

PREVALENSI DAN FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA IBU HAMIL DI WILAYAH PERKOTAAN

Rr. Arum Ariasih^{1*}, Aisyah Maulina Zjubaidi²

¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah
Jakarta

Jl. K.H. Ahmad Dahlan, Cireunde, Kecamatan Ciputat Timur, Kota Tangerang Selatan, Banten 15419,
Indonesia

² Sekolah Tinggi Kesehatan Pamentas, Jakarta

Jl. Pertanian Raya No.1 10, RT.10/RW.4, Lebak Bulus, Kecamatan Cilandak, 12440, Indonesia

Email: rrarumariasih@umj.ac.id

* Corresponding author

Article Info

Keywords:
Common mental
disorders;
pregnant women;
maternal attitude;
husbands's age;
maternal mental
health;

Abstract

Prevalence and Factors Associated with Common Mental Disorders Among Pregnant Women in Urban Areas

Background: Common mental disorders (CMD) during pregnancy represent an important public health issue with potential consequences for both maternal well-being and fetal development. Psychosocial factors, including maternal attitudes and partner characteristics, may influence the occurrence of CMD, yet evidence from urban areas in Indonesia remains limited. **Objective:** This study aimed to examine factors associated with emotional mental disorders among pregnant women in South Tangerang City. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 292 third-trimester pregnant women selected through consecutive sampling from primary health centers in South Tangerang City. CMD were assessed using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) with a cutoff score of ≥ 6 . Data were analyzed using chi-square tests and multivariate logistic regression.

Results: The prevalence of emotional mental disorders was 25%. Multivariate analysis revealed that maternal attitude and husband's age were significantly associated with CMD. Women with a positive attitude had a higher risk of CMD than those with a negative attitude (OR = 2.35; 95% CI: 1.23–4.50). In addition, women whose husbands were aged <25 years were more likely to experience CMD compared to those with husbands aged ≥ 25 years (OR = 3.13; 95% CI: 1.17–4.55). **Conclusion:** CMD among pregnant women are influenced by both individual and partner-related factors. These findings underscore the importance of maternal mental health interventions that involve partners and strengthen psychosocial support within antenatal care.

This is an open-access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

Received 22/01/2026

Revised 05/02/2026

Accepted 28/02/2026

How to Cite:

Ariasih A, Zjubaidi AM. Prevalensi dan Faktor yang Berhubungan Dengan Gangguan Mental Emosional pada Ibu Hamil di Wilayah Perkotaan. J. Mestahat [Internet]. 2026 Feb. 6(1):24-36. Available from: <https://doi.org/10.58185/jmestahat.v6i1.196>

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan periode transisi biologis, psikologis, dan sosial yang kompleks dalam kehidupan perempuan. Selain perubahan fisiologis, ibu hamil juga menghadapi berbagai tuntutan emosional dan psikososial yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap gangguan kesehatan mental. Salah satu masalah kesehatan mental yang sering terjadi pada masa kehamilan adalah Gangguan Mental Emosional (GME), yang mencakup gejala depresi, kecemasan, dan keluhan somatik non-psikotik.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa GME pada masa perinatal merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Depresi perinatal, yang mencakup gejala depresi selama kehamilan dan masa nifas, dilaporkan memiliki prevalensi antara 10% hingga 37% (1). Sebuah tinjauan sistematis menunjukkan bahwa sekitar 11,9% perempuan mengalami gejala depresi mayor selama periode perinatal (2). Selain depresi, gangguan kecemasan juga banyak ditemukan, dengan prevalensi yang dapat mencapai 33,2% sepanjang masa kehamilan (3).

Tingginya prevalensi GME pada kehamilan tidak terlepas dari berbagai faktor risiko yang saling berinteraksi. Faktor sosiodemografi seperti status sosial ekonomi, riwayat kesehatan, dan dukungan sosial diketahui berhubungan dengan meningkatnya risiko depresi dan kecemasan pada ibu hamil (4,5). Kehamilan yang tidak direncanakan juga dilaporkan memiliki hubungan yang signifikan dengan meningkatnya gejala depresi selama kehamilan (6).

Kondisi kesehatan fisik tertentu, seperti diabetes melitus gestasional, turut berkontribusi terhadap meningkatnya risiko gangguan mental emosional. Perempuan hamil dengan diabetes gestasional dilaporkan memiliki prevalensi kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan depresi, menunjukkan adanya kelompok ibu hamil yang sangat rentan terhadap masalah kesehatan mental (7). Pada kehamilan risiko tinggi, beban fisik dan psikologis yang dialami ibu dapat memperburuk gejala kecemasan dan depresi yang sudah ada (8).

