

PERCEIVED STRESS DAN SINDROM DEPRESI PADA IBU PRIMIGRAVIDA

Sri Wahyuni*¹, Anies², Ariawan Soejoenoes³, Suhartono Taat Putra⁴.

¹Midwifery Department of Health Polytechnic of Surakarta.

²⁻³Faculty of Medicine Diponegoro University Indonesia.

⁴Faculty of Medicine Airlangga University Indonesia

E-mail: yuni_punung@yahoo.com

Abstrak

Emosi yang tidak stabil sering terjadi pada ibu yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan kehamilan, kesulitan dan kegagalan untuk beradaptasi selama periode kehamilan merupakan transisi stres. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara perceived stress yang dirasakan dengan sindrom depresi pada kehamilan trimester ketiga. Penelitian ini menggunakan desain cross sectional, sejumlah 72 peserta memenuhi kriteria inklusi hingga dianalisis. Pengukuran perceived stress menggunakan kuesioner Perceived Stress Scale dan sindrom depresi diukur menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Syndrome. Analisis statistik dilakukan untuk melihat korelasi antar variabel. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi perceived stress tinggi sebanyak 75%, dan sindrom depresi sebanyak 37,5% pada ibu primigravida trimester ketiga. Terdapat ada perbedaan perceived stress antara kelompok depresi dan non-depresi; $F = 5,787$ ($p = 0,019$), dan terdapat perbedaan yang signifikan pada sindrom depresi $F = 122,176$ ($p < 0,001$). Ada hubungan yang signifikan antara perceived stress dengan sindrom depresi pada ibu primigravida trimester ketiga kehamilan $r = 0,386$ ($p < 0,001$).

Kesimpulan: Semakin tinggi perceived stress secara signifikan berkorelasi dengan sindrom depresi pada ibu primigravida trimester ketiga, dengan demikian penting untuk menurunkan perceived stress selama kehamilan sehingga sindrom depresi dapat dicegah.

Kata Kunci: Depresi, Primigravida, Stress.

Abstract

Unstable emotions are common in mothers who are unable to adjust to pregnancy, difficulty and failure to adapt during perinatal period is a stress transition. This study aims to explore association between perceived stress and depression syndrome on the third trimester of pregnancy. This study used a cross sectional design, in women primigravida third trimester pregnancy. A number of 72 participants met the inclusion criteria, completed up to the analysis. The measurement of the perceived stress used Perceived Stress Scale questionnaire and syndrome depression was measured using Edinburgh Postnatal Depression Syndrome. Statistical analysis were done to see the correlation between variables. The study results showed the prevalence of high-perceived stress among women in this study was 75%, and the depression syndromes was 37.5% among pregnant women on the third trimester of pregnancy. Between the depression and non-depression groups, there was difference in PSS scores $F=5.787$ ($p=0.019$), and there are significant differences in EPDS scores $F=122.176$ ($p<0.001$). There is a significant relationship between perceived stress with depression syndrome in third trimester of pregnancy $r = 0.386$ ($p < 0.001$).

Conclusion: The higher the perceived stress is significantly correlated with the depressive syndrome in third trimester of the first pregnancy, so it is important to reduce stress during pregnancy so that the depression syndrome can be prevented.

Keywords: Depression, Primigravida, Stress.

PENDAHULUAN

Emosi tidak stabil adalah umum pada ibu yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan kehamilan, kesulitan dan kegagalan dalam beradaptasi selama periode kehamilan merupakan transisi stres^[1,2]. Transisi stres pada primigravida (ibu yang sedang hamil untuk pertama kali) tidak hanya membutuhkan kesiapan fisik tetapi juga kesiapan psikologis untuk menerima perubahan setelah kehamilan.

