

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kajian Teori

##### 1. Depresi

###### a. Definisi Depresi

Berdasarkan *World Federation for Mental Health* bahwa depresi adalah gangguan mental umum yang muncul dengan gejala suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau semangat, malas, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, dan konsentrasi yang buruk. Selain itu, gejala kecemasan kerap menyertai depresi. Masalah-masalah ini dapat makin buruk, berulang, dan menyebabkan gangguan signifikan pada kemampuan seseorang dalam mengatasi urusan sehari-hari. Paling buruk, depresi dapat mendorong seseorang mengakhiri hidupnya. Hampir 1 juta jiwa tewas setiap tahun karena bunuh diri. Ringkasnya, paling sedikit terdapat 3000 kematian karena bunuh diri setiap hari (WFMH, 2012).

Menurut *National Institute of Mental Health* bahwa depresi merupakan gangguan suasana hati yang menyebabkan perasaan sedih, mengganggu cara berpikir dan menghambat aktivitas sehari-hari yang terjadi hampir setiap hari selama setidaknya 2 minggu (NIMH, 2016). *Anxiety and Depression Association of America* menyebutkan bahwa depresi lebih dari sekedar perasaan sedih. Gangguan tersebut memengaruhi aktivitas sehari-hari yang menyebabkan rasa sakit baik bagi penderita maupun orang terdekat (ADAA, 2016). Depresi lebih banyak diderita oleh wanita daripada laki-laki. Bagi individu yang mengalami depresi akan mengalami gangguan baik di lingkungan keluarga, di sekolah maupun di tempat kerja (WHO, 2019).

###### b. Etiologi Depresi

*National Institute of Mental Health* menyebutkan bahwa adanya kombinasi faktor genetik, biologis, lingkungan, dan psikologis berperan dalam depresi. Depresi dapat terjadi bersamaan dengan penyakit serius lainnya seperti kanker, diabetes, penyakit jantung, dan Parkinson. Depresi juga dapat memperburuk kondisi tubuh

yang terkena penyakit dan sebaliknya. Gejala depresi pula dapat berasal dari efek samping obat yang dikonsumsi (NIMH, 2016). *Anxiety and Depression Association of America* juga menyebutkan bahwa depresi kemungkinan besar disebabkan oleh kombinasi faktor genetik, biologis, lingkungan, dan psikologis. Teknologi pencitraan otak, seperti *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), telah menunjukkan bahwa bagian-bagian otak yang terlibat dalam suasana hati, pemikiran, tidur, nafsu makan, dan perilaku orang yang memiliki fungsi depresi berbeda dari orang-orang yang tidak memilikinya. Beberapa jenis depresi cenderung menimpa keluarga.

Penelitian genetika menunjukkan bahwa risiko depresi dihasilkan dari beberapa gen yang bertindak bersama dengan faktor lingkungan dan lainnya. Juga trauma, kehilangan orang yang berarti dalam hidup, hubungan yang sulit, atau situasi stres apa pun dapat memicu episode depresi. Episode juga dapat terjadi tanpa pemicu yang jelas. Depresi juga dapat terjadi pada orang tanpa riwayat keluarga (ADAA, 2016).

### **c. Jenis-Jenis Depresi dan Tanda Gejala**

WFMH (2012) menyebutkan ada beberapa variasi depresi yang dapat diderita seseorang, dengan perbedaan paling umum adalah depresi pada orang yang memiliki atau tidak memiliki riwayat episode manik, sebagai berikut:

#### **1) Episode Depresi**

Melibatkan gejala-gejala seperti suasana hati yang tertekan, kehilangan minat dan kenikmatan, dan meningkatnya kelelahan. Episode depresi dapat dikategorikan sebagai ringan, sedang atau berat berdasarkan jumlah dan tingkat keparahan gejala. Gangguan kecil dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat menimpa seseorang dengan episode depresi ringan. Akan tetapi, pada seorang dalam episode depresi yang parah, kecil sekali kemungkinan dapat melakukan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga, bahkan hanya dalam rentang yang sangat terbatas.

#### **2) Gangguan Afektif Bipolar**

Biasanya terdiri dari episode manik dan depresi yang dipisahkan oleh periode suasana hati normal. Episode manik melibatkan peningkatan suasana hati dan

peningkatan energi, yang mengakibatkan aktivitas berlebihan, tekanan bicara dan gangguan tidur.

