

# Optimalisasi Kelas Ibu Hamil melalui Pendekatan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas

Rahsunji Intan Nurvitasari

<sup>1</sup> Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Umni Khasanah

E-mail: <sup>1</sup>intan.nurvitasari@gmail.com

## Abstrak

Kesehatan mental ibu hamil merupakan aspek penting yang memengaruhi kesejahteraan ibu dan perkembangan janin. Skrining kesehatan mental di layanan primer masih jarang dilakukan, sehingga potensi masalah sering terlewat. Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang kesehatan mental sekaligus melakukan skrining dengan *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21). Kegiatan melibatkan 45 ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bantul I dan Bantul II. Metode meliputi edukasi, sesi tanya jawab interaktif, dan pengisian kuesioner DASS-21. Hasil menunjukkan mayoritas ibu hamil berada pada kategori normal di semua kelompok usia. Namun, ditemukan kategori sedang pada usia >35 tahun (7,7%), kategori ringan pada peserta bekerja (11,1%), kategori ringan pada trimester 2 (7,7%), dan kategori sedang pada trimester 3 (4,5%). Peserta aktif berdiskusi, berbagi pengalaman, dan membentuk kelompok dukungan sebaya secara informal. Kegiatan ini membuktikan bahwa edukasi yang disertai skrining mampu meningkatkan kesadaran dan membangun jejaring dukungan sosial bagi ibu hamil.

Kata kunci: kesehatan mental, ibu hamil, skrining, DASS-21

## Abstract

*Maternal mental health is a crucial factor influencing the well-being of mothers and fetal development. Mental health screening in primary care is rarely conducted, leading to undetected issues. This community service aimed to enhance pregnant women's knowledge of mental health while conducting screening using the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The program involved 45 pregnant women in the working areas of Bantul I and Bantul II Community Health Centers. Methods included education, interactive Q&A sessions, and completion of the DASS-21 questionnaire. Results indicated that most participants were in the normal category across all age groups. However, moderate cases were found in women aged >35 years (7.7%), mild cases in working participants (11.1%), mild cases in the second trimester (7.7%), and moderate cases in the third trimester (4.5%). Participants actively engaged in discussions, shared experiences, and informally formed peer support groups. This program demonstrated that education combined with screening can raise awareness and foster social support networks among pregnant women.*

*Keywords: mental health, pregnant women, screening, DASS-21*

## 1. PENDAHULUAN

Periode kehamilan dan pascapersalinan merupakan masa krusial dalam siklus hidup seorang wanita, sering kali diiringi oleh perubahan emosi dan suasana hati yang signifikan [1]. Meskipun secara tradisional kehamilan dianggap sebagai masa kegembiraan, pada kenyataannya periode ini juga merupakan masa rentan bagi seorang wanita untuk mengalami masalah kesehatan mental, termasuk timbulnya atau kambuhnya penyakit mental [1], [2]. Secara global, sekitar seperlima wanita hamil mengalami gangguan kesehatan mental [1]. Depresi dan kecemasan adalah masalah kesehatan mental yang paling umum selama kehamilan dan pascapersalinan [3]. Diperkirakan sekitar 10% ibu hamil dan 13% ibu nifas di seluruh dunia

mengalami masalah kesehatan mental, terutama depresi [1]. Prevalensi gangguan mental ini bahkan lebih tinggi di negara berkembang, mencapai 15,6% selama kehamilan dan 19,8% setelah melahirkan [1], [4]. Sebuah tinjauan sistematis menunjukkan bahwa prevalensi depresi prenatal secara global berkisar antara 15% hingga 65%, dengan prevalensi gabungan sebesar 17% di negara-negara berpenghasilan rendah dan tinggi [1]. Di Indonesia sendiri, data gangguan mental emosional pada populasi dewasa mencapai 11,6%. Meskipun demikian, data spesifik untuk ibu hamil masih terbatas, diperparah dengan belum konsistennya skrining rutin dan pelaporan yang komprehensif [4]. Studi lain di Indonesia menunjukkan bahwa gejala gangguan mental-emosional pada ibu hamil mencapai 72,3%. Hasil ini berkaitan dengan jumlah anak dan usia ibu hamil [5]. Di Jawa Tengah, prevalensi gangguan emosional mencapai 7,71%, data dari Puskesmas Polanharjo Klaten menunjukkan bahwa 75,9% kesehatan mental ibu hamil normal, namun 24,1% mengalami masalah (kecemasan) [1]. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul mencatat bahwa ibu hamil yang terindikasi mengalami masalah kesehatan jiwa ada 80 orang pada pertengahan Oktober 2024. Hasil ini merupakan skrining kesehatan jiwa yang dilakukan oleh setiap ibu hamil yang ada di Bantul.