Selain faktor individual dan klinis, faktor eksternal juga berperan dalam memperburuk kesehatan mental ibu hamil. Pandemi COVID-19, misalnya, telah meningkatkan tekanan psikososial akibat ketidakpastian, pembatasan sosial, dan gangguan akses layanan kesehatan, yang pada akhirnya berdampak pada meningkatnya prevalensi depresi dan kecemasan pada ibu hamil dibandingkan periode sebelum pandemi (6,9).

Dampak GME pada masa kehamilan tidak hanya terbatas pada kesehatan ibu, tetapi juga berpengaruh terhadap kesehatan janin dan anak. CMD yang tidak tertangani dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti persalinan lama, kelahiran prematur, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan bayi (10). Selain itu, ibu dengan depresi berisiko mengalami gangguan ikatan ibu dan bayi (*maternal-infant bonding*) serta kesulitan dalam beradaptasi pada masa nifas (10). Kondisi ini menegaskan pentingnya deteksi dini dan intervensi kesehatan mental sebagai bagian integral dari pelayanan antenatal (11).

Secara teoretik, GME pada masa kehamilan dapat dijelaskan melalui pendekatan biopsikososial, yang menekankan interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Perubahan hormonal selama kehamilan dapat memengaruhi regulasi emosi, sementara faktor psikologis seperti efikasi diri dan strategi koping, serta faktor sosial seperti dukungan keluarga dan kondisi ekonomi, berperan dalam menentukan kerentanan atau ketahanan mental ibu hamil. GME pada kehamilan umumnya bersifat ringan hingga sedang, namun dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih berat apabila tidak terdeteksi dan ditangani secara dini.

Di Indonesia prevalensi GME pada ibu hamil mencapai 12,6% (12) namun data mengenai GME pada ibu hamil di wilayah perkotaan masih relatif terbatas. Kota Tangerang Selatan sebagai wilayah urban dengan dinamika sosial ekonomi yang tinggi berpotensi menghadirkan berbagai faktor risiko psikososial bagi ibu hamil. Namun, hingga saat ini masih belum banyak tersedia data empiris mengenai prevalensi CMD pada ibu hamil di wilayah tersebut. Keterbatasan data ini dapat menghambat perencanaan program deteksi dini dan intervensi kesehatan mental ibu yang berbasis bukti.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi GME dan faktor yang berhubungan dengan GME pada ibu hamil di Kota Tangerang Selatan sebagai data dasar dalam penguatan upaya deteksi dini dan integrasi kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan ibu. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat memperkaya kajian kesehatan jiwa perinatal di Indonesia serta menjadi rujukan bagi penelitian lanjutan dan pengembangan intervensi berbasis komunitas untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

METODE

Penelitian ini merupakan studi observasional analitik dengan desain potong lintang (*cross-sectional*) yang bertujuan untuk mengetahui prevalensi gangguan mental emosional (GME) serta faktor-faktor yang berhubungan pada ibu hamil. Penelitian dilaksanakan di seluruh Puskesmas di Kota Tangerang Selatan pada periode November 2023–Januari 2024. Populasi target adalah seluruh ibu hamil trimester ketiga yang melakukan kunjungan

antenatal care (ANC) selama periode penelitian. Sebanyak 292 responden direkrut menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu seluruh ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi diikutsertakan secara berurutan hingga jumlah sampel terpenuhi. Teknik ini digunakan karena tidak tersedia kerangka sampel aktual ibu hamil trimester ketiga selama periode pengumpulan data dan kunjungan ANC bersifat dinamis.

Kriteria inklusi meliputi ibu hamil trimester ketiga yang melakukan kunjungan ANC, mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*. Ibu dengan riwayat diagnosis gangguan psikiatri berat atau kondisi medis akut yang menghambat proses wawancara dikecualikan dari penelitian.

Variabel dependen adalah GME yang diukur menggunakan *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) dengan sistem skor 0–20 dan titik potong ≥ 6 sebagai indikasi GME. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur oleh bidan yang telah dilatih.