Stres adalah proses di mana tuntutan lingkungan melebihi kemampuan atau sumber yang dimiliki individu untuk mengatasinya; yang mengakibatkan perubahan psikologis (*perceived stress*). *Perceived stress* merupakan kemampuan otak dalam menerima stimulus atau rangsang terhadap tekanan atau beban yang melebihi kemampuan dalam kehidupan seseorang, yang berasal dari pengetahuan dan pengalaman untuk dipersepsikan sebagai stres^[3]. Sumber stres disebut stressor; dapat berasal dari faktor psikologis seperti hubungan sosial atau perubahan kehidupan seperti kehamilan atau masalah kehidupan sehari-hari^[4]. Rendahnya harga diri dan dukungan sosial, penyalahgunaan obat sebelum atau selama kehamilan dan mengalami diskriminasi secara signifikan terkait dengan tingkat *perceived stress* tinggi periode kehamilan^[5]. Perubahan fisik, emosional dan sosial pada kehamilan dapat menjadi pemicu stres, dan kekhawatiran dalam menghadapi persalinan termasuk perubahan fisik, penampilan, hubungan interpersonal, pekerjaan, kesehatan bayi dan tentang cara merawat bayi setelah lahir, kondisi medis selama kehamilan, komplikasi atau kondisi tertekan^[6].

Ibu primigravida mengalami perubahan untuk pertama kalinya; seperti perubahan fisik, kelelahan, perubahan dalam hubungan interpersonal dan pekerjaan, kekhawatiran terhadap kesehatan dan perawatan kehamilan; sehingga ibu menjadi lebih sensitif terhadap perubahan emosional sehingga memicu peningkatan *perceived stress*^[6-8], dan menjadi rentan terhadap sindrom depresi. Peningkatan risiko sindrom depresi terkait dengan stres, ibu

primigravida, adanya masalah keuangan, kurangnya dukungan pasangan dan keluarga, riwayat depresi^[9].

Hasil penelitian menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan antenatal secara signifikan terkait dengan perasaan tertekan^[10], tingginya angka kejadian depresi pascapartum dikaitkan dengan penyalahgunaan narkoba, kekerasan dalam rumah tangga dan pendidikan ibu yang rendah^[11]. Beberapa penelitian telah menemukan bahwa sindrom depresi mempengaruhi gangguan perkembangan masa kanak-kanak di tahun pertama^[12], meningkatkan kemungkinan bunuh diri^[13] dan penghentian menyusui dalam 6 bulan setelah melahirkan^[14], serta ibu depresi kurang menunjukkan keterikatan, kepekaan dan perilaku perawatan terhadap anak^[15].

Perceived stress yang tinggi selama kehamilan akan menyebabkan aktivasi sistem saraf dan hormon, serta memicu terjadinya peradangan^[16], sehingga beresiko terjadi persalinan prematur, atau usia kehamilan yang pendek dan berat bayi lahir rendah (BBLR)^[17]. Pada trimester ketiga kehamilan (TM III) (usia kehamilan 28 - 40 minggu) kadar pro-inflamasi sitokin meningkat, yang digunakan untuk melawan infeksi dan menyembuhkan luka, namun ketika diikuti oleh *perceived stress* yang tinggi maka dapat meningkatkan risiko depresi, oleh karena itu ibu hamil trimester ketiga berisiko tinggi untuk terjadinya depresi dibandingkan dengan selama periode postpartum^[18].

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *perceived stress* dengan sindrom depresi pada ibu primigravida trimester ketiga, sebagai hipotesis penelitian ini adalah terdapat korelasi antara *perceived stress* dengan sindrom depresi pada ibu primigravida trimester ketiga.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* untuk mengetahui korelasi antara *perceived stress* dengan sindrom depresi. Responden dalam penelitian ini adalah ibu

primigravida trimester ketiga kehamilan di enam Puskesmas Wilayah Klaten Kota. Peneliti menerapkan kriteria inklusi sebagai berikut: ibu hamil normal, usia kehamilan 28 – 36 minggu, ingin melahirkan secara normal dan dapat membaca dan menulis dalam Bahasa Indonesia. Ibu yang diberikan terapi farmakologis untuk mengurangi sindrom depresi dikeluarkan dari penelitian. Responden yang memenuhi kriteria inklusi hingga dianalisis sejumlah 72.

Perijinan diminta ke Puskesmas dan kemudian dilakukan rekrutmen responden berdasarkan rekomendasi bidan. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat dan konsekuensi secara lisan dan tertulis kepada responden dan memberikan kesempatan kepada responden untuk memutuskan perihal partisipasi dalam penelitian.