Gangguan kesehatan mental yang tidak tertangani pada ibu hamil dapat membawa dampak serius bagi ibu dan janin. Bagi ibu, risiko meliputi persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), hambatan pertumbuhan janin, serta risiko peningkatan pemikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bunuh diri, dengan prevalensi 5% hingga 14% secara global selama kehamilan dan nifas [6]. Ibu hamil yang mengalami depresi juga berisiko 3,8 kali lebih tinggi mengalami persalinan premature [7], [8]. Selain itu, masalah kesehatan mental maternal juga berkaitan dengan risiko komplikasi obstetrik seperti pre-eklampsia, perdarahan, kelahiran prematur, dan lahir mati [6], [9]. Bagi anak, dampak jangka panjang meliputi masalah perkembangan kognitif, emosional, dan perilaku, serta peningkatan risiko dua kali lipat untuk mengalami masalah seperti ADHD dan gangguan perilaku [1], [6].

Berbagai faktor berkontribusi terhadap kerentanan kesehatan mental ibu hamil. Ini mencakup riwayat kesehatan mental sebelumnya, serta kurangnya dukungan sosial, terutama dari pasangan dan jaringan keluarga, yang terbukti menjadi faktor paling berpengaruh terhadap depresi dan kecemasan selama kehamilan [10], [11]. Wanita hamil yang tidak mendapat dukungan suami berisiko 89% lebih tinggi mengalami gangguan kesehatan mental, dan tiga kali lebih mungkin mengalami depresi antenatal [12]–[14]. Dukungan sosial yang baik dapat menjadi penyangga terhadap dampak negatif peristiwa stress [15]. Faktor sosio-ekonomi seperti kemiskinan, pendidikan rendah, pengangguran, dan pendapatan keluarga yang tidak mencukupi juga merupakan pemicu [6]. Studi menunjukkan bahwa wanita dengan pendidikan rendah lebih mungkin mengalami masalah kesehatan mental [1]. Peristiwa hidup yang merugikan dan stres yang tinggi, seperti kematian atau sakitnya kerabat, masalah perkawinan, kehilangan pekerjaan, atau kekerasan dalam rumah tangga, turut berkontribusi [16]. Kehamilan itu sendiri adalah masa stres yang diakui karena berbagai perubahan dan tantangan [6]. Wanita yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga memiliki risiko depresi selama kehamilan 3 hingga 5 kali lipat [9]. Selain itu, faktor obstetri dan kehamilan, termasuk kehamilan yang tidak terencana atau tidak diinginkan, juga berperan [17]. Wanita dengan kehamilan tidak terencana hampir tiga kali lebih mungkin mengalami depresi dibandingkan dengan kehamilan yang direncanakan [17], [18]. Riwayat obstetri buruk (seperti keguguran, riwayat operasi caesar, atau lahir mati) juga merupakan faktor risiko kuat bagi depresi dan kecemasan antenatal [1]. Ketidaknyamanan fisik selama kehamilan juga dapat memicu kecemasan dan depresi [6].