Variabel independen dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi faktor karakteristik ibu, faktor kehamilan, faktor suami, dan faktor keluarga. Karakteristik ibu meliputi usia ibu (dikategorikan menjadi <21 tahun, ≥ 21 tahun), tingkat pendidikan (rendah: $\leq$ SMP; tinggi: $\geq$ SMA), serta status pekerjaan (bekerja/tidak bekerja). Faktor kehamilan mencakup paritas (primigravida/multigravida), status kehamilan (direncanakan/tidak direncanakan), riwayat komplikasi kehamilan (ya/tidak), riwayat depresi sebelum kehamilan (ya/tidak), pengetahuan (cukup, kurang dan baik), serta sikap (negatif, positif).

Faktor suami meliputi usia suami (dikategorikan menjadi <25 tahun dan ≥ 25 tahun), tingkat pendidikan suami (rendah, tinggi), pekerjaan suami (bekerja/tidak bekerja), serta dukungan suami selama kehamilan (positif, negatif). Dukungan suami diukur menggunakan beberapa pertanyaan terkait dukungan emosional, instrumental, dan informasional, kemudian dikategorikan menjadi dukungan positif dan negatif kurang berdasarkan nilai median skor total. Faktor keluarga meliputi tipe keluarga (keluarga inti/keluarga besar) dan pendapatan keluarga per bulan yang dikategorikan berdasarkan jawaban responden cukup atau tidak cukup.

Seluruh variabel independen diukur menggunakan kuesioner terstruktur yang telah melalui uji validitas dan uji coba terbatas pada 30 responden di luar lokasi penelitian untuk memastikan kejelasan pertanyaan. Seluruh kuesioner diperiksa kelengkapannya setiap hari, kemudian dilakukan proses editing, coding, dan entri data untuk menjaga kualitas dan konsistensi data.

Analisis data dilakukan secara bertahap meliputi analisis univariat untuk menggambarkan karakteristik responden dan menghitung prevalensi GME, analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* untuk mengidentifikasi hubungan antar variabel, serta analisis multivariat menggunakan regresi logistik untuk menentukan faktor independen yang berhubungan dengan GME. Variabel dengan nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat dimasukkan ke dalam model multivariat dan hasil disajikan dalam bentuk odds ratio (OR) dengan interval kepercayaan 95%.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia dengan nomor surat keputusan No. Ket-632/UN2.F10.D11/PPM/00/02/2023. Seluruh responden diberikan informasi lengkap mengenai tujuan, manfaat, dan risiko penelitian, serta dijamin kerahasiaan dan anonimitas data yang dikumpulkan. Partisipasi responden bersifat sukarela dan responden berhak mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi terhadap pelayanan kesehatan yang diterima.

HASIL

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Ibu Hamil, Kehamilan, Suami dan Keluarga di Kota Tangerang Selatan (n=292)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia ibu		
<21 tahun	23	7,9
≥21 tahun	269	92,1
Pendidikan		
Rendah	71	24,3
Tinggi	221	75,7
Status bekerja		
Tidak bekerja	241	82,5
Bekerja	51	17,5
Kehamilan		
Tidak direncanakan	50	17,1
Direncanakan	242	82,9
Kehamilan		
Primipara	89	30,5
Multipara	203	69,5
Riwayat depresi		
Ya	5	1,7
Tidak	287	98,3
Riwayat komplikasi		
Ya	21	7,2
Tidak	271	92,8
Pengetahuan ibu		
Cukup dan Kurang	160	54,8
Baik	132	45,2
Sikap ibu		
Negatif	240	82,8

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Positif	52	17,8
Usia suami		
<25 tahun	35	12,0
≥25 tahun	257	88,0
Pendidikan suami		
Rendah	49	16,8
Tinggi	243	83,2
Status bekerja suami		
Tidak bekerja	6	2,1
Bekerja	286	97,9
Dukungan suami		
Negatif	128	43,8
Positif	164	56,2
Tipe keluarga		
Inti	200	68,5
Besar	92	31,5
Pendapatan keluarga		
Tidak cukup	29	9,9
Cukup	263	90,1

Prevalensi gangguan mental emosional (GME) pada ibu hamil trimester akhir di Kota Tangerang Selatan sebesar 25%. Berdasarkan Tabel 1, mayoritas responden berusia ≥21 tahun (92,1%), berpendidikan tinggi (75,7%), dan tidak bekerja (82,5%). Sebagian besar kehamilan direncanakan (82,9%) dan multipara (69,5%). Riwayat depresi (1,7%) dan komplikasi kehamilan (7,2%) relatif rendah. Lebih dari separuh ibu memiliki pendapatan yang tidak cukup atau kurang (54,8%), namun sebagian besar menunjukkan sikap positif terhadap kehamilan (82,8%). Mayoritas suami berusia ≥25 tahun (88,0%), berpendidikan tinggi (83,2%), bekerja (97,9%), dan memberikan dukungan positif (56,2%). Sebagian besar responden tinggal dalam keluarga besar (68,5%) dengan pendapatan keluarga yang tergolong cukup (90,1%).

