

DETERMINAN KESEHATAN MENTAL IBU HAMIL DI NEGARA BERKEMBANG: *SCOPING REVIEW*

Lusiana Ambarsari¹, Amrina Nur Rohmah², Ima Candra Kusuma³

^{1,2,3}Fakultas Kesehatan dan Teknologi, Universitas Muhammadiyah Klaten, Indonesia

Corresponding Author¹: lusianaambarsari96@gmail.com

ABSTRAK

Kesehatan mental ibu hamil merupakan isu krusial di negara berkembang karena tingginya prevalensi depresi, kecemasan, dan stres yang berdampak pada kesehatan ibu, janin, serta tumbuh kembang anak. Beban masalah meningkat akibat keterbatasan layanan kesehatan jiwa, stigma, dan rendahnya dukungan sosial. *Scoping review* ini bertujuan untuk mengetahui determinan kesehatan mental ibu hamil di negara berkembang. *Scoping review* ini dikembangkan menggunakan kerangka *Population, Exposure, dan Outcome* (PEO). Identifikasi literatur yang relevan dilakukan pada PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Wiley, dan Google Scholar. Pencarian literatur yang relevan dilakukan di database yaitu PubMed, Science Direct, Proquest, Wiley Online Library, dan *grey literature* yaitu google scholar. Proses pencarian literatur yaitu menggunakan PRISMA *Flowchart*, dan 15 dari 167.980 artikel dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil review ditemukan 3 determinan utama, yaitu faktor sosial dan demografis (usia, status pernikahan dan kepuasan hubungan, pendidikan, status ekonomi/pendapatan, pekerjaan, dan tempat tinggal), faktor psikososial dan lingkungan (KDRT, dukungan sosial dan pasangan, dan riwayat gangguan mental sebelumnya), serta faktor obstetri dan kesehatan fisik (riwayat aborsi/keguguran, usia kehamilan, komplikasi kehamilan/penyakit penyerta, dan status paritas). Upaya skrining rutin, peningkatan dukungan sosial, serta penguatan layanan kesehatan jiwa dalam sistem antenatal sangat diperlukan untuk mencegah dan menangani gangguan mental pada ibu hamil di negara berkembang.

Kata Kunci: Kesehatan Mental, Ibu Hamil, Negara Berkembang

ABSTRACT

Maternal mental health is a critical issue in developing countries due to the high prevalence of depression, anxiety, and stress, which affect the well-being of mothers, fetuses, and child development. The burden of this problem is exacerbated by limited mental health services, persistent stigma, and low social support. This scoping review aims to identify the determinants of maternal mental health in developing countries. The review was conducted using the Population, Exposure, and Outcome (PEO) framework. Relevant literature was identified through PubMed, ScienceDirect, ProQuest, Wiley Online Library, and grey literature sources such as Google Scholar. The literature search followed the PRISMA Flowchart, and 15 out of 167.980 articles were selected based on predefined inclusion and exclusion criteria. The findings revealed three main determinants: social and demographic factors (age, marital status and relationship satisfaction, education, socioeconomic status/income, employment, and place of residence), psychosocial and environmental factors (intimate partner violence, social and partner support, and previous mental health problems), and obstetric and physical health factors (history of abortion/miscarriage, gestational age, pregnancy complications/comorbidities, and parity status). Routine screening, strengthened social support, and the integration of mental health services within antenatal care systems are essential to prevent and manage mental health problems among pregnant women in developing countries.

Keywords: Mental Health, Pregnant Women, Developing Countries

PENDAHULUAN

Kesehatan mental ibu hamil merupakan isu penting yang semakin mendapat perhatian global, terutama di negara berkembang (1,2). Gangguan

mental selama kehamilan seperti depresi, kecemasan, dan stres mempunyai dampak serius terhadap kesehatan ibu, janin, serta kualitas perkembangan anak dalam jangka panjang. Kondisi ini sering kali

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

memperburuk risiko komplikasi kehamilan, menurunkan kualitas interaksi ibu dan anak, serta memengaruhi tumbuh kembang anak hingga usia dewasa (3,4). Tingkat keseriusan masalah ini meningkat akibat terbatasnya akses layanan kesehatan jiwa, stigma sosial yang kuat, serta minimnya dukungan keluarga maupun masyarakat (1,5).

Besarnya masalah ini terlihat dari tingginya prevalensi gangguan mental perinatal terutama di negara berkembang. Data dari WHO menunjukkan bahwa sekitar 10% wanita hamil dan 13% wanita postpartum mengalami gangguan mental, terutama depresi. Prevalensi gangguan mental perinatal bahkan lebih tinggi di negara berkembang yaitu 15,6% selama kehamilan dan 19,8% setelah melahirkan (6). Berbagai studi menunjukkan bahwa 20–25% ibu hamil mengalami depresi antenatal dan 15–30% mengalami kecemasan, angka yang hampir dua kali lebih tinggi dibandingkan negara maju (7,8). Selain prevalensinya yang tinggi, banyak ibu hamil mengalami paparan determinan risiko berlapis seperti kemiskinan, ketidakamanan pangan, beban kerja berat, riwayat obstetri yang buruk, hingga kekerasan dalam rumah tangga (1,9). Lebih dari 70% kasus gangguan mental tidak terdeteksi, sehingga ibu tidak memperoleh penanganan yang memadai (1).

Isu ini semakin mendapat perhatian karena berpengaruh langsung terhadap pencapaian pembangunan nasional, termasuk penurunan angka kematian ibu, peningkatan kualitas sumber daya manusia, serta penguatan kesetaraan gender. Namun, di banyak negara berkembang termasuk Indonesia, layanan kesehatan mental perinatal masih belum menjadi prioritas (10,11). Skrining kesehatan mental belum terintegrasi secara optimal dalam pelayanan antenatal rutin, dan alokasi anggaran untuk kesehatan jiwa masih sangat terbatas.

Dorongan dari berbagai organisasi internasional juga semakin kuat untuk memperkuat layanan kesehatan mental sebagai bagian dari upaya mencapai *Universal Health Coverage* dan *Sustainable Development Goals* (11,12).

Meskipun demikian, masalah kesehatan mental ibu hamil sebenarnya mempunyai tingkat keterkelolaan yang tinggi. Intervensi sederhana seperti skrining rutin, konseling dasar oleh tenaga kesehatan primer, pendampingan oleh kader, serta dukungan sosial berbasis kelompok terbukti efektif menurunkan tingkat depresi dan kecemasan pada ibu hamil. Intervensi ini tidak membutuhkan biaya besar dan dapat diimplementasikan pada berbagai level pelayanan kesehatan (11,12). Dukungan kebijakan yang tepat, edukasi masyarakat, serta penguatan sistem rujukan, kesehatan mental ibu hamil dapat dikelola dan bahkan dicegah secara efektif (13).