Secara sosio-budaya, kepercayaan dan tradisi lokal masih sangat dipegang teguh di masyarakat Indonesia, khususnya Jawa [19]. Beberapa praktik tradisional yang dilakukan oleh dukun bayi, seperti pijat perut, bahkan dapat membahayakan kehamilan [20]. Norma budaya di Indonesia seringkali menganggap gangguan emosional pada ibu hamil sebagai hal yang "normal" atau mengabaikannya [21]. Terdapat mitos dan pantangan makanan yang dapat berdampak negatif pada asupan gizi ibu, serta pantangan perilaku yang tidak berhubungan dengan kesehatan [22]. Pengambilan keputusan terkait persalinan juga sering kali didominasi oleh suami atau mertua, bukan ibu hamil itu sendiri. Ibu hamil juga cenderung pasif dalam

mencari informasi terkait kehamilan [19]. Meskipun dampak ini sangat signifikan, kesehatan mental ibu hamil seringkali kurang mendapat perhatian prioritas dalam kebijakan pembangunan kesehatan, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Hal ini diperparah dengan minimnya data spesifik mengenai gangguan mental pada ibu hamil, karena skrining rutin belum terimplementasi secara konsisten, dan pelaporan yang komprehensif masih terbatas. Bidan sebagai garda terdepan seringkali tidak memiliki instrumen skrining khusus atau pedoman pelaporan wajib untuk masalah kesehatan mental ini, dan hanya mengandalkan wawancara serta observasi gejala awal (ekspresi wajah sedih, gerak tubuh, tangisan tiba-tiba, atau penolakan kehamilan) [18]. Kelas ibu hamil yang telah ada di fasilitas kesehatan, meskipun memberikan informasi mengenai tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, dan menyusui, seringkali tidak rutin dan memiliki keterbatasan aksesibilitas karena faktor geografis atau jarak [23]. Selain itu, kelas-kelas ini tidak secara spesifik membahas kesehatan mental ibu hamil [18].

Kegiatan pengabdian masyarakat Optimalisasi Kelas Ibu Hamil melalui Pendekatan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas menjadi sangat penting dan memiliki kontribusi yang signifikan. Kegiatan ini bertujuan untuk memberdayakan ibu hamil dengan pemahaman mengenai kesehatan mental, cara mengatasi tantangan emosional selama kehamilan, dan pentingnya mencari bantuan profesional, pendekatan berbasis komunitas memungkinkan penanganan mitos dan tabu yang merugikan kesehatan secara bijaksana, sembari memanfaatkan elemen budaya positif seperti pentingnya dukungan keluarga dan komunitas, melalui kelas berbasis komunitas, ibu hamil dapat saling mendukung (peer support) dan melibatkan anggota keluarga inti (suami, orang tua, mertua) yang memiliki peran penting dalam pengambilan keputusan dan penyediaan dukungan, kelas ini berfungsi sebagai inisiatif deteksi dini dan intervensi awal di tingkat komunitas, mengisi kekosongan skrining kesehatan mental rutin yang belum terimplementasi sepenuhnya di puskesmas, temuan dan keberhasilan kegiatan ini diharapkan dapat menjadi bukti empiris yang mendukung perumusan kebijakan kesehatan di tingkat lokal maupun nasional untuk mengintegrasikan skrining dan layanan kesehatan mental secara wajib dalam layanan antenatal rutin, kegiatan ini menggeser paradigma kesehatan maternal dari pendekatan semata-mata biomedis menjadi pendekatan yang lebih holistik, mengakui dan menangani dimensi psikologis, sosial, dan budaya dari kesehatan ibu hamil, demi mewujudkan pengalaman kehamilan yang positif.

## 2. METODE

Pengabdian masyarakat ini berlangsung selama satu bulan yaitu di bulan Juli 2025 dengan sasaran ibu hamil yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bantul I dan Puskesmas Bantul II. Kegiatan dilaksanakan di tiga lokasi, yaitu Aula Puskesmas Bantul II, Kelurahan Trirenggo dan Kelurahan Palbapang, dengan jumlah peserta sebanyak 45 ibu hamil. Metode pelaksanaan kegiatan meliputi tahapan persiapan, pelaksanaan dan evaluasi.