Tabel 2. Faktor yang Berhubungan dengan GME pada Ibu Hamil
di Kota Tangerang Selatan (n=292)

Karakteristik	GME (%)		COR 95% CI	P- value	OR 95% CI	P- value
	Ya	Tidak				
Usia ibu						
<21 tahun	43,5	56,5	2,51 (1,05-6,01)	0,060	1,09 (0,33-3,58)	0,881
≥21 tahun	23,4	78,6	1		1	
Pendidikan						
Rendah	28,2	71,8	1,24 (0,68-2,27)	0,581	-	-
Tinggi	24,0	76,0	1			
Status bekerja						
Tidak bekerja	25,3	74,7	1,02 (0,54-2,24)	0,929	-	-
Bekerja	23,5	76,5	1			
Kehamilan						
Tidak direncanakan	34,0	66,0	1,71 (0,89-3,30)	0,151	1,87 (0,94-3,58)	0,077
Direncanakan	23,1	76,9	1		1	

Karakteristik	GME (%)		COR 95% CI	P- value	OR 95% CI	P- value
	Ya	Tidak				
Kehamilan						
Primipara	25,8	74,2	1,06 (0,60-1,89)	0,941	-	-
Multipara	24,6	75,4	1			
Riwayat depresi						
Ya	60,0	40,0	4,65 (0,76-28,40)	0,102	5,03 (0,77-32,96)	0,092
Tidak	24,4	75,6	1			
Riwayat komplikasi						
Ya	23,8	76,2	0,93 (0,33-2,64)	1,000	-	-
Tidak	25,1	74,9	1			
Pengetahuan ibu						
Cukup dan Kurang	25,0	75,0	1,00 (0,59-1,70)	1,000	-	-
Baik	25,0	75,0	1			
Sikap ibu						
Negatif	22,1	77,9	1	0,022	1	0,016
Positif	38,5	61,5	2,20 (1,16-4,61)		5,03 (0,77-32,96)	
Usia suami						
<25 tahun	45,7	54,3	2,96 (1,43-6,11)	0,005	3,13 (1,17-4,55)	0,025
≥25 tahun	22,2	77,8	1		1	
Pendidikan suami						
Rendah	32,7	67,3	1,58 (0,81-3,08)	0,240	1,64 (0,80-3,36)	0,180
Tinggi	23,5	76,5	1		1	
Status bekerja suami						
Tidak bekerja	33,3	66,7	1,51 (0,27-8,44)	0,642	-	-
Bekerja	24,8	75,2	1			
Dukungan suami						
Negatif	28,9	71,1	1,45 (0,85-2,46)	0,220	1,42 (0,84-2,44)	0,230
Positif	22,0	78,0	1		1	
Tipe keluarga						
Inti	25,5	74,5	1,09 (0,61-1,94)	0,884	-	-
Besar	23,9	76,1	1			
Pendapatan keluarga						
Tidak cukup	37,9	62,1	1,98 (0,89-4,42)	0,142	1,29 (0,52-3,17)	0,581
Cukup	23,6	76,4	1		1	

Hasil analisis bivariat pada Tabel 2 menunjukkan bahwa sikap ibu dan usia suami berhubungan signifikan dengan kejadian GME. Ibu dengan sikap positif memiliki peluang mengalami GME sebesar 2,20 kali dibandingkan ibu dengan sikap negatif (COR=2,20; 95% CI: 1,16–4,61; p=0,022). Ibu dengan suami berusia <25 tahun memiliki peluang GME sebesar 2,96 kali dibandingkan dengan suami berusia ≥25 tahun (COR=2,96; 95% CI: 1,43–6,11; p=0,005).

Berdasarkan analisis multivariat, sikap ibu dan usia suami terbukti berhubungan signifikan dengan kejadian GME pada ibu hamil di Kota Tangerang Selatan. Ibu dengan sikap positif memiliki peluang mengalami GME sebesar 2,35 kali dibandingkan ibu dengan sikap negatif (OR=2,35; 95% CI: 1,23–4,50; p=0,016). Selain itu, ibu dengan suami berusia <25 tahun memiliki peluang GME sebesar 3,13 kali dibandingkan dengan suami berusia ≥25 tahun (OR=3,13; 95% CI: 1,17–4,55; p=0,025).