Sindrom depresi dan *perceived stress* diukur pada TM III kehamilan. *Perceived stress* diuraikan ke dalam respon psikologis dengan menggunakan kuesioner *Perceived Stress Scale* (PSS) untuk mengukur seberapa tinggi ibu hamil merasa tidak dapat diprediksi, tidak terkendali dan beban yang berlebihan^[19]. Peneliti menggunakan PSS^[20]; digunakan untuk mengukur seberapa tinggi situasi dalam kehidupan seseorang dinilai sebagai stres, dan juga untuk mengukur stres selama kehamilan; terdiri dari 10 item, setiap item dinilai pada skala 5 poin mulai dari tidak pernah (0) hingga hampir selalu (4). Skor yang tinggi menunjukkan tingkat *perceived stress* tinggi. Skor yang lebih besar dari 13 menunjukkan tingkat stres yang tinggi^[19].

Sindrom depresi diukur dengan *Edinburgh Postnatal Depression Syndrome* (EPDS)^[21], yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia^[22], terdiri dari 10 item,

pilihan jawaban harus dipilih satu sesuai dengan gradasi perasaan ibu yang dirasakan saat itu. Skor lebih dari 10 menunjukkan depresi^[21]. Hasil pengujian pada instrumen PSS menunjukkan bahwa 10 item memiliki Alpha Cronbach 0,702 dan instrumen EPDS menunjukkan nilai Alpha Cronbach sebesar 0,759; nilai yang ditunjukkan lebih besar dari koefisien korelasi minimum (0,3) sehingga dianggap valid.

Pengumpulan data dibantu oleh enam enumerator yaitu bidan yang telah dilakukan persamaan persepsi dengan mengikuti pelatihan. *Ethical clearance* diperoleh melalui Komisi Etik Penelitian Kesehatan dan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP Dr. Kariadi Semarang. Semua peserta menandatangani *informed consent*.

Rancangan penelitian digunakan untuk mengetahui prevalensi tinggi *perceived stress* dan sindrom depresi, menguji perbedaan antar variabel dan untuk menghubungkan *perceived stress* dengan sindrom depresi pada trimester ketiga kehamilan. Perbedaan signifikansi dalam penelitian ini ditentukan dengan p value <0,05.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Usia rata-rata responden adalah 23,49 tahun ($\pm 3,43$) dan semua menikah. Prevalensi *perceived stress* tinggi dan sindrom depresi ditunjukkan pada tabel 1 dan tabel 2. Di antara 72 ibu hamil, sebanyak 18 (25%) melaporkan *perceived stress* rendah, dan sebanyak 54 (75%) melaporkan *perceived stress* tinggi. Perbandingan karakteristik demografi responden dalam kelompok *perceived stress* tinggi dan *perceived stress* rendah disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1: Perbandingan karakteristik antara ibu hamil dengan *perceived stress* tinggi dan *perceived stress* rendah.

Karakteristik	<i>Perceived stress</i> tinggi (n=54)		<i>Perceived stress</i> rendah (n=18)		Chi-Square	Fisher's Exact
	n	%	n	%		
Usia, tahun:						
< 20	4	7	1	6	0.032	0.789
20-35	50	93	17	94		

Pendidikan:						
Sekolah Dasar	8	15	3	17	0.186	0.274
Sekolah Menengah	39	72	15	83		
Perguruan Tinggi	7	13	0	0		
Status pekerjaan:						
Bekerja	17	31	6	33	0.017	0.884
Tidak bekerja	37	69	12	67		
Dukungan:						
Kadang – kadang	1	2	0	0	0.142	0.478
Sering	12	22	2	11		
Selalu	41	76	16	89		
Pendapatan keluarga:						
>UMR*	23	43	7	39	0.033	0.783
< UMR*	31	57	11	61		

*UMR: Upah Minimum Regional

Sebagian besar ibu hamil dengan *perceived stress* tinggi berada pada rentang usia 20-35 tahun sebanyak 93%, memiliki pendidikan sekolah menengah sebanyak 72%, ibu yang tidak bekerja sebanyak 69%, selalu mendapat dukungan keluarga sebanyak 76%, memiliki penghasilan keluarga kurang dari upah minimum regional (UMR) per bulan sebanyak 57%. Hasil menunjukkan bahwa *perceived stress* rendah berada pada rentang usia 20-35 tahun sebanyak 94%, memiliki pendidikan sekolah menengah sebanyak 83%, ibu yang tidak bekerja sebanyak 67%, selalu mendapat dukungan keluarga sebanyak 89%, memiliki keluarga pendapatan kurang dari upah minimum regional per bulan sebanyak 61%.