Gambar 1. Bagan Alur Kegiatan Pengabdian Masyarakat

Tahap persiapan dilakukan melalui koordinasi dengan pihak puskesmas dan kelurahan untuk menentukan jadwal, Lokasi serta jumlah peserta. Selain itu, tim pengabmas juga menyiapkan materi edukasi terkait kesehatan mental ibu hamil serta instrument screening menggunakan Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21).

Tahap pelaksanaan dimulai dengan pengisian kuesioner DASS-21 oleh seluruh peserta untuk mengidentifikasi tingkat depresi, kecemasan, dan stres pada ibu hamil. Selanjutnya, diberikan edukasi kesehatan mental melalui metode ceramah interaktif yang mencakup

pengenalan konsep kesehatan mental, faktor risiko dan pencegahan gangguan mental pada masa kehamilan, serta strategi pengelolaan stres dan kecemasan. Sesi edukasi dilengkapi dengan diskusi dan tanya jawab untuk menggali pengalaman peserta serta memberikan solusi yang sesuai dengan kondisi masing-masing.

Tahap evaluasi dilakukan dengan meninjau Kembali hasil screening DASS-21 serta menanyakan umpan balik dan peserta terkait manfaat kegiatan. Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kegiatan dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman ibu hamil tentang pentingnya menjaga kesehatan mental selama kehamilan.



Gambar 2. Tahap pelaksanaan edukasi



Gambar 3. Foto bersama peserta kelas ibu hamil dan bidan desa

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pengabdian masyarakat ini melibatkan 45 ibu hamil dari wilayah kerja Puskesmas Bantul I dan Puskesmas Bantul II. Pelaksanaan kegiatan pengabmas ini meliputi edukasi kesehatan mental ibu hamil, sesi tanya jawab interaktif serta screening kesehatan mental menggunakan kuesioner *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21).

Proses pendampingan berlangsung dinamis dengan partisipasi aktif peserta. Pada awal kegiatan, peserta mengisi kuesioner DASS-21 untuk menentukan kondisi mental emosional mereka. Hasil skrining (Tabel 1) menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil berada pada kategori kesehatan mental normal di semua kelompok usia. Kelompok usia >35 tahun memiliki proporsi kategori sedang sebesar 7,7%. Peserta yang bekerja memiliki persentase kategori ringan lebih tinggi (11,1%), sedangkan peserta yang tidak bekerja memiliki persentase kategori sedang sebesar 2,8%. Berdasarkan usia kehamilan, seluruh ibu hamil pada trimester 1 berada pada kondisi normal; kategori ringan ditemukan pada trimester 2 (7,7%) dan kategori sedang pada trimester 3 (4,5%).

Selama pelaksanaan edukasi, peserta terlihat antusias, aktif bertanya, dan berbagi pengalaman terkait stres dan kecemasan selama kehamilan. Diskusi kelompok memunculkan kesadaran baru akan pentingnya deteksi dini kesehatan mental. Beberapa peserta bahkan menginisiasi pembentukan kelompok dukungan (*peer support group*) secara informal di lingkungan tempat tinggal mereka. Perubahan ini diharapkan menjadi awal terbentuknya jejaring komunitas ibu hamil yang saling memberikan dukungan emosional di wilayah Bantul.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Ibu Hamil berdasarkan Kategori Hasil Screening Kesehatan Mental (n=45)

Karakteristik	Kategori Kesehatan Mental Ibu Hamil	Total
---------------	-------------------------------------	-------

	Normal		Ringan		Sedang		Berat			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Usia</b>										
< 20 tahun	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
20-30 tahun	30	96,8	1	3,2	0	0	0	0	31	100
>35 tahun	12	92,3	0	0	1	7,7	0	0	13	100
<b>Pekerjaan</b>										
Tidak bekerja	35	97,2	0	0	1	2,8	0	0	36	100
Bekerja	8	88,9	1	11,1	0	0	0	0	9	100
<b>Usia Kehamilan</b>										
Trimester 1	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
Trimester 2	12	92,3	1	7,7	0	0	0	0	13	100
Trimester 3	21	95,5	0	0	1	4,5	0	0	22	100