Variabel lain yang masuk dalam model tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik setelah pengendalian bersama ($p>0,05$).

PEMBAHASAN

GME seperti kecemasan dan depresi selama kehamilan memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan ibu dan perkembangan anak. Meskipun sikap positif terhadap kesehatan jiwa sering dianggap sebagai faktor protektif namun temuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa sikap positif justru memiliki peluang lebih tinggi mengalami GME dibandingkan ibu dengan sikap negatif. Temuan ini tampak kontradiktif dengan asumsi umum bahwa sikap positif bersifat protektif terhadap masalah kesehatan jiwa, namun sejalan dengan pendekatan konseptual yang menempatkan sikap sebagai refleksi kesadaran, bukan semata faktor pelindung.

Sikap positif terhadap kesehatan jiwa pada ibu hamil dapat mencerminkan peningkatan kesadaran dan sensitivitas terhadap kondisi psikologis yang dialami, termasuk kemampuan mengenali gejala stres, kecemasan, atau depresi. Sebuah studi di Ethiopia menunjukkan bahwa ibu hamil dengan kesadaran lebih tinggi terhadap kondisi jiwanya justru melaporkan gejala gangguan jiwa lebih banyak, karena mereka lebih mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan keluhan psikologis (13). Hal serupa juga ditunjukkan dalam studi di Indonesia yang menunjukkan bahwa ibu dengan ekspektasi ideal terhadap kehamilan dan masa pascapersalinan lebih rentan mengalami gejala CMD ketika realitas tidak sesuai dengan harapan tersebut (12). Selain itu, tekanan sosial untuk tetap tampak kuat dan “baik-baik saja” selama kehamilan dapat menghambat ibu dalam mengekspresikan distress psikologis dan mencari dukungan yang diperlukan, sehingga memperburuk kondisi jiwanya (14).

Kondisi tersebut semakin diperberat pada kelompok ibu dengan keterbatasan sumber daya sosial dan ekonomi. Woldetsadik et al. (2019) menunjukkan bahwa perempuan dari latar belakang pendidikan dan ekonomi rendah memiliki risiko CMD yang lebih tinggi, terutama ketika tekanan eksternal tidak diakui dan dihadapi hanya dengan “sikap positif” tanpa dukungan nyata. Dalam konteks ini, sikap positif tidak berfungsi sebagai pelindung, melainkan menjadi mekanisme pasif yang menghambat pencarian bantuan dan penerapan koping yang efektif (15).

Temuan ini juga dapat dijelaskan melalui fenomena *knowledge–attitude–practice* (KAP) gap, di mana pengetahuan dan sikap positif tidak selalu diikuti oleh perilaku adaptif yang efektif, seperti pencarian pertolongan profesional atau penerapan strategi koping yang memadai. Wang et al dalam studinya menegaskan bahwa meskipun ibu hamil memiliki sikap yang baik terhadap kesehatan mental, keterbatasan dukungan sosial, stigma, dan akses

layanan dapat menghambat perubahan perilaku nyata, sehingga risiko gangguan jiwa tetap tinggi (16).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia suami berhubungan signifikan dengan kejadian GME pada ibu hamil, di mana ibu yang memiliki suami berusia <25 tahun memiliki risiko GME yang lebih tinggi dibandingkan ibu dengan suami berusia ≥ 25 tahun. Temuan ini menguatkan perspektif bahwa karakteristik pasangan, khususnya usia suami sebagai indikator kematangan psikososial dan ekonomi, berperan penting dalam kesehatan mental ibu selama kehamilan.

Suami yang berusia lebih muda umumnya masih berada pada fase transisi kehidupan dewasa awal, yang ditandai dengan ketidakstabilan emosional, keterbatasan pengalaman dalam relasi perkawinan, serta kondisi ekonomi yang belum mapan. Kondisi tersebut dapat berdampak pada rendahnya kualitas dukungan emosional dan instrumental yang diberikan kepada istri selama kehamilan, sehingga meningkatkan kerentanan ibu terhadap stres psikologis dan gangguan jiwa (17). Studi di Ethiopia menunjukkan bahwa faktor pasangan, termasuk usia dan kapasitas dukungan, merupakan determinan penting terjadinya GME pada ibu hamil, terutama di konteks sosial perkotaan dengan tekanan ekonomi yang tinggi (18).