ADAA (2016) menyebutkan bahwa gangguan depresi dan kecemasan berbeda, tetapi orang dengan depresi sering mengalami gejala kecemasan seperti gugup, mudah marah, sulit tidur, sulit berkonsentrasi, dan gejala lainnya. Itu tidak biasa bagi seseorang. Hampir setengah dari penderita yang didiagnosis depresi juga didiagnosis dengan gangguan kecemasan. Tetapi penderita gangguan kecemasan tidak selalu berkembang menjadi depresi. Gangguan depresi dapat Memengaruhi orang-orang dari segala usia, termasuk anak-anak, remaja, orang dewasa, dan orang lanjut usia. Gangguan depresi, yang juga dikenal sebagai gangguan mood memiliki 3 jenis utama yaitu:

1) Depresi Berat

Melibatkan setidaknya lima gejala yang tercantum di bawah ini selama periode dua minggu. Episode seperti itu melumpuhkan dan akan mengganggu kemampuan untuk bekerja, belajar, makan, dan tidur. Episode depresi berat dapat terjadi sekali atau dua kali dalam seumur hidup, atau mungkin berulang-ulang. Dapat terjadi secara spontan, selama atau setelah kematian orang yang dicintai, putus cinta, akibat penyakit medis, atau peristiwa kehidupan lainnya. Beberapa orang dengan depresi berat mungkin merasa bahwa hidup ini tidak layak dijalani dan beberapa akan berusaha untuk mengakhiri hidup mereka. Episode depresi mayor dapat mencakup gejala-gejala ini:

- a) Suasana hati yang sedih terus-menerus, hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari
- b) Kehilangan minat atau kesenangan dalam hobi dan aktivitas, termasuk seks
- c) Perasaan bersalah, tidak berharga, tidak berdaya
- d) Penurunan energi, kelelahan, perasaan malas
- e) Kesulitan berkonsentrasi, mengingat, membuat keputusan
- f) Insomnia, bangun pagi, atau berlebihan sedang tidur
- g) Nafsu makan rendah dan penurunan berat badan atau makan berlebihan dan peningkatan berat badan
- h) Memiliki pemikiran tentang bunuh diri atau melakukan percobaan bunuh diri
- i) Gelisah atau mudah tersinggung

## 2) Gangguan Depresi Persisten/ *Persistent Depression Disorder* (PPD)

Suatu bentuk depresi yang biasanya berlanjut setidaknya selama dua tahun.

Meskipun tidak separah depresi berat, ini melibatkan gejala yang sama yaitu:

- a) Suasana hati yang sedih dikombinasikan dengan kurangnya energi untuk beraktifitas
- b) Penurunan nafsu makan atau makan berlebihan
- c) Insomnia atau tidur berlebihan
- d) Stres, mudah marah,
- e) Anhedonia ringan, yang merupakan ketidakmampuan untuk memperoleh kesenangan dari sebagian besar kegiatan.

## 3) Gangguan Bipolar

Dicirikan oleh suasana hati yang berubah dari tingkat tertinggi (mania) atau tertinggi ringan (hipomania) ke posisi terendah yang parah (depresi). Episode suasana hati yang terkait dengan gangguan tersebut tetap ada dari hari ke minggu atau lebih dan mungkin dramatis. Berat perubahan perilaku sejalan dengan perubahan suasana hati.

## 2. Depresi Antenatal

### a. Definisi

Depresi antenatal adalah gangguan mental umum yang terjadi pada masa kehamilan. Hal ini terjadi akibat perubahan hormon maupun perubahan biologis pada wanita yang erat kaitannya dengan terjadinya gangguan mood hingga depresi (Dadi *et al.* 2020). Gangguan berlangsung lebih dari dua minggu, dengan gejala menurunnya tingkat konsentrasi, adanya penurunan berat badan, kehilangan nafsu makan, kehilangan minat dan energi secara umum, perasaan bersalah, perasaan putus asa, dan memiliki pikiran menyakiti diri sendiri (Yanikkerem *et al.* 2013). Menurut Dadi *et al.* (2020) Depresi antenatal dapat disertai dengan tanda dan gejala suasana hati yang buruk, kelelahan, susah tidur, kurang energi, pelupa, lekas marah, dan terjadi penurunan fungsi fisik dan kognitif.

### b. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Depresi Antenatal

*Center of Perinatal Excellence* menjelaskan bahwa pengalaman kehamilan jelas berbeda bagi setiap wanita. Keadaan tersebut sangat dipengaruhi oleh stabilitas hubungan sosial setiap wanita. Sementara faktor risiko terbesar untuk terjadi

depresi pada ibu selama hamil berasal dari riwayat gangguan mental sebelumnya, jarak pelayanan kesehatan, kebudayaan, masalah keluarga, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), masalah ekonomi, kehilangan, kecacatan dan banyak trauma yang lain (COPE, 2017). Menurut Stewart (2011) faktor risiko terkuat terjadinya depresi selama kehamilan adalah adanya riwayat depresi sebelumnya, riwayat depresi keluarga, penganiayaan masa kecil, menjadi ibu tunggal, memiliki lebih dari tiga anak, merokok, berpenghasilan rendah, usia lebih muda dari 20 tahun, dukungan sosial tidak memadai, dan KDRT.