Hasil skrining ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu hamil berada pada kategori kesehatan mental normal di seluruh kelompok usia. Temuan ini sejalan dengan penelitian di Puskesmas Polanharjo Klaten, di mana 75,9% kesehatan mental ibu hamil berada dalam kategori normal [1]. Hasil serupa juga ditemukan pada penelitian di Ethiopia yang melaporkan 74,66% ibu hamil memiliki kesehatan mental yang baik [24]. Meskipun demikian, periode kehamilan tetap merupakan masa rentan bagi wanita untuk mengalami masalah kesehatan mental, termasuk timbulnya atau kambuhnya gangguan mental [6]. Diperkirakan sekitar seperlima wanita hamil secara global mengalami gangguan kesehatan mental [1].

Berdasarkan hasil penelitian ini, kelompok usia >35 tahun memiliki proporsi kategori sedang sebesar 7,7%. Beberapa literatur menunjukkan hasil yang beragam terkait pengaruh usia terhadap kesehatan mental ibu hamil. Sejumlah studi mengaitkan usia yang lebih muda atau lebih tua dengan peningkatan risiko depresi atau kecemasan selama kehamilan, sementara studi lain tidak menemukan hubungan signifikan [1], [6]. Salah satu penelitian menyebutkan bahwa kecemasan selama kehamilan lebih sering dialami oleh wanita berusia >35 tahun [1].

Perbedaan juga terlihat berdasarkan status pekerjaan. Peserta yang bekerja memiliki persentase kategori ringan lebih tinggi (11,1%). Hal ini mungkin disebabkan oleh stres tambahan dari pekerjaan, meskipun menjadi ibu rumah tangga juga memiliki tantangan tersendiri. Penelitian lain menyebutkan bahwa status pekerjaan tidak selalu berpengaruh signifikan terhadap kesehatan mental ibu hamil [1]. Faktor-faktor lain seperti kesulitan ekonomi, kurangnya dukungan sosial, atau kekerasan dalam rumah tangga juga dapat memengaruhi kesehatan mental, terlepas dari status pekerjaan [1], [25].

Berdasarkan usia kehamilan, seluruh ibu hamil pada trimester 1 berada pada kondisi normal, sedangkan kategori ringan ditemukan pada trimester 2 (7,7%) dan kategori sedang pada trimester 3 (4,5%). Pola ini mengindikasikan bahwa masalah kesehatan mental cenderung meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang melaporkan peningkatan prevalensi depresi dari 7,4% pada trimester 1 menjadi 12,8% pada trimester 2, dan 12% pada trimester 3 [6]. Sebagian besar ibu hamil dengan kesehatan mental tidak normal adalah multigravida dan berada pada trimester ketiga, dengan kekhawatiran meningkat terkait persalinan dan kesehatan bayi [1], [26]. Penelitian lain menggunakan DASS-21 juga menemukan bahwa prevalensi depresi, kecemasan, dan stres prenatal sebesar 23,6% pada trimester kedua dan 24,7% pada trimester ketiga [27].

Temuan ini menegaskan pentingnya skrining kesehatan mental yang berkelanjutan selama kehamilan, bukan hanya pada kunjungan awal. Kusumawati *et al.* (2025) mengungkapkan bahwa layanan kesehatan ibu dan anak di fasilitas primer belum secara spesifik menangani kesehatan mental ibu hamil, dan skrining rutin belum diimplementasikan secara konsisten. Bidan sering kali mengandalkan observasi gejala awal atau informasi dari kader kesehatan untuk mendeteksi masalah, tanpa instrumen skrining khusus atau pedoman pelaporan wajib. Kondisi ini menyebabkan minimnya data spesifik mengenai prevalensi gangguan mental

pada ibu hamil [4].

