan Ibu Hamil**

Meskipun kehamilan merupakan sesuatu hal yang sangat diharapkan oleh perempuan dalam siklus reproduksinya, beberapa dari mereka justru mengalami masa-masa sulit akibat dari masalah kesehatan mental. Selama kehamilan, tubuh wanita mengalami peningkatan hormon estrogen dan progesteron yang drastis. Perubahan hormonal ini mempengaruhi neurotransmitter di otak, yang bertanggung jawab mengatur suasana hati. Tidak jarang, wanita hamil merasakan gejala emosional yang intens, yang bila tidak ditangani, dapat berkembang menjadi depresi.

Masa antenatal merupakan masa rentan bagi ibu dan janin yang sedang berkembang. Pada periode ini, terjadi perubahan fisiologis dan emosional yang mendalam pada ibu. Oleh karena itu, depresi selama kehamilan mempunyai dampak buruk bagi janin dan ibu. Dimana hal ini dapat dengan mudah disalahartikan sebagai perubahan fisiologis normal yang terjadi selama kehamilan, misalnya gangguan tidur dan perubahan nafsu makan (Bavle et al., 2016).

Dampak buruk depresi pada janin dimulai sejak masa antenatal, dan retardasi pertumbuhan intrauterin dapat berlanjut pascapersalinan, berupa kegagalan tumbuh kembang. Selain itu, terdapat kemungkinan lebih tinggi terjadinya keterlambatan perkembangan, termasuk disabilitas intelektual, ikatan yang buruk dengan ibu, dan



masalah perkembangan psikologis pada anak. Depresi pada kehamilan tidak berbeda dengan depresi yang terjadi pada periode lainnya. Hal ini meningkatkan risiko depresi pascapersalinan. Ibu yang mengalami depresi cenderung tidak mengunjungi klinik antenatal, dan lebih rentan terhadap penyalahgunaan zat (Bavle et al., 2016).

Depresi selama kehamilan juga dipengaruhi oleh berbagai faktor psikososial. Stres yang berkaitan dengan kehamilan, seperti kekhawatiran tentang kesehatan bayi, proses persalinan, dan tanggung jawab sebagai orang tua, sering kali membebani pikiran calon ibu. Masalah keuangan yang timbul akibat biaya persalinan dan perawatan bayi juga dapat menjadi sumber kecemasan. Lebih jauh lagi, kurangnya dukungan dari pasangan, keluarga, atau teman memperburuk keadaan, meninggalkan ibu hamil merasa sendirian dan terisolasi.

Oleh karena itu, mendeteksi kejadian depresi selama kehamilan sangat penting untuk memberikan intervensi pada ibu hamil guna menjaga kesejahteraan ibu dan bayi. Pemeriksaan rutin oleh tenaga kesehatan dapat membantu mendeteksi depresi dan menyediakan rujukan ke spesialis jika diperlukan. Dengan perhatian yang tepat dan dukungan yang memadai, ibu hamil dapat melalui kehamilan dengan kesehatan mental yang lebih baik, memastikan kesejahteraan mereka dan bayi yang akan dilahirkan.