Penelitian Tiki *et al.* (2020) menyebutkan bahwa faktor risiko terjadinya depresi antenatal yaitu ibu yang memiliki pendapatan kurang dari 18 USD, ibu yang kehamilannya tidak direncanakan dan ibu memiliki riwayat aborsi. Menurut Belete *et al.* (2019) faktor risiko depresi antenatal pada ibu hamil meliputi ibu yang tempat tinggalnya di perkotaan, status perkawinan tidak menikah, pekerjaan sebagai pegawai pemerintah dan pedagang, hamil pertama kali, tidak menghadiri ANC tindak lanjut, mengalami KDRT, kehamilan yang tidak direncanakan dan menggunakan narkoba. Penelitian lain tentang faktor risiko depresi antenatal dilakukan oleh Ogbo *et al.* (2018), yang meneliti bahwa depresi antenatal dipengaruhi oleh kurangnya dukungan pasangan, riwayat KDRT, berasal dari populasi dengan beragam budaya dan bahasa dan status sosial ekonomi yang rendah. Penelitian Yusuff *et al.* (2015) menyebutkan bahwa ibu hamil yang kehamilannya direncanakan memiliki kemungkinan untuk tidak mengalami depresi antenatal 65% dibandingkan ibu yang kehamilannya tidak direncanakan. Ibu yang mengkonsumsi kontrasepsi oral sebelum hamil dan ibu yang memiliki kecemasan selama hamil berisiko mengalami depresi antenatal. Faktor risiko lain diteliti oleh George *et al.* (2016), yang menyebutkan bahwa adanya tekanan untuk memiliki anak laki-laki, kesulitan keuangan, pernikahan yang tidak harmonis dan riwayat keguguran-lahir mati dapat menyebabkan terjadinya depresi antenatal.

Dapat disimpulkan bahwa faktor risiko terjadinya depresi antenatal yaitu:

- 1) Faktor sosiodemografi meliputi jarak pelayanan kesehatan, status perkawinan tidak menikah, menjadi ibu tunggal, memiliki lebih dari tiga anak, berpenghasilan rendah, kesulitan keuangan, usia lebih muda dari 20 tahun,



tempat tinggal di perkotaan, pekerjaan sebagai pegawai pemerintah dan pedagang.

- 2) Faktor obstetri berkaitan dengan kehamilan meliputi kehamilan tidak direncanakan, ibu memiliki riwayat aborsi, hamil pertama kali, tidak menghadiri ANC lanjutan, dan riwayat keguguran-lahir mati.
- 3) Faktor psikososial meliputi riwayat gangguan mental sebelumnya, riwayat depresi sebelumnya, riwayat depresi keluarga, penganiayaan masa kecil, menggunakan narkoba, oleh kurangnya dukungan pasangan, mengalami KDRT, berasal dari populasi dengan beragam budaya dan bahasa, memiliki kecemasan selama hamil, adanya tekanan untuk memiliki anak laki-laki, dan pernikahan yang tidak harmonis.

### c. **Komplikasi Depresi Antenatal**

Menurut Stewart (2011), konsekuensi dari depresi antenatal bagi ibu salah satunya yaitu kesulitan melakukan kegiatan sehari-hari, gagal untuk melakukan perawatan sejak hamil hingga masa nifas, diet yang tidak memadai, penggunaan tembakau, alkohol, dan zat berbahaya lainnya, hingga risiko melukai diri sendiri atau bunuh diri, dan berlanjut ke depresi postpartum. Bagi bayi, depresi antenatal dapat mengakibatkan keguguran atau kelahiran prematur, pertumbuhan janin yang tidak optimal, gangguan perkembangan, temperamen bayi dan perilaku anak selanjutnya di masa kanak-kanak. *Perinatal Anxiety and Depression Australia* (menyebutkan bahwa depresi antenatal dapat menyebabkan kerusakan hubungan rumah tangga, bunuh diri atau pembunuhan bayi hingga kecemasan atau depresi pada suami (PANDA, 2019).

Vu dan Fadia (2017) menyebutkan bahwa depresi antenatal yang tidak diobati menyebabkan meningkatnya pikiran untuk bunuh diri, keguguran, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur dan efek negatif pada kesehatan bayi (mudah emosi, dan berisiko untuk mengalami keterlambatan perkembangan. Dadi *et al.* (2020), juga menyebutkan bahwa ibu hamil yang mengalami depresi lebih berisiko untuk melahirkan secara prematur dan dengan berat bayi lahir rendah. Eastwood *et al.* (2017) menyebutkan bahwa gejala depresi antenatal dikaitkan dengan kemungkinan lebih tinggi untuk melahirkan anak dengan berat lahir rendah dan melahirkan saat usia kehamilan <37 minggu. Menurut Ogbo *et al.*

(2018), ibu hamil yang depresi berisiko untuk mengalami depresi juga pada masa nifas. Depresi perinatal mengancam proses ikatan dan ikatan ibu-anak. *Wisconsin Association for Perinatal Care* menyebutkan bahwa depresi perinatal, baik selama kehamilan dan periode postpartum dapat memengaruhi anak dan terkait dengan