Secara teoritis, dukungan pasangan merupakan salah satu faktor protektif utama terhadap kecemasan dan depresi selama kehamilan. Ketika suami belum matang secara emosional dan sosial, peran tersebut sering kali tidak berjalan optimal, sehingga beban adaptasi kehamilan lebih banyak ditanggung oleh ibu. Hal ini sejalan dengan kerangka stres-dukungan sosial yang menyatakan bahwa ketidaksiapan pasangan dapat memperkuat efek stresor kehamilan terhadap kesehatan jiwa ibu (19).

Usia suami yang lebih muda sering berkorelasi dengan keterbatasan pengetahuan dan kesadaran terhadap kesehatan mental maternal, sehingga gejala psikologis ibu kurang dikenali dan tidak ditangani secara dini. Suami dengan usia muda juga cenderung masih beradaptasi dengan peran baru sebagai kepala keluarga sehingga dukungan emosional dan finansial belum stabil (20). Penelitian komunitas di Afrika dan Asia menunjukkan bahwa pasangan muda cenderung memiliki pemahaman yang lebih rendah tentang perubahan psikologis selama kehamilan, yang pada akhirnya berdampak pada keterlambatan pencarian bantuan dan meningkatnya risiko gangguan jiwa ibu (15,18).

Sebaliknya, suami yang lebih tua cenderung membawa stabilitas emosional dan finansial yang lebih besar, yang dapat bermanfaat bagi kesehatan mental ibu. Stabilitas ini dikaitkan dengan prevalensi gangguan kesehatan mental ibu yang lebih rendah, terutama karena suami yang lebih tua seringkali memiliki strategi penanggulangan dan pengalaman

hidup yang lebih baik, yang diterjemahkan menjadi dukungan yang lebih efektif bagi pasangan mereka yang sedang hamil (17,18).

Hasil penelitian ini menegaskan bahwa intervensi kesehatan jiwa maternal tidak cukup hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan dan sikap, tetapi perlu dilanjutkan dengan penguatan keterampilan koping, dukungan sosial yang bermakna, serta akses layanan kesehatan jiwa yang responsif. Pendekatan ini sejalan temuan Mekonnen et al. yang menekankan pentingnya intervensi psikososial komprehensif untuk mencegah dampak jangka panjang gangguan mental ibu terhadap kesejahteraan anak dan keluarga (14).

Selain itu penelitian ini menunjukkan bahwa layanan antenatal perlu mengintegrasikan aspek kesehatan jiwa secara lebih terstruktur. Peningkatan sikap positif terhadap kesehatan jiwa belum tentu diikuti oleh perilaku pencarian bantuan yang adaptif, sehingga diperlukan penguatan skrining rutin, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam deteksi dini, serta sistem rujukan yang jelas di pelayanan primer. Hasil juga menegaskan bahwa usia suami bergubungan dengan GME dapat digunakan sebagai indikator risiko dalam skrining kesehatan jiwa maternal, khususnya di tingkat pelayanan primer. Intervensi promotif dan preventif perlu diarahkan tidak hanya kepada ibu, tetapi juga kepada pasangan, terutama pasangan muda, melalui edukasi pranikah, konseling pasangan, serta peningkatan keterlibatan suami dalam pelayanan antenatal. Pendekatan berbasis keluarga ini penting untuk menciptakan lingkungan psikososial yang lebih suportif dan menurunkan risiko GME pada ibu hamil.

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan kausal antara sikap ibu, usia suami, dan GME. Pengukuran gangguan mental emosional dilakukan secara *self-report* menggunakan SRQ, yang berpotensi menimbulkan bias informasi. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan instrumen yang lebih spesifik untuk populasi maternal dan banyak digunakan seperti *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk menilai gejala depresi perinatal. EPDS dinilai menggunakan skor 0–30 dengan titik potong tertentu (misalnya ≥ 10 atau ≥ 13) untuk mengidentifikasi risiko depresi.