Dengan demikian, determinan kesehatan mental ibu hamil di negara berkembang merupakan isu multidimensional yang mendesak untuk ditangani. Upaya yang komprehensi menggabungkan pendekatan medis, sosial, dan kebijakan diperlukan untuk memastikan kesehatan fisik dan psikologis ibu selama kehamilan, serta menjamin kualitas generasi mendatang.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan untuk review yaitu dengan metode *scoping review*. Dalam *scoping review* ini, istilah *determinan* digunakan sebagai istilah utama untuk menggambarkan seluruh faktor yang memengaruhi kesehatan mental ibu hamil di negara berkembang. Determinan didefinisikan secara operasional sebagai faktor sosiodemografi, obstetri, psikososial, ekonomi, dan

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

pelayanan kesehatan yang berhubungan atau berkontribusi terhadap kondisi kesehatan mental ibu hamil di negara berkembang (14). *Scoping review* ini dilakukan melalui beberapa tahapan antara lain:

Langkah 1. Identifikasi Pertanyaan *Scoping Review*

Tabel 1. *Framework PEO Scoping Review*

<i>Population</i>	<i>Exposure</i>	<i>Outcome/Themes</i>	<i>Context</i>
<i>Pregnant women</i>	<i>Mental health</i>	<i>Determinant</i>	<i>Developing countries</i>
<i>Maternal pregnancy</i>	<i>Mental disorder</i>	<i>Factor</i>	<i>Low- and middle-</i>
<i>Antenatal</i>	<i>Perinatal mental health</i>	<i>Predictor</i>	<i>income countries</i>
	<i>Psychological</i>	<i>Risk factor</i>	<i>LMICs</i>

Pertanyaan *scoping review* ini adalah Apa saja determinan kesehatan ibu hamil di negara berkembang.

Langkah 2. Identifikasi *Literature* yang Relevan

Pemilihan artikel yang relevan ditentukan melalui kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi tersebut antara lain artikel terbit tahun 2021-2025, artikel teks lengkap (*full text*), original artikel/*original search*, artikel diterbitkan dalam Bahasa Inggris, dan artikel yang membahas tentang determinan kesehatan mental ibu hamil di negara berkembang. Sedangkan kriteria eksklusi tersebut antara lain artikel opini, artikel review, artikel yang tidak lengkap, surat ulasan, dan protokol.

Langkah 3. *Literature Searching*

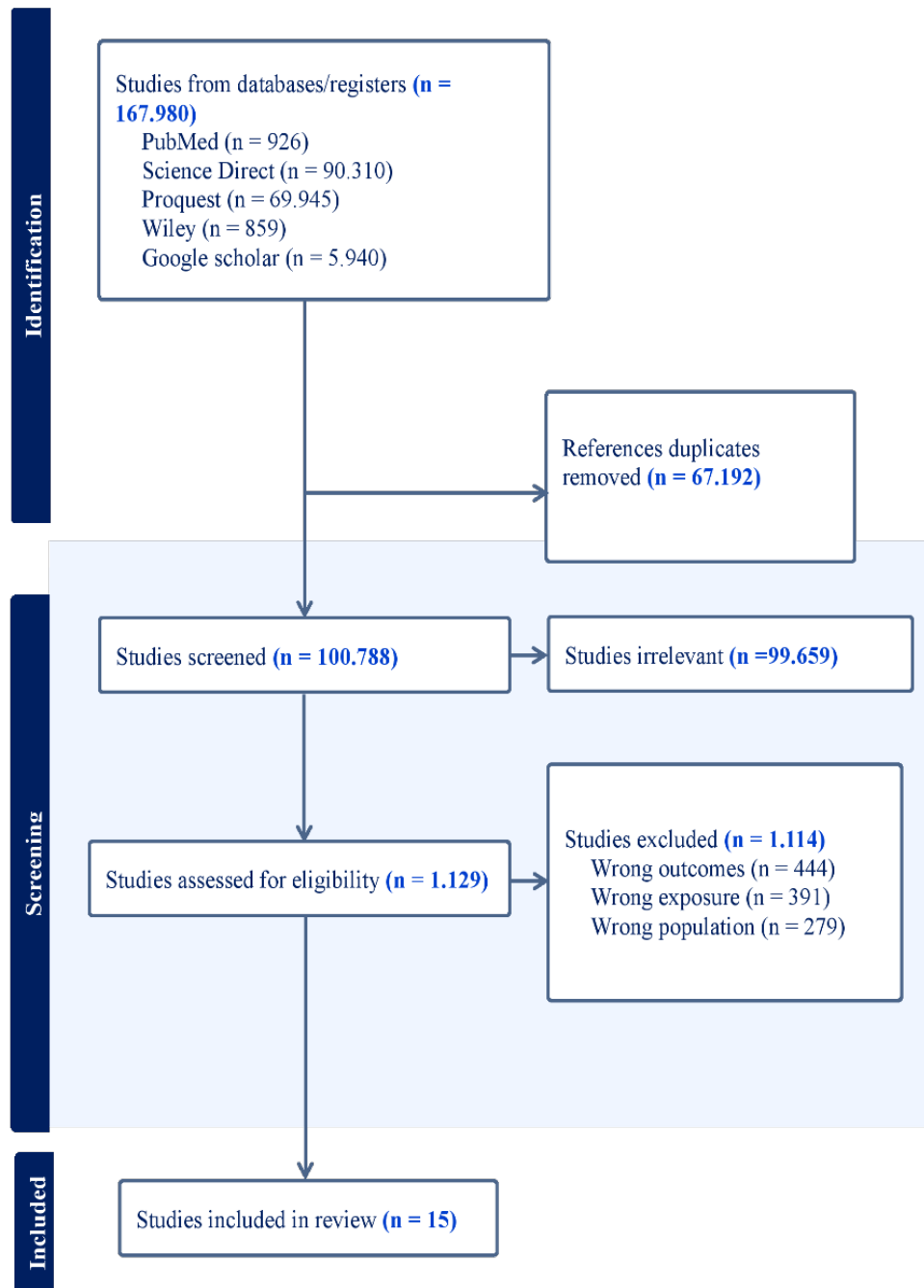
Pencarian literatur yang relevan dilakukan di beberapa database yaitu PubMed, Science Direct, Proquest, Wiley Online Library, dan *grey literature* yaitu *google scholar*. Proses pencarian literatur dilakukan dengan memasukkan kata kunci

Identifikasi pertanyaan *scoping review* dilakukan dengan mengajukan pertanyaan menggunakan *framework* PEO (Tabel 1). *Framework* tersebut membantu dalam membentuk pertanyaan, memfasilitasi pencarian literatur, serta mengidentifikasi kata kunci yang lebih spesifik sesuai dengan fokus *review*.

menggunakan *Medical Subject Headings* (MeSH) “*pregnant women*” OR “*maternal pregnancy*” OR “*antenatal*” AND “*mental health*” OR “*mental disorder*” OR “*perinatal mental health*” OR “*psychological*” AND “*determinant*” OR “*factor*” OR “*predictor*” OR “*risk factor*” AND “*developing countries*” OR “*low and middle income countries*” OR “*LMICs*”.