Berdasarkan hasil uji pada keseluruhan karakteristik ibu hamil didapatkan nilai $p > 0,05$ artinya secara statistik tidak ada perbedaan antara variabel dengan karakteristik responden. Perbedaan antara kelompok dicatat dalam usia, kategori pekerjaan dan pendapatan keluarga.

Ibu hamil dalam katagori tidak-depresi sebanyak 45 (63%) dan dalam katagori depresi sebanyak 27 (35%). Perbandingan karakteristik demografi ibu dalam kelompok depresi dan tidak-depresi disajikan pada tabel 2. Sebagian besar ibu hamil dalam katagori depresi berada pada rentang usia 20-35 tahun (93%), memiliki pendidikan sekolah menengah (74%), tidak bekerja (63%), selalu mendapat dukungan keluarga (63%), memiliki penghasilan keluarga kurang dari UMR per bulan (52%). Hasil menunjukkan bahwa ibu hamil sebagai tidak-depresi berada pada rentang usia 20-35 tahun (93%), memiliki pendidikan sekolah menengah (76%), tidak bekerja (71%), selalu mendukung keluarga (89%), memiliki penghasilan keluarga kurang dari UMR per bulan (62%).

Tabel 2 menunjukkan hasil uji terhadap karakteristik, ada perbedaan depresi pada ibu hamil yang selalu mendapat dukungan keluarga dan berdasarkan uji *Chi-Square* diperoleh nilai ($\lambda^2 = 0,305$) dan $p = 0,025$ ($\alpha < 0,05$).

Tabel 2: Perbandingan karakteristik demografi antara ibu depresi dan tidak-depresi

Karakteristik	Depresi (n=27)		Tidak-depresi (n=45)		Chi-Square	Fisher's Exact
	n	%	n	%		
Usia, tahun:						
< 20	2	7	3	7	0.014	0.905
20-35	25	93	42	93		
Pendidikan:						
Sekolah Dasar	5	19	6	13	0.086	0.763
Sekolah Menengah	20	74	34	76		
Perguruan Tinggi	2	7	5	11		
Status pekerjaan:						
					0.084	0.473

Bekerja	10	37	13	29		
Tidak bekerja	17	63	32	71		
Dukungan:						
Kadang – kadang	1	4	0	0	0.305	0.025
Sering	9	33	5	11		
Selalu	17	63	40	89		
Pendapatan keluarga:						
>UMR*	13	48	17	38	0.101	0.388
< UMR*	14	52	28	62		

*UMR: Upah Minimum Regional

Perbandingan antara kedua kelompok depresi terhadap skor PSS dan skor EPDS ditunjukkan pada tabel 3. Skor PSS dibandingkan antara kelompok depresi dan tidak-depresi. Skor rata-rata PSS dari kelompok depresi adalah 18,15 dan kelompok tidak-depresi adalah 15,96, nilai distribusi $F = 5,787$ ($> 3,554$), *Confidence Interval* (CI) 95% tidak

melebihi 1 dan nilai signifikan (p) = 0,019. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan skor PSS pada kelompok depresi dan tidak-depresi.

Berdasarkan tabel 1 dan tabel 2 dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden mengalami *perceived stress* tinggi dan tidak sampai mengalami depresi, meskipun ada pengaruh dukungan keluarga.

Tabel 3. Perbandingan rata-rata skor PSS dan skor EPDS dengan depresi.

	Depresi (n=27)		Tidak-depresi (n=45)		F	p
	M	SD (CI)	M	SD (CI)		
Skor PSS	18.15	3.645 (16.71-19.59)	15.96	3.802 (14.81-17.10)	5.787	0.019
Skor EPDS	12.56	2.592 (11.53-13.58)	6.09	2.285 (5.40-6.78)	122.176	<0.001

Mean skor EPDS pada kelompok depresi adalah 12,56 dan kelompok tidak-depresi adalah 6,09, dan nilai distribusi $F = 122,176$ ($> 3,554$), *Confidence Interval* (CI) 95% tidak melebihi angka 1 dan nilai signifikan (p) <0,001 seperti yang ditunjukkan pada tabel 3. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam skor EPDS pada kelompok depresi dan tidak-depresi.

Berdasarkan analisis diperoleh nilai korelasi *Pearson* sebesar 0,386, yang diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan signifikan antara *perceived stress* tinggi dengan sindrom depresi pada trimester ketiga kehamilan ($p < 0,001$). Jadi dapat ditafsirkan bahwa korelasi antara *perceived stress* dan sindrom depresi adalah berbanding lurus, bahwa semakin tinggi *perceived stress* ibu hamil maka semakin terjadi sindrom depresi.