Selain itu, penelitian ini berpotensi mengalami *selection bias* karena menggunakan teknik consecutive sampling pada ibu hamil yang hadir ke fasilitas kesehatan. Ibu yang tidak melakukan kunjungan ANC, memiliki keterbatasan akses layanan, atau mengalami gangguan mental berat mungkin tidak terwakili dalam penelitian ini. Kondisi tersebut dapat menyebabkan estimasi prevalensi maupun hubungan antar variabel menjadi kurang merepresentasikan populasi secara keseluruhan. Penelitian juga hanya melibatkan ibu hamil

trimester III di wilayah perkotaan, sehingga generalisasi hasil ke populasi ibu hamil di wilayah rural atau trimester lain perlu dilakukan dengan kehati-hatian.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa sikap ibu terhadap kesehatan mental dan usia suami berhubungan secara signifikan dengan kejadian gangguan mental emosional (GME) pada ibu hamil trimester tiga di Kota Tangerang Selatan. Ibu dengan sikap positif memiliki risiko GME yang lebih tinggi, yang mengindikasikan bahwa sikap tersebut dapat mencerminkan peningkatan kesadaran terhadap distress psikologis atau mekanisme koping yang belum adaptif. Selain itu, ibu dengan suami berusia lebih muda memiliki risiko GME yang lebih tinggi, menegaskan pentingnya peran dan kesiapan pasangan dalam mendukung kesehatan mental ibu selama kehamilan. Temuan ini menekankan perlunya pendekatan kesehatan jiwa maternal yang tidak hanya berfokus pada ibu, tetapi juga melibatkan pasangan dan penguatan dukungan psikososial.

SARAN

Berdasarkan temuan bahwa sikap ibu dan usia suami berhubungan dengan GME pada ibu hamil, penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain longitudinal untuk menilai hubungan kausal serta dinamika perubahan sikap, dukungan pasangan, dan kondisi jiwa ibu sejak awal kehamilan hingga periode pascapersalinan. Selain itu, pengukuran sikap perlu diperdalam secara kualitatif atau dengan instrumen yang lebih spesifik, agar dapat membedakan sikap adaptif dari sikap yang mencerminkan penyangkalan atau ekspektasi tidak realistis.

Penelitian mendatang juga disarankan memasukkan variabel kualitas dukungan pasangan dan keterlibatan suami, tidak hanya karakteristik demografis seperti usia, guna memahami mekanisme psikososial yang mendasari risiko GME. Pengembangan dan evaluasi intervensi berbasis pasangan atau keluarga, khususnya pada pasangan muda, perlu dilakukan untuk menilai efektivitas pendekatan tersebut dalam menurunkan risiko GME pada ibu hamil.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan dan puskesmas di Kota Tangerang Selatan atas izin dan dukungan yang diberikan sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan dengan baik.

Apresiasi yang setinggi-tingginya diberikan kepada para bidan di seluruh puskesmas Kota Tangerang Selatan atas kerja sama dan bantuan selama proses pengumpulan data, serta kepada seluruh responden ibu hamil yang telah berpartisipasi secara sukarela dan memberikan kontribusi berharga bagi penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ahsan Q, Saleem J, Malik A, Zakar R, Siddique K, Naz M, et al. Effectiveness of the 'Thinking Healthy Program' to reduce antenatal depression in pregnant women in a tertiary care hospital: A quasi- experimental study in Pakistan. 2024. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4513865/v1>
2. Yan H, Ding Y, Guo W. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic : A Systematic Review and. 2020;11(November):1–12. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>
3. Kim R, Kang HS. Perinatal mental health across different trimesters of pregnancy and during the postpartum period: trends and risk factors for anxiety and depression. 2025;1–21. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6525083/v1>
4. Jacovides C, Papadopoulou SK, Pavlidou E, Dakanalis A, Alexatou O, Vorvolakos T, et al. Association of Pregnant Women's Perinatal Depression with Sociodemographic, Anthropometric and Lifestyle Factors and Perinatal and Postnatal Outcomes: A Cross-Sectional Study. Vol. 13, Journal of Clinical Medicine. 2024. p. 2096. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm13072096>
5. Nisar A, Yin J, Waqas A, Bai X, Wang D, Rahman A, et al. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2020 Dec;277:1022–37. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>
6. Tauqeer F, Ceulemans M, Gerbier E, Passier A, Oliver A, Foulon V, et al. Mental health of pregnant and postpartum women during the third wave of the COVID-19 pandemic: a European cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2023 Jan 1;13(1):e063391. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/13/1/e063391.abstract>
7. Alzarooni KI, Abusnana S, Zakaria H, Hussein A, Mussa BM, Mohammed G. Predictive factors of perinatal depression among women with gestational diabetes mellitus in the UAE: a cross-sectional clinical study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024 Feb;24(1):146. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06307-3>
8. Wardani IAK, Darmayasa IM. Anxiety and perinatal depression in high-risk pregnancies at the fetomaternal polyclinic RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah. Int J Heal & Med Sci [Internet]. 2023 Apr 11;6(2 SE-):61–8. Available from: <https://sloap.org/journal/index.php/ijhms/article/view/2102>
9. Iyengar U, Jaiprakash B, Haitsuka H, Kim S. One Year Into the Pandemic : A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During. 2021;12(June). Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674194>
10. Sheeba B, Nath A, Metgud CS, Krishna M, Venkatesh S, Vindhya J, et al. Prenatal Depression and Its Associated Risk Factors Among Pregnant Women in Bangalore: A Hospital Based Prevalence Study. Front public Heal. 2019;7:108. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00108>
11. McMillian-Bohler J, Moeller L, Stevenson E, Johnson A. Systematic Screening for Perinatal Mood and Anxiety Disorders to Promote Onsite Mental Health Consultations: A Quality Improvement Report. J Midwifery Women'S Heal. 2021;66(4):534–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13215>
12. Ariasih A, Besral, Budiharsana M, Ronoatmodjo S. Common Mental Disorders and Associated Factors During Pregnancy and the Postpartum Period in Indonesia: An