Langkah 4. Pemilihan Artikel

Proses penyaringan artikel dilakukan dengan PRISMA *Flowchart* (*Preferred Reporting Items for Systematics reviews and Meta-Analyse*). Proses penyaringan artikel dimulai dengan pemilihan artikel duplikat dari *database*, pemilihan judul artikel yang relevan, dan mereview artikel dengan membaca teks lengkapnya. Proses penyaringan artikel dijelaskan dalam gambar PRISMA *Flowchart* (Gambar 1). Artikel yang dipilih dan dimasukkan dalam *scoping review*, selanjutnya dinilai kualitasnya dengan menggunakan *Mixed Method Appraisal Tool* (MMAT).



Gambar 1. Prisma *flowchart*

Langkah 5. *Synthesis of Evidence* (Ekstraksi Data)

Penulis mengekstrak data dari artikel yang dipilih dalam *scoping review* dengan memasukkan informasi dalam tabel, meliputi judul/penulis/tahun, negara, tujuan penelitian, desain penelitian, sampel penelitian, dan hasil penelitian.

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

Tabel 2. Data *Charting*

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
A1	Maternal psychological distress and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public hospitals, Ethiopia/Tesfaye et al./2023/Q1	Ethiopia	Untuk mengetahui prevalensi tekanan psikologis dan faktor-faktor yang mempengaruhi pada ibu hamil di rumah sakit umum.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 810 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan <i>systematic random sampling</i> .	Prevalensi ibu hamil yang mengalami tekanan psikologis selama kehamilan sebanyak 21,5% (174 orang). Faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan tekanan psikologis adalah usia muda, tidak pernah sekolah, memiliki riwayat aborsi, mengalami kekerasan dari pasangan, dan memiliki dukungan sosial yang buruk.
A2	Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders Among Pregnant Mothers in Rural Eastern Ethiopia /Tamiru et al./2022/Q1	Ethiopia	Untuk menentukan prevalensi gangguan mental umum/CMD dan faktor yang berhubungan pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 1.015 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan <i>simple random sampling</i> .	Prevalensi gangguan mental umum (CMD) adalah 37,5% (381 orang). Faktor-faktor yang secara signifikan berhubungan adalah penggunaan zat (obat/alkohol), kekerasan dari pasangan, belum pernah melahirkan (nulipara), usia kehamilan pada trimester 1 dan 3, riwayat aborsi, serta tidak melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) secara rutin.
A3	Prevalence and Associated factors of common mental disorders among pregnant women in	Ethiopia	Untuk menilai prevalensi gangguan mental umum dan faktor-faktor yang	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel sebanyak 872 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan	Prevalensi ibu hamil yang mengalami gangguan mental umum (CMD)

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
	Northwest, Ethiopia: a cross-sectional study/Kurbi et al./2023/Q1		mempengaruhinya pada ibu hamil.		<i>systematic random sampling.</i>	adalah 13,1% (115 orang). Faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan gangguan mental selama hamil adalah status pernikahan (menikah), tempat tinggal dipedesaan, riwayat keluarga dengan gangguan mental, kehamilan yang tidak direncanakan, dan kekerasan dari pasangan.
A4	Determinants of Depression, Anxiety, and Stress among Pregnant Women Attending Tertiary Hospitals in Urban Centers, Nigeria/Wegbom et al./2023/Q1	Nigeria	Untuk memperkirakan tingkat keparahan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi, kecemasan, dan stres pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 413 responden. Teknik sampling dilakukan dengan <i>convenience sampling.</i>	Prevalensi ibu yang mengalami depresi 9,5%, kecemasan 26,6%, dan stres 17,3% pada tingkat sedang. Faktor yang berhubungan signifikan dengan depresi adalah status perkawinan, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan. Faktor yang berhubungan signifikan dengan kecemasan adalah status perkawinan, agama, dan trimester kehamilan. Faktor yang berhubungan dengan stres adalah usia, status perkawinan, pendidikan, agama, pendapatan, trimester kehamilan, serta

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
A5	Prevalence, associated factors and perinatal outcomes of antepartum depression in Ibadan Nigeria/Adeoye et al./2022/Q1	Nigeria	Untuk mengetahui prevalensi, faktor-faktor yang berhubungan, serta dampak perinatal dari depresi selama kehamilan pada ibu hamil.	Quantitative study: studi kohort prospektif	Jumlah sampel 1.745 ibu hamil (≤ 20 minggu). Teknik sampling dilakukan dengan <i>simple random sampling</i> .	riwayat keguguran. Prevalensi depresi selama kehamilan (antepartum) adalah 14,1%. Faktor yang berhubungan dengan depresi adalah pendapatan dan tingkat stres. Hasil perinatal yang signifikan hanya persalinan prematur.
A6	Prevalence and risk factors associated with common mental disorders among pregnant women in Kumasi, Ghana: a facility-based survey in selected primary care settings/Asare et al./2025/Q1	Ghana	Untuk mengetahui prevalensi dan faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental umum (CMD) pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 232 ibu hamil trimester 2 dan 3. Teknik sampling dilakukan dengan <i>systematic random sampling</i> .	Ibu hamil yang mengalami gangguan mental umum (CMD) adalah 12%. Ibu hamil dengan kelebihan berat badan atau obesitas cenderung memiliki risiko lebih rendah mengalami CMD, sedangkan ibu hamil dengan diabetes memiliki risiko jauh lebih tinggi untuk mengalami gangguan mental selama kehamilan.
A7	Prevalence and Factors Associated with Anxiety Disorders Among Pregnant Women at Mulago National Referral Hospital, Uganda/Nabwire et al./2023/Q1	Uganda	Untuk menilai prevalensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan kecemasan pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 501 ibu hamil. Teknik sampling dilakukan dengan <i>systematic sampling</i> .	Prevalensi gangguan kecemasan sebanyak 13% ibu hamil. Faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan gangguan kecemasan adalah pendapatan rendah, hubungan buruk dengan pasangan, dan riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya.