Secara keseluruhan, meskipun mayoritas ibu hamil menunjukkan kesehatan mental yang normal, temuan adanya masalah mental ringan hingga sedang pada kelompok usia tertentu dan menjelang akhir kehamilan menggarisbawahi perlunya perhatian lebih. Penelitian ini memperkuat argumen bahwa kesehatan mental ibu hamil adalah area penting yang memerlukan intervensi preventif dan deteksi dini di fasilitas kesehatan primer. Pemahaman yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang memengaruhinya, termasuk dukungan sosial, riwayat kehamilan, serta faktor budaya dan kepercayaan tradisional di masyarakat Jawa, juga penting untuk dipertimbangkan [19].

#### 4. KESIMPULAN DAN SARAN

Kegiatan pengabdian masyarakat ini berhasil menjangkau 45 ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Bantul I dan Puskesmas Bantul II dengan hasil mayoritas berada pada kategori kesehatan mental normal di seluruh kelompok karakteristik. Kelompok usia >35 tahun memiliki proporsi kategori sedang tertinggi (7,7%), sedangkan ibu hamil yang bekerja menunjukkan persentase kategori ringan tertinggi (11,1%). Berdasarkan usia kehamilan, seluruh peserta pada trimester 1 berada pada kondisi normal, sementara kategori ringan ditemukan pada trimester 2 (7,7%) dan kategori sedang pada trimester 3 (4,5%), yang mengindikasikan peningkatan masalah kesehatan mental seiring bertambahnya usia kehamilan. Kegiatan edukasi dan diskusi kelompok tidak hanya meningkatkan pengetahuan peserta, tetapi juga memunculkan kesadaran akan pentingnya deteksi dini kesehatan mental, yang mendorong terbentuknya kelompok dukungan sebaya secara informal. Kelebihan kegiatan ini adalah tingginya partisipasi dan keterlibatan aktif peserta, sedangkan kelemahannya adalah skrining hanya dilakukan satu kali sehingga belum menggambarkan perubahan kondisi mental sepanjang kehamilan.

Pelaksanaan pengabdian masyarakat selanjutnya, disarankan agar skrining kesehatan mental dilakukan secara berkala pada setiap trimester sehingga dapat memantau perubahan kondisi secara lebih akurat. Perlu juga dilakukan pendalaman terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mental ibu hamil, termasuk dukungan sosial, riwayat kehamilan, serta kondisi ekonomi dan budaya setempat. Pembentukan kelompok dukungan sebaya yang telah diinisiasi peserta sebaiknya difasilitasi lebih lanjut oleh tenaga kesehatan agar dapat berfungsi secara berkelanjutan dan terintegrasi dengan layanan di puskesmas. Selain itu, pengembangan materi edukasi dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik tiap trimester, sehingga intervensi yang diberikan lebih tepat sasaran dan efektif dalam mencegah maupun menangani masalah kesehatan mental ibu hamil.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas Bantul I dan Puskesmas Bantul II atas dukungan dan kerja samanya dalam pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini. Terima kasih juga disampaikan kepada seluruh ibu hamil peserta kegiatan yang telah berpartisipasi aktif dan antusias dalam setiap sesi. Apresiasi diberikan kepada para bidan, kader kesehatan, dan pihak-pihak lain yang telah membantu kelancaran kegiatan mulai dari persiapan, pelaksanaan, hingga penyusunan laporan ini. Semoga kerja sama ini dapat terus terjalin demi peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak di wilayah Bantul.

#### DAFTAR PUSTAKA

- [1] C. Setyorini, I. Ismarwati, and M. Mamnuah, "Identification of Variables Influencing the Mental Health of Pregnant Women," *J. Aisyah J. Ilmu Kesehat.*, vol. 8, no. 4, pp. 1715–1738, 2023, doi: 10.30604/jika.v8i4.2365.
- [2] Z. Schofield and Z. Schofield, *Management Options Mental Health Disorders in Pregnancy and the Early Postpartum*, 1st ed. Cambridge, Britania Raya: Cambridge