Prevalensi *perceived stress* tinggi di kalangan ibu hamil dalam penelitian ini adalah

75%, dan perbedaan antara kelompok dicatat dalam usia, kategori pekerjaan dan pendapatan keluarga ($< 0,05$). Penelitian sebelumnya menemukan bahwa rendahnya harga diri dan dukungan sosial, mobilitas penduduk, penyalahgunaan obat sebelum dan atau selama kehamilan, dan mengalami diskriminasi secara signifikan terkait dengan tingkat tinggi *perceived stress* antenatal.^[5] dan tidak ada perbedaan yang signifikan antara karakteristik demografi ibu primigravida dengan stres pasca melahirkan^[7]. Dengan demikian hasil penelitian ini menambah fakta bahwa faktor yang terkait dengan *perceived stress* tinggi ibu primigravida TM III kehamilan adalah sindrom depresi.

Penelitian ini mengungkapkan prevalensi sindrom depresi pada TM III kehamilan sebesar 37,5%, dan perbedaan antara kelompok dicatat dalam usia ($< 0,05$). Prevalensi depresi sindrom dalam penelitian ini lebih rendah daripada penelitian sebelumnya yang menemukan

prevalensi 48,9% pada usia kehamilan 30-34 minggu^[23]. Hasil studi sebelumnya menunjukkan sindrom depresi terkait dengan stres, primigravida, masalah keuangan, kurangnya dukungan pasangan dan keluarga, riwayat depresi^[9], dan prevalensi tertinggi depresi pasca persalinan dikaitkan dengan penyalahgunaan narkoba, kekerasan dalam rumah tangga, rendahnya pendidikan ibu^[11]. Temuan penelitian ini konsisten dengan temuan sebelumnya mengenai sindrom depresi pada ibu postpartum, di mana studi tersebut mengungkapkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap depresi pascamelahirkan adalah dukungan keluarga dan pekerjaan ibu^[24]. Dengan demikian hasil penelitian ini menambah temuan tentang faktor yang terkait dengan depresi sindrom selama TM III kehamilan yaitu *perceived stress* tinggi.

Berdasarkan pengetahuan peneliti, penelitian ini adalah yang pertama dalam menjelaskan korelasi antara *perceived stress* pranatal dengan sindrom depresi pada ibu primigravida trimester ketiga. Responden ibu primigravida cenderung mengalami *perceived stress* tinggi karena ibu mengalami perubahan untuk pertama kalinya; seperti perubahan fisik, kelelahan dan penurunan hormon, perubahan hubungan interpersonal dan pekerjaan, kekhawatiran kesehatan dan perawatan bayi; sehingga ibu lebih menjadi sensitif terhadap perubahan emosi sehingga memicu *perceived stress* tinggi^[6,25], memicu peningkatan aktivasi sistem saraf dan hormon, serta peradangan^[16], sehingga beresiko terjadi persalinan prematur dan berat bayi lahir rendah (BBLR)^[17]. Pada trimester ketiga kehamilan kadar pro-inflamasi sitokin meningkat, yang digunakan untuk melawan infeksi dan menyembuhkan luka, namun ketika diikuti oleh *perceived stress* yang tinggi maka dapat meningkatkan risiko depresi, oleh karena itu ibu hamil trimester ketiga berisiko tinggi untuk terjadinya depresi dibandingkan dengan selama periode postpartum^[18].

Salah satu tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji korelasi antara *perceived*

stress dan sindrom depresi pada trimester ketiga kehamilan. Namun ketika skor PSS dibandingkan antara kelompok depresi dan tidak-depresi, kelompok depresi memiliki skor PSS yang lebih tinggi. Begitu juga untuk skor EPDS, kelompok depresi secara signifikan lebih tinggi skor rata-rata EPDS. Penelitian sebelumnya menunjukkan ada korelasi antara tingkat stres dan gejala depresi pada ibu^[23]. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara *perceived stress* dengan sindrom depresi.