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
A8	Factors associated with antenatal depression among women attending antenatal care at Mubende Regional Referral Hospital: a cross-sectional study/Kasujja et al./2024/Q1	Uganda	Untuk mengetahui prevalensi, tingkat keparahan, dan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi antenatal pada ibu hamil,	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 353 ibu hamil. Teknik sampling dengan menggunakan <i>consecutive sampling</i> .	Prevalensi ibu hamil yang mengalami depresi antenatal sebanyak 37,68%. Faktor-faktor yang berhubungan signifikan dengan depresi antenatal adalah usia, riwayat kekerasan dalam rumah tangga, konsumsi alkohol, kehamilan pada trimester pertama, riwayat abortus, riwayat preeklamsia sebelumnya, serta kehamilan yang tidak direncanakan.
A9	Prevalence and correlates of depressive and anxiety symptoms among pregnant women from an urban informal settlement in Nairobi, Kenya: a community-based cross-sectional study/Mulupi et al./2025/Q1	Kenya	Untuk mengetahui prevalensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan gejala depresi dan kecemasan pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 249 ibu hamil trimester 3. Teknik sampling menggunakan <i>cluster random sampling</i> .	Prevalensi ibu hamil yang mengalami depresi 26,9% dan kecemasan 6,4%. Faktor pelindung: status menikah menurunkan risiko depresi dan kecemasan. Faktor risiko: pendidikan tinggi, riwayat kehamilan berulang ($\geq 3-4$ kali), nyeri sedang hingga berat, dan kondisi fisik yang tidak sehat meningkatkan risiko munculnya gejala depresi dan kecemasan selama kehamilan.
A10	Social Determinants and Prevalence of Antenatal Depression among Women in Rural Bangladesh: A Cross-Sectional	Bangladesh	Untuk mengetahui prevalensi dan faktor sosial yang mempengaruhi depresi selama kehamilan pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 235 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan <i>convenience sampling</i> .	Prevalensi depresi selama kehamilan sebanyak 56%. Faktor risiko: kekerasan dari pasangan dan preferensi suami

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
	Study/Insan et al./2023/Q2					terhadap anak laki-laki. Faktor pelindung: dukungan keluarga.
A11	Relationship between prenatal anxiety, depression, pregnancy stress and their social determinants/Meng et al./2025/Q1	China	Untuk menganalisis hubungan antara kecemasan, depresi, dan stres dengan determinan sosial.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 1.349 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan <i>convenience sampling</i> .	Prevalensi ibu hamil yang mengalami depresi, kecemasan, dan stres secara berturut-turut adalah 19,4%, 26,6%, dan 92,3%. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kesehatan mental ibu hamil adalah perubahan aktivitas fisik, dukungan sosial (pertemanan), serta masa kehamilan, pendidikan, hubungan dengan tetangga, dan jumlah anak yang dimiliki.
A12	Positive maternal mental health in pregnant women and its association with obstetric and psychosocial factors/Monterrosa-Castro et al./2023/Q1	Kolombi a	Untuk mengetahui frekuensi dan mengidentifikasi hubungan antara faktor obstetri dan psikososial dengan tingkat kesehatan mental positif (<i>Positive Maternal Health/PMMH</i>) pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 702 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan <i>convenience sampling</i> .	Ibu hamil yang mempunyai kesehatan mental positif (<i>flourishing PMMH</i>) 90.3% (634 orang) dan non- <i>flourishing</i> 9,7% (68 orang). Faktor risiko: kesepian (umum, sosial, dan emosional), usia remaja, kecemasan, dan depresi. Faktor pelindung: pendidikan tinggi dan bekerja di luar rumah.
A13	Factors associated with mental	Iran	Untuk mengetahui faktor-faktor yang	Quantitative study:	Jumlah sampel 332 ibu hamil.	Ibu hamil yang mengalami

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
	disorders in pregnant women covered by primary health care: a population-based study/Mansouri et al./2022/Q4		berhubungan dengan gangguan mental pada ibu hamil.	Cross-sectional	Teknik sampling menggunakan <i>stratified multistage random sampling</i> .	gangguan kesehatan umum sebanyak 32,5% (108 orang). Gangguan kesehatan mental umum secara signifikan lebih tinggi pada ibu hamil dengan kehamilan tidak diinginkan, ketidakpuasan pernikahan, riwayat kekerasan dalam rumah tangga, serta usia 43–47 tahun.
A14	Psychosocial predictors of mental health among pregnant women /Shahid et al./2021/Q2	Pakistan	Untuk menganalisis pengaruh kecemasan, kepuasan pernikahan, dan dukungan sosial terhadap ketakutan akan persalinan dan tingkat depresi pada wanita hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 136 ibu hamil trimester 3. Teknik sampling menggunakan <i>purposive sampling</i> .	Kecenderungan cemas secara signifikan berhubungan positif dengan ketakutan terhadap persalinan dan depresi. Kepuasan pernikahan serta dukungan sosial berperan sebagai faktor pelindung yang menurunkan keduanya pada wanita hamil.
A15	Prevalence and Correlates of Prenatal Depression, Anxiety and Suicidal Behaviours in the Volta Region of Ghana/Kugbey et al./2021/Q2	Ghana	Untuk mengetahui prevalensi serta faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi, kecemasan, dan perilaku bunuh diri pada ibu hamil.	Quantitative study: Cross-sectional	Jumlah sampel 214 ibu hamil. Teknik sampling menggunakan <i>convenience sampling</i> .	Prevalensi depresi, kecemasan, dan perilaku bunuh diri pada ibu hamil secara berturut-turut adalah 50,5%, 35,5%, dan 3,3%. Faktor yang berhubungan dengan depresi adalah pendapatan bulanan rendah, insomnia, konsumsi makanan tidak bergizi (pica), dan

No.	Title/ Author/ Year	Country	Aim	Type of Research	Participants/ Sample Size	Result
						ketidakpuasan citra tubuh. Faktor yang berhubungan dengan kecemasan adalah Status pernikahan, insomnia, riwayat perilaku bunuh diri, dan dukungan pasangan. Faktor yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri adalah kekerasan dari pasangan saat ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan 15 artikel yang dipilih, semua artikel yang terpilih menggunakan desain penelitian *quantitative study* dimana *cross sectional* sebanyak 14 artikel dan kohort sebanyak 1 artikel. Artikel terpilih dari tiga kawasan utama negara berkembang yaitu Afrika, Asia, dan Amerika Selatan. Kawasan Afrika menjadi penyumbang terbesar dengan Ethiopia (A1, A2, A3), Nigeria (A4, A5), Ghana (A6, A15), Uganda (A7, A8), dan Kenya (A9). Dari Asia, empat negara terwakili melalui Bangladesh (A10), China (A11), Iran (A13), dan Pakistan (A14). Sementara itu, Amerika Selatan diwakili oleh satu studi dari Kolombia (A12)

Hasil yang terpilih didapatkan 3 sintesis berupa tema-tema yang dikelompokkan yaitu faktor sosial dan demografis, faktor psikososial dan lingkungan, serta faktor obstetri dan kesehatan fisik.