- University Press., 2025.
- [3] A. F. Dadi, T. Y. Akalu, H. F. Wolde, and A. G. Baraki, "Effect of perinatal depression on birth and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies from Africa," *Arch. Public Heal.*, vol. 80, no. 1, pp. 1–11, 2022, doi: 10.1186/s13690-022-00792-8.
  - [4] Y. Kusumawati, I. Arifah, E. Purwandari, Sukirman, and A. R. Affindha, "Qualitative study on mental health screening needs of pregnant women in primary health care," *MethodsX*, vol. 14, no. November 2024, p. 103117, 2025, doi: 10.1016/j.mex.2024.103117.
  - [5] M. Rachmat *et al.*, "Detection of Mental Emotional Disorder Symptoms using SRQ-20 in Pregnant Women: A Case Example from South Sulawesi, Indonesia," *J. Ilm. Kesehat.*, vol. 4, no. 1, pp. 106–115, 2022, doi: 10.36590/jika.v4i1.231.
  - [6] A. Biaggi, S. Conroy, S. Pawlby, and C. M. Pariante, "Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review," *J. Affect. Disord.*, vol. 191, pp. 62–77, 2016, doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014.
  - [7] K. Mochache, M. Mathai, O. Gachuno, A. Vander Stoep, and M. Kumar, "Depression during pregnancy and preterm delivery: a prospective cohort study among women attending antenatal clinic at Pumwani Maternity Hospital," *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 17, p. 31, 2018, doi: 10.1186/s12991-018-0202-6.
  - [8] D. Muttaqin and S. Ripa, "Psychometric properties of the Indonesian version of the Depression Anxiety Stress Scale: Factor structure, reliability, gender, and age measurement invariance," *Psikohumaniora J. Penelit. Psikol.*, vol. 6, no. 1 SE-Articles, pp. 61–76, May 2021, doi: 10.21580/pjpp.v6i1.7815.
  - [9] J. Cheptum, "Factors Affecting Birth Preparedness among Pregnant Women Attending Public Antenatal Clinics in Migori County, Kenya," *Biomed. J. Sci. Tech. Res.*, vol. 3, no. 4, 2018, doi: 10.26717/bjstr.2018.03.000929.
  - [10] S. Silva, R. Zanon, and V. Pereira, "Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21): Psychometric properties in pregnant women," *Psicol. - Teor. e Prática*, vol. 24, Aug. 2022, doi: 10.5935/1980-6906/ePTPPA13525.en.
  - [11] K. Sūdžiūtė *et al.*, "Pre-existing mental health disorders affect pregnancy and neonatal outcomes: a retrospective cohort study," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 20, no. 1, p. 419, Jul. 2020, doi: 10.1186/s12884-020-03094-5.
  - [12] A. Zegeye *et al.*, "Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 18, no. 1, p. 462, 2018, doi: 10.1186/s12884-018-2101-x.
  - [13] L. Dwi Febriati and Z. Zakiyah, "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Adaptasi Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil," *J. Kebidanan Indones.*, vol. 13, no. 1, pp. 23–31, 2022, doi: 10.36419/jki.v13i1.561.
  - [14] L. M. Howard and H. Khalifeh, "Perinatal mental health: a review of progress and challenges," *World Psychiatry*, vol. 19, no. 3, pp. 313–327, Oct. 2020, doi: 10.1002/wps.20769.
  - [15] J. Huang *et al.*, "The relationship among pregnancy-related anxiety, perceived social support, family function and resilience in Chinese pregnant women: a structural equation modeling analysis," *BMC Womens. Health*, vol. 22, no. 1, p. 546, 2022, doi: 10.1186/s12905-022-02145-7.
  - [16] T. Nuryati and Y. Amir, "MENTAL HEALTH PROBLEMS OF PREGNANT WOMEN, THE CAUSES, AND THE NEED FOR SOCIAL SUPPORT," *J. Biometrika dan Kependud.*, vol. 11, no. 1 SE-Articles, pp. 80–88, Jul. 2022, doi: 10.20473/jbk.v11i1.2022.80-88.
  - [17] A. Mainali, J. J. Infanti, S. B. Thapa, G. W. Jacobsen, and T. L. Larose, "Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 23, no. 1, pp. 1–9, 2023, doi: 10.1186/s12884-022-05318-2.