Meskipun penelitian ini menemukan bukti yang mendukung penelitian sebelumnya tentang prevalensi *perceived stress* dan sindrom depresi pada trimester ketiga kehamilan serta korelasinya, ada beberapa keterbatasan penelitian yang patut untuk disebutkan. Keterbatasan yang penting adalah bahwa penelitian ini adalah merupakan studi *cross sectional*, peran kausal faktor tidak dapat disimpulkan, dan pembatasan dapat menghasilkan bias *recall* di mana setiap responden mempunyai daya ingat yang berbeda.

Keterbatasan lain adalah bahwa kuisioner PSS dan EPDS belum diuji secara psikometrik dan pada penelitian ini menggunakan versi terjemahan dalam Bahasa Indonesia. Terakhir, temuan penelitian ini tidak dapat digunakan dalam generalisasi untuk semua ibu hamil, karena jumlah sampel dalam penelitian ini diambil dari Puskesmas dan tidak mewakili proporsi ibu hamil dalam jumlah besar.

KESIMPULAN

Semakin tinggi *perceived stress* secara signifikan berkorelasi dengan sindrom depresi ibu primigravida trimester ketiga kehamilan. Temuan ini mendukung teori bahwa pentingnya menurunkan *perceived stress* selama kehamilan sehingga sindrom depresi dapat dicegah.

REFERENSI

1. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy

- infants. *Nagoya J Med Sci* 2014;76(1–2):129–38.
2. Sharma V, Sharma P. Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. *J Obstet Gynaecol Canada* 2012;34(5):436–42.
 3. McEwen B. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci* 1998;840(1):33–44.
 4. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1985.
 5. Rieger KL, Heaman MI. Factors Associated With High Levels of Perceived Prenatal Stress Among Inner-City Women. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2016;45(2):180–95.
 6. Lobel M, Dunkel Schetter C. Pregnancy and Prenatal Stress. *Encycl Ment Heal* 2014;3(1):1–47.
 7. Hung C-H. Correlates of First-Time Mothers' Postpartum Stress. *Kaohsiung J Med Sci* 2006;22(10):500–7.
 8. Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P. Causes of women s' postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery* 2015;31(7):728–34.
 9. Munk-Olsen T, Laursen T, Pedersen C, O M, Mortensen P. New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study. *JAMA* 2006;296(21):2582–9.
 10. Salacz P, Csukly G, Haller J, Valent S. Association between subjective feelings of distress, plasma cortisol, anxiety, and depression in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012;165(2):225–30.
 11. Abbaszadeh A, Pouryazdanpanah Kermani F, Safizadeh H, Nakhee N. Violence during pregnancy and postpartum depression. *Pak J Med Sci Pak J Med Sci Pak J Med Sci* 2011;2727(11):177–81.
 12. Farías-Antúnez S, Xavier MO, Santos IS. Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. *J Affect Disord* 2018;228(November 2017):143–52.
 13. Shi P, Ren H, Li H, Dai Q. Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Res* 2018;261(December 2017):298–306.
 14. Nam JY, Choi Y, Kim J, Cho KH, Park EC. The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea. *J Affect Disord* 2017;218(March):53–8.
 15. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav* 2016;77:153–66.
 16. Coussons-Read M. The Psychoneuroimmunology of Stress in Pregnancy. *Curr Dir Psychol Sci* 2012;21(5):323–8.
 17. Hobel C, Goldstein A, ES B. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obs Gynecol* 2008;51(2):33–48.
 18. Kendall-Tackett K. Four research findings that will change what we think about perinatal depression. *J Perinat Educ* 2010;19(4):7–9.
 19. Cohen S. Perceived Stress Scale. *Psychology* 1994;1–3.
 20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *J. Health Soc. Behav.* 1983;24(4):385–96.
 21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150(6):782–6.
 22. Department of Health Government of Western Australia. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Translated into languages other than English. *Child Fam Emot well-being* 2006;1–271.
 23. Liou S, Wang P, Cheng C. Longitudinal study of perinatal maternal stress , depressive symptoms and anxiety. *Midwifery* 2014;30(6):795–801.
 24. Wahyuni S, Murwati, Supiati. Faktor

Internal Dan Eksternal Yang
Mempengaruhi Depresi Postpartum. J
Terpadu ilmu Kesehat 2014;3(2):94–8.
25. Woods-Giscombé CL, Lobel M, Zimmer

C, Wiley-Cené C, Corbie-Smith G. Whose
Stress is Making Me Sick? Network Stress
and Health in African American Women.
2014;