1. Faktor Sosial dan Demografis

a. Usia

Ibu yang usianya lebih muda terutama usia remaja akhir-dewasa awal cenderung mempunyai tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi (15,16). Ibu

pada kelompok usia tersebut, cenderung mengalami tingkat stres dan kecemasan lebih tinggi karena masih berada dalam fase perkembangan psikologis dan memiliki pengalaman hidup yang terbatas. Hal ini disebabkan oleh ketidaksiapan mental, keterbatasan pengetahuan terkait kehamilan, dan keterbatasan dukungan sosial (2,16).

Sebagian studi juga menunjukkan bahwa ibu hamil yang berusia ≥ 35 tahun mengalami peningkatan kecemasan terkait risiko obstetri, meski tidak dominan (17,18). Usia mempengaruhi kapasitas *coping*, pengalaman hidup, dan kesiapan dalam menghadapi perubahan emosional selama kehamilan (2,4).

b. Status pernikahan dan kepuasan hubungan

Status pernikahan dan kepuasan hubungan dengan pasangan merupakan determinan yang sangat kuat terhadap status kesehatan mental ibu hamil. Hasil beberapa studi yang dianalisis menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak menikah, bercerai, hidup sendiri, atau mempunyai hubungan yang tidak harmonis mempunyai risiko depresi dan kecemasan lebih tinggi (7,17,19–22).

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

Kepuasan hubungan dan kualitas interaksi dengan pasangan lebih berpengaruh dibanding status pernikahan formal itu sendiri. Konflik pasangan meningkatkan stres emosional, tekanan psikologis, dan rasa tidak aman selama kehamilan (2,21).

Temuan ini sesuai dengan teori “*pair support buffering effect*”, di mana keberadaan pasangan yang suportif dapat menurunkan dampak stres kehamilan (23,24). Sebaliknya, hubungan yang tidak harmonis meningkatkan risiko gangguan psikologis ibu (21).

c. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan berhubungan erat dengan pengetahuan kesehatan, kemampuan mengambil keputusan, serta akses terhadap informasi terkait kehamilan (15,16,20). Ibu dengan pendidikan rendah cenderung mengalami keterbatasan dalam memahami perubahan fisik, proses kehamilan, tanda bahaya, maupun strategi *coping* yang efektif (9,25). Rendahnya literasi kesehatan juga menghambat kemampuan mereka dalam memanfaatkan layanan kesehatan mental secara optimal (26). Selain itu, tingkat pendidikan sering berkaitan dengan pekerjaan dan pendapatan, sehingga turut memengaruhi status sosial ekonomi (9). Kombinasi hambatan informasi dan tekanan sosial ekonomi tersebut dapat memperbesar beban psikologis ibu, sehingga semakin meningkatkan risiko kecemasan dan stres selama kehamilan (25,26).

Sebaliknya, semakin tinggi tingkat pendidikan seorang ibu, semakin kuat pula kemampuannya dalam mengelola stres, memahami perubahan fisiologis, dan memanfaatkan layanan kesehatan dengan lebih efektif (26,27).

d. Status ekonomi/ pendapatan

Pendapatan rendah secara konsisten meningkatkan risiko depresi, kecemasan, dan stres kronis, karena ibu menghadapi

kekhawatiran terkait pemenuhan kebutuhan dasar, kecukupan nutrisi, biaya pemeriksaan kehamilan, serta persiapan persalinan (20,22,28–30). Tekanan finansial juga dapat membatasi akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, sehingga berdampak pada rasa aman dan kesejahteraan ibu secara keseluruhan (26). Ketidakstabilan ekonomi juga dapat memicu konflik dalam rumah tangga, yang selanjutnya dapat memperburuk kondisi psikologis ibu (22,28).

e. Pekerjaan

Pekerjaan dapat menjadi sumber stres apabila ditandai dengan beban kerja berat, jam kerja panjang, ketidakpastian pendapatan, atau lingkungan kerja yang tidak mendukung. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kelelahan fisik dan emosional, yang berkontribusi pada meningkatnya kecemasan dan stres selama kehamilan (16,20). Lingkungan kerja yang tidak ramah kehamilan seperti paparan aktivitas fisik berat, tekanan emosional, atau kurangnya fleksibilitas dapat semakin memperburuk kesejahteraan mental ibu (31). Di sisi lain, tidak bekerja juga dapat menimbulkan tekanan ekonomi dan perasaan ketergantungan finansial, yang menjadi stresor tambahan (9,16).

f. Tempat Tinggal

Lingkungan tempat tinggal, baik secara geografis maupun sosial, mempunyai peran penting dalam menentukan kesehatan mental ibu hamil. Tinggal di wilayah pedesaan, daerah terpencil, atau lingkungan dengan akses terbatas terhadap fasilitas kesehatan, transportasi, maupun dukungan komunitas dapat meningkatkan risiko depresi, kecemasan, dan stres. Hal tersebut disebabkan karena rendahnya rasa aman serta keterbatasan dalam

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

memperoleh pelayanan antenatal yang memadai (7,19,30). Selain itu, lingkungan yang padat, tidak aman, mempunyai tingkat kriminalitas tinggi, atau kondisi rumah yang kurang layak juga dapat memperburuk stres kehamilan (30,32).

Tempat tinggal tidak hanya mencerminkan akses ibu terhadap layanan kesehatan maternal, tetapi juga kualitas dukungan sosial dari komunitas di sekitarnya (33). Faktor geografis dan karakteristik lingkungan fisik berpengaruh besar terhadap kenyamanan, rasa aman, dan kesejahteraan mental ibu hamil (34).