- [18] Y. Kusumawati, D. A. Salsabila, W. Widyawati, and F. S. T. Dewi, "Depression and Anxiety as Mental Health Disorders That Affect Pregnancy: A Case Study in Surakarta, Indonesia," *J. Med. Chem. Sci.*, vol. 5, no. 5, pp. 866–873, 2022, doi: 10.26655/JMCHEMSCI.2022.5.20.
- [19] M. Gayatri, Y. Silvani, R. A. Pirade, O. Akingbade, I. W. W. Harjo, and N. R. Hastuti, "Javanese Women's Experiences during the First Pregnancy," *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.*, vol. 28, no. 6, pp. 735–739, 2023, doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr\_413\_20.
- [20] S. Juwarni, "ASUHAN KEHAMILAN DALAM PERSPEKTIF BUDAYA JAWA DI DESA LABUHAN LABO KECAMATAN PADANGSIDIMPUAN TENGGARA KOTA PADANGSIDIMPUAN TAHUN 2015," *Ilm. PANNMED*, vol. 10, no. 2, pp. 164–168, 2015.
- [21] S. Andajani-Sutjahjo, L. Manderson, and J. Astbury, "Complex emotions, complex problems: Understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia," *Cult. Med. Psychiatry*, vol. 31, no. 1, pp. 101–122, 2007, doi: 10.1007/s11013-006-9040-0.
- [22] S. N. A. Cukarso and C. K. Herbawani, "Kepercayaan dan Praktik Tradisional Antara Perempuan Hamil Di Masyarakat Jawa: Tinjauan Literatur," *JPH RECODE*, vol. 4, no. 1, pp. 71–80, 2020, [Online]. Available: [https://www.researchgate.net/profile/Chahya-Herbawani/publication/345243565\\_TRADITIONAL\\_BELIEFS\\_AND\\_PRACTICES\\_AMONG\\_PREGNANT\\_WOMEN\\_IN\\_JAVANESE\\_COMMUNITIES\\_A\\_LITERATURE\\_REVIEW/links/5fa15c2f299bf1b53e5d0947/TRADITIONAL-BELIEFS-AND-PRACTICES-AMONG-PREGNANT-](https://www.researchgate.net/profile/Chahya-Herbawani/publication/345243565_TRADITIONAL_BELIEFS_AND_PRACTICES_AMONG_PREGNANT_WOMEN_IN_JAVANESE_COMMUNITIES_A_LITERATURE_REVIEW/links/5fa15c2f299bf1b53e5d0947/TRADITIONAL-BELIEFS-AND-PRACTICES-AMONG-PREGNANT-)
- [23] M. Maryuni *et al.*, "Local cultural perspectives of birth preparedness: a qualitative study in a rural subdistrict of Indonesia," *Br. J. Midwifery*, vol. 32, no. 8, pp. 412–420, 2024, doi: 10.12968/bjom.2024.32.8.412.
- [24] A. Bante, A. Mersha, Z. Zerdo, B. Wassihun, and T. Yeheyis, "Comorbid anxiety and depression: Prevalence and associated factors among pregnant women in Arba Minch zuria district, Gamo zone, southern Ethiopia.," *PLoS One*, vol. 16, no. 3, p. e0248331, 2021, doi: 10.1371/journal.pone.0248331.
- [25] A. Chauhan and J. Potdar, "Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review," *Cureus*, vol. 14, no. 10, 2022, doi: 10.7759/cureus.30656.
- [26] H. Yan, Y. Ding, and W. Guo, "Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis.," *Front. Psychol.*, vol. 11, p. 617001, 2020, doi: 10.3389/fpsyg.2020.617001.
- [27] K. Nagandla *et al.*, "Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy," *Int. J. Reprod. Contraception, Obstet. Gynecol.*, vol. 5, no. 7 SE-Original Research Articles, pp. 2380–2388, Feb. 2017, doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20162132.