- Analysis of Data From the 2018 Basic Health Research. *J Prev Med Public Heal* [Internet]. 2024 Jul 31;57(4):388–98. Available from: <http://jpmph.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmph.24.082>
13. Addisu A, Kumsa H, Adane S, Diress G, Tesfaye A, Arage MW, et al. Common Mental Disorder and Associated Factors among Women Attending Antenatal Care Follow-Up in North Wollo Public Health Facilities, Amhara Region, Northeast Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Depress Res Treat*. 2024;2024:8828975. Available from: <https://doi.org/10.1155/2024/8828975>
 14. Mekonnen H, Medhin G, Tomlinson M, Alem A, Prince M, Hanlon C. Impact of perinatal and repeated maternal common mental disorders on educational outcomes of primary school children in rural Ethiopia: population-based cohort study. *BJPsych open*. 2019 Oct;5(6):e87. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.69>
 15. Woldetsadik AM, Ayele AN, Roba AE, Haile GF, Mubashir K. Prevalence of common mental disorder and associated factors among pregnant women in South-East Ethiopia, 2017: a community based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2019;16(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0834-2>
 16. Wang K, Li R, Li Q, Li Z, Li N, Yang Y, et al. Knowledge, attitude, and practice toward postpartum depression among the pregnant and lying-in women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Oct;23(1):762. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06081-8>
 17. Kaseke T, January J, Tadyanemhandu C, Chiwaridzo M, Dambi JM. A structural equation modelling of the buffering effect of social support on the report of common mental disorders in Zimbabwean women in the postnatal period. *BMC Res Notes* [Internet]. 2019;12(1):110. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4151-1>
 18. Mohammed K, Hussein K, Ali D, Andualem F. Prevalence of Common Mental Disorder And Associated Factors Among Pregnant Women Attending Abebech Gobena Mother And Child Hospital Addis Ababa Ethiopia in 2022: Cross sectional study. *Res Sq* [Internet]. 2023; Available from: <http://europepmc.org/abstract/PPR/PPR594470>
 19. Wulandari DI, Suryaningsih EK. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan* The Role of Husband Among the Mental Health of Pregnant Woman : Scoping Review. 2022;7(3):803–12. Available from: <https://doi.org/10.30604/jika.v7i3.1086>
 20. Watkins AE, El Zerbi C, McGovern R, Rankin J. Exploration of fathers' mental health and well-being concerns during the transition to fatherhood, and paternal perinatal support: scoping review. *BMJ Open*. 2024 Nov;14(11):e078386. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078386>

Declarations

- Kontribusi penulis : Arum Ariasih bertanggung jawab atas keseluruhan proyek penelitian. Ia juga memimpin penulisan naskah dan kolaborasi dengan penulis kedua. Aisyah Maulina Zjubaidi berpartisipasi dalam pengumpulan data, transkripsi, dan analisis. Dia juga merevisi naskahnya. Kedua penulis menyetujui naskah akhir.
- Pernyataan pendanaan : Penelitian ini tidak menerima dana apa pun.
- Konflik kepentingan : Kedua penulis menyatakan bahwa mereka tidak memiliki kepentingan yang bersaing.
- Informasi tambahan : Tidak ada informasi tambahan yang tersedia untuk makalah ini.