2. Faktor Psikososial dan Lingkungan

a. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)

Ibu yang mengalami kekerasan fisik, emosional, verbal, maupun seksual memiliki risiko dua hingga empat kali lipat lebih tinggi untuk mengalami depresi antenatal, kecemasan, stres kronis, hingga ide bunuh diri (15,17,19,22,30,34–36). Bentuk kekerasan yang paling dominan adalah kekerasan emosional, seperti penghinaan, ancaman, dan kontrol pasangan, sementara kekerasan fisik dan seksual juga terjadi namun sering tidak dilaporkan karena stigma dan rasa takut (1,35). KDRT menimbulkan stres psikologis berulang, mengurangi rasa aman, meningkatkan beban emosional, dan memicu respon stres berkepanjangan yang berdampak pada kesehatan mental dan fisik ibu (37).

Kontrol pasangan yang berlebihan sering membatasi dukungan sosial, memperburuk isolasi, dan menghambat ibu dalam mempersiapkan kehamilan serta mengakses layanan kesehatan (38). Dampak KDRT dapat diperkuat oleh faktor tambahan seperti kemiskinan, ketegangan rumah tangga, atau masalah kesehatan mental pasangan, sehingga

menjadi kondisi psikososial yang kompleks. Situasi ini tidak hanya meningkatkan prevalensi gangguan mental ibu, tetapi juga memengaruhi kesejahteraan emosional dan fisik secara keseluruhan (1,17,22).

b. Dukungan sosial dan pasangan

Dukungan sosial merupakan penentu yang paling konsisten terhadap kesehatan mental ibu hamil. Berbagai studi menunjukkan bahwa rendahnya dukungan dari pasangan, keluarga, atau lingkungan sosial terkait erat dengan meningkatnya kecemasan, stres, dan depresi selama kehamilan (7,15,16,20–22,30,35,39). Dukungan pasangan berperan paling penting dalam menciptakan rasa aman, meningkatkan stabilitas emosional, serta mengurangi persepsi beban kehamilan, sementara dukungan keluarga dan teman berfungsi sebagai pelindung dari stres kehamilan (1,5,22). Dukungan instrumental, seperti bantuan finansial atau pekerjaan rumah (memasak, mencuci, menyapu), terbukti menurunkan tekanan psikologis, terutama pada ibu yang tinggal di lingkungan terbatas sumber daya (30). Sebaliknya, kurangnya dukungan atau hubungan yang penuh konflik meningkatkan risiko perasaan kesepian, isolasi, dan ketidakberdayaan (1,5).

Dukungan sosial berperan sebagai penyangga terhadap stres, membantu ibu hamil meningkatkan rasa percaya diri serta menyesuaikan diri secara emosional selama kehamilan (5). Kehadiran sistem pendukung yang memadai memungkinkan ibu mengatasi perubahan emosional dan menanggapi stresor baru dengan lebih efektif (39). Beberapa studi juga menyoroti peran dukungan masyarakat dan tenaga kesehatan dalam memberikan rasa aman dan mengurangi kecemasan terkait kehamilan (1,5,22).

c. Riwayat gangguan mental sebelumnya

Riwayat gangguan mental sebelum

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

kehamilan merupakan faktor risiko utama bagi timbulnya kembali atau memburuknya kondisi psikologis selama masa antenatal. Ibu yang sebelumnya mengalami depresi, kecemasan, atau gangguan psikologis lainnya cenderung lebih rentan mengalami gejala serupa selama kehamilan (17,19,36). Faktor predisposisi lain termasuk riwayat trauma masa kanak-kanak, serta kemampuan koping emosional yang lebih rendah yang memperkuat respons stres (40).

Ibu hamil yang mempunyai riwayat gangguan mental cenderung lebih rentan mengalami berbagai komplikasi kehamilan, termasuk kebutuhan rawat inap, serta hasil neonatal yang kurang baik seperti bayi kecil untuk usia kehamilan atau kelahiran prematur (41). Selain itu, riwayat gangguan mental sebelum hamil juga meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan mental setelah melahirkan, seperti depresi pascapersalinan (42). Mekanisme yang mendasari melibatkan kerentanan biologis, seperti perubahan regulasi hormon stres, serta faktor psikososial, termasuk dukungan sosial yang terbatas. Perubahan hormonal, fisik, dan tuntutan emosional selama kehamilan dapat memicu kambuhnya gejala pada ibu dengan riwayat gangguan mental (40,41).

3. Faktor Obstetri dan Kesehatan Fisik

a. Riwayat aborsi/ keguguran

Ibu yang pernah mengalami kehilangan janin cenderung menunjukkan tingkat kecemasan dan depresi lebih tinggi selama kehamilan berikutnya. Pengalaman traumatis tersebut sering menimbulkan rasa takut berlebihan terhadap kemungkinan kegagalan kehamilan kembali, disertai rasa bersalah dan duka mendalam (15,35,36). Selain itu, ibu dengan riwayat kehilangan kehamilan sering menunjukkan kewaspadaan berlebihan terhadap gejala kehamilan atau

hiper-monitoring, yang justru dapat meningkatkan ketegangan psikologis (15,43). Studi kualitatif menunjukkan bahwa perempuan sering menyalahkan diri sendiri atas keguguran, merasa gagal sebagai ibu, dan mengalami perasaan kehilangan kontrol atas tubuhnya. Rasa bersalah ini dapat memperburuk gejala depresi dan kecemasan (44).

b. Usia kehamilan

Setiap trimester kehamilan menunjukkan dinamika emosional yang berbeda, yang berpengaruh terhadap tingkat stres dan kecemasan ibu (20,35,36). Pada trimester pertama, perubahan hormonal dan adaptasi terhadap ketidaknyamanan fisik seperti mual, muntah, serta kelelahan sering kali menyebabkan ketidakstabilan emosi dan peningkatan kecemasan (45,46). Memasuki trimester kedua, sebagian besar ibu mulai beradaptasi dengan kondisi kehamilan sehingga gejala stres cenderung menurun, meskipun kekhawatiran mengenai persiapan persalinan mulai muncul (47).

Sementara itu, trimester ketiga umumnya ditandai dengan peningkatan kembali tingkat stres dan kecemasan seiring mendekatnya waktu persalinan. Kekhawatiran terhadap keselamatan diri dan janin, disertai ketidaknyamanan fisik yang semakin berat, menjadi faktor utama yang memicu tekanan psikologis (20,45). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa trimester awal dan akhir merupakan periode paling rentan terhadap gangguan psikologis (20,35,36).

c. Komplikasi kehamilan/penyakit penyerta

Komplikasi selama kehamilan, seperti preeklamsia, diabetes gestasional, anemia berat, atau infeksi, terbukti berkaitan dengan peningkatan risiko gangguan psikologis pada ibu hamil. Kondisi medis tersebut tidak hanya menyebabkan ketidaknyamanan fisik,

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

tetapi juga menimbulkan kekhawatiran terhadap keselamatan diri dan janin (29,36). Peningkatan frekuensi kontrol kehamilan dan pembatasan aktivitas sering kali menimbulkan rasa cemas dan stres yang lebih tinggi. Beberapa ibu bahkan mengalami penurunan kualitas hidup karena merasa terbebani dengan kondisi kesehatan yang tidak stabil (39).

Selain itu, komplikasi medis dapat memengaruhi kepercayaan diri ibu dalam menjalani peran kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua. Rasa takut terhadap kemungkinan komplikasi obstetri dapat memperburuk tekanan emosional, sehingga meningkatkan risiko depresi prenatal (39,45).

d. Status paritas

Status paritas terbukti berperan penting dalam menentukan kondisi emosional ibu selama kehamilan. Ibu yang pertama kali hamil (nullipara) cenderung mengalami tingkat kecemasan lebih tinggi karena belum mempunyai pengalaman mengenai proses kehamilan dan persalinan (7,35). Kekhawatiran yang umum muncul meliputi rasa takut terhadap rasa sakit saat melahirkan, kemampuan merawat bayi, serta perubahan fisik yang dialami (48,49). Beberapa penelitian juga menemukan bahwa kehamilan pertama berkorelasi dengan peningkatan stres antenatal akibat ketidakpastian dan kurangnya kesiapan psikologis (7,35).

Sementara itu, ibu multipara umumnya mempunyai tingkat kepercayaan diri yang lebih baik karena telah memiliki pengalaman sebelumnya. Namun, mereka juga dapat menghadapi tekanan psikologis tambahan, terutama jika memiliki anak kecil lain yang perlu dirawat atau pernah mengalami pengalaman obstetri traumatis seperti

persalinan sulit atau komplikasi. Selain itu, ibu multipara umumnya mempunyai strategi coping yang lebih baik dan tingkat kecemasan serta stres lebih rendah, karena pengalaman kehamilan sebelumnya (46,50).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesehatan mental ibu hamil di negara berkembang dipengaruhi oleh faktor sosial-demografis, psikososial-lingkungan, serta faktor obstetri dan kesehatan fisik. Kekerasan dalam rumah tangga, rendahnya dukungan sosial, dan kondisi sosial ekonomi yang tidak stabil muncul sebagai determinan paling kuat terhadap depresi, kecemasan, dan stres antenatal. Temuan ini menegaskan pentingnya skrining kesehatan mental dan intervensi komprehensif dalam layanan antenatal untuk melindungi ibu hamil yang berisiko.

REFERENSI

1. Anggraini MS, Hidayat A, Fernandez RL. Analysis of Causes of Mental Health Disorders in Pregnant Mothers in Developing Countries : Scoping Review. *International Journal of Advanced Health Science and Technology*. 27 Oktober 2022;2(5).
2. Pei Y, Chen Q, Zhang Y, He C, Wang J, Tang J, dkk. Factors associated with the mental health status of pregnant women in China: A latent class analysis. *Front Public Health*. 10 Januari 2023;10:1017410.
3. Atalell KA, Pereira G, Duko B, Nyadanu SD, Tessema GA. Perinatal and Childhood Risk Factors of Adverse Early Childhood Developmental Outcomes: A Systematic Review Using a Socioecological Model. *Children*. 20 Agustus 2025;12(8):1096.
4. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced Maternal Age: A Scoping

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

- Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationship. *Behavioral Sciences*. 20 Februari 2024;14(3):147.
5. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The association between social support and antenatal depressive and anxiety symptoms among Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. Desember 2021;21(1):708.
 6. WHO (World Health Organization). Perinatal mental health [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO (World Health Organization); 2019. 1 hlm. Tersedia pada: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
 7. Mulupi S, Abubakar A, Nyongesa MK, Angwenyi V, Kabue M, Mwangi PM, dkk. Prevalence and correlates of depressive and anxiety symptoms among pregnant women from an urban informal settlement in Nairobi, Kenya: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 Februari 2025;25(1):213.
 8. Hong SA, Buntup D. Maternal Depression during Pregnancy and Postpartum Period among the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Countries: A Scoping Review. *IJERPH*. 12 Maret 2023;20(6):5023.
 9. Jacovides C, Papadopoulou SK, Pavlidou E, Dakanalis A, Alexatou O, Vorvolakos T, dkk. Association of Pregnant Women's Perinatal Depression with Sociodemographic, Anthropometric and Lifestyle Factors and Perinatal and Postnatal Outcomes: A Cross-Sectional Study. *JCM*. 3 April 2024;13(7):2096.
 10. Wisner KL, Murphy C, Thomas MM. Prioritizing Maternal Mental Health in Addressing Morbidity and Mortality. *JAMA Psychiatry*. 1 Mei 2024;81(5):521.
 11. Harahap AP, Adi MS, Sriatmi A, Purnami CT. Exploring perinatal mental health in Indonesia: A mixed-method study in Mataram, West Nusa Tenggara. *Narra J*. 19 Maret 2024;4(1):e667.
 12. Carter M, Russolillo A, Ou C, Zusman EZ, Hall WA, Cheung IW, dkk. Models and key elements of integrated perinatal mental health care: A scoping review. Montague-Cardoso K, editor. *PLOS Ment Health*. 17 Maret 2025;2(3):e0000164.
 13. Kalra H, Tran T, Romero L, Sagar R, Fisher J. National policies and programs for perinatal mental health in India: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*. 2024;91:103836.
 14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, dkk. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*. 2016;16(1):1–10.
 15. Tesfaye G, Madero D, Tsegay L. Maternal psychological distress and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public hospitals, Ethiopia. Moreno-Peral P, editor. *PLoS ONE*. 19 Januari 2023;18(1):e0280470.
 16. Monterrosa-Castro Á, Romero-Martínez S, Monterrosa-Blanco A. Positive maternal mental health in pregnant women and its association with obstetric and psychosocial factors. *BMC Public Health*. 30 Mei 2023;23(1):1013.
 17. Mansouri N, Azizi A, Jamshidi E. Factors associated with mental disorders in pregnant women covered by primary health care: a population-based study. *fmpcr*. 2022;24(4):322–7.
 18. Jalal SM, Alsebeiy SH, Alshealah NMJ. Stress, Anxiety, and Depression During Pregnancy: A Survey Among Antenatal Women Attending Primary Health Centers. *Healthcare*. 7 November

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

- 2024;12(22):2227.
19. Kurbi HA, Abebe SM, Mengistu NW, Ayele TA, Toni AT. Prevalence and Associated factors of common mental disorders among pregnant women in Northwest, Ethiopia: a cross-sectional study. 14 November 2023.
 20. Wegbom AI, Edet CK, Ogba AA, Osaro BO, Harry AM, Pepple BG, dkk. Determinants of Depression, Anxiety, and Stress among Pregnant Women Attending Tertiary Hospitals in Urban Centers, Nigeria. *Women*. 6 Januari 2023;3(1):41–52.
 21. Shahid A, Malik NI, Shahid F, Ullah I, Abbass Z. Psychosocial predictors of mental health among pregnant women. *Perspect Psychiatric Care*. Juli 2022;58(3):1071–6.
 22. Kugbey N, Ayanore M, Doegah P, Chirwa M, Bartels SA, Davison CM, dkk. Prevalence and Correlates of Prenatal Depression, Anxiety and Suicidal Behaviours in the Volta Region of Ghana. *IJERPH*. 29 Mei 2021;18(11):5857.
 23. Renbarger KM, Place JM, Schreiner M. The Influence of Four Constructs of Social Support on Pregnancy Experiences in Group Prenatal Care. *Women's Health Reports*. 1 Juni 2021;2(1):154–62.
 24. Al-Mutawtah M, Campbell E, Kubis HP, Erjavec M. Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 November 2023;23(1):782.
 25. Khadivzadeh T, Shojaeian Z, Sahebi A. High Risk-pregnant Women's Experiences of Risk Management: A Qualitative Study. *IJCBNM*. Januari 2023;11(1).
 26. Ningrum EW, Lusmilasari L, Huriyati E, Marthias T, Hasanbasri M. Improving maternal health literacy among low-income pregnant women: A systematic review. *Narra J*. 8 Agustus 2024;4(2):e886.
 27. Navon – Eyal M, Taubman - Ben-Ari O. Psychological Well-being during Pregnancy: The Contribution of Stress Factors and Maternal-Fetal Bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Januari 2025;43(1):47–61.
 28. Adeoye IA, Sogbesan A, Esan O. Prevalence, associated factors and perinatal outcomes of antepartum depression in Ibadan Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 18 Maret 2022;22(1):219.
 29. Nabwire M, Nakimuli A, Nakasujja N, Migisha R, Kiggundu C. Prevalence and Factors Associated with Anxiety Disorders Among Pregnant Women at Mulago National Referral Hospital, Uganda. *IJWH*. Februari 2024;16:237–47.
 30. Insan N, Forrest S, Jaigirdar A, Islam R, Rankin J. Social Determinants and Prevalence of Antenatal Depression among Women in Rural Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *IJERPH*. 29 Januari 2023;20(3):2364.
 31. Corchero-Falcón MDR, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Camacho-Vega JC, Fagundo-Rivera J, Carrasco-González AM. Risk Factors for Working Pregnant Women and Potential Adverse Consequences of Exposure: A Systematic Review. *Int J Public Health*. 16 Februari 2023;68:1605655.
 32. Wu Y, De Asis-Cruz J, Limperopoulos C. Brain structural and functional outcomes in the offspring of women experiencing psychological distress during pregnancy. *Mol Psychiatry*. Juli 2024;29(7):2223–40.
 33. Best C, Ayers S, Sinesi A, Meades R, Cheyne H, Maxwell M, dkk. Socioeconomic deprivation and perinatal anxiety: an observational cohort study. *BMC Public Health*. 15

VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

- November 2024;24(1):3183.
34. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, dkk. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. Februari 2024;23(1):58–90.
 35. Tamiru D, Misgana T, Tariku M, Tesfaye D, Alemu D, Weldesenbet AB, dkk. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders Among Pregnant Mothers in Rural Eastern Ethiopia. *Front Psychiatry*. 28 Maret 2022;13:843984.
 36. Kasujja M, Omara S, Senkungu N, Ndibuuza S, Kirabira J, Ibe U, dkk. Factors associated with antenatal depression among women attending antenatal care at Mubende Regional Referral Hospital: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 25 Maret 2024;24(1):195.
 37. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, dkk. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. Januari 2024;25(1):494–511.
 38. Abrahams Z, Boisits S, Schneider M, Honikman S, Lund C. Facilitators and barriers to detection and treatment of depression, anxiety and experiences of domestic violence in pregnant women. *Sci Rep*. 1 Agustus 2023;13(1):12457.
 39. Meng W, Shalayiding S, Wang X, Sailike B, Jiang T. Relationship between prenatal anxiety, depression, pregnancy stress and their social determinants. *BMC Psychol*. 12 Agustus 2025;13(1):905.
 40. Racine N, Devereaux C, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. Desember 2021;21(1):28.
 41. Abdelhafez MohsenMA, Ahmed KarimAM, Ahmed NashwaAM, Ismail M, Mohd Daud MNB, Ping NPT, dkk. Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon*. November 2023;9(11):e20958.
 42. Tambelli R, Tosto S, Favieri F. Psychiatric Risk Factors for Postpartum Depression: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*. 7 Februari 2025;15(2):173.
 43. Barbe C, Ouy J, Boiteux-Chabrier M, Bouazzi L, Pham BN, Carrau-Truillet S, dkk. Exploring the impact of prior spontaneous miscarriage on stress among pregnant women during the first trimester: an observational study. *BJGP Open*. Maret 2023;7(1):BJGPO.2022.0100.
 44. Kukulskienė M, Žemaitienė N. Experience of Late Miscarriage and Practical Implications for Post-Natal Health Care: Qualitative Study. *Healthcare*. 1 Januari 2022;10(1):79.
 45. Karnwal R, Sharmila K. Perspective View of Stress, Anxiety, and Depression among Pregnant Women: A Review. *JEOH*. 4 Maret 2024;7–19.
 46. Wang SW, Chen JL, Chen YH, Wang RH. Factors Related to Psychological Distress in Multiparous Women in the First Trimester: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Research*. 22 April 2022.
 47. Rabinowitz EP, Kutash LA, Richeson AL, Sayer MA, Samii MR, Delahanty DL. Depression, anxiety, and stress in pregnancy and postpartum: A longitudinal study during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*. Juni 2023;121:103655.
 48. Ibrahim HA, Alshahrani MS, Elgzar WTI. Determinants of Prenatal



VOL. 9 NO. 2 TAHUN 2025, HAL. 20 – 38

- Childbirth Fear during the Third Trimester among Low-Risk Expectant Mothers: A Cross-Sectional Study. Healthcare. 25 Desember 2023;12(1):50.
49. Suryaningsih EK, Horhoruw CP. The Relationship between Parity and Anxiety Levels of Pregnant Women in the Third Trimester. Jurnal Kebidanan. 28 Februari 2024;13(1):23.
50. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Irvani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. BMC Pregnancy Childbirth. Desember 2021;21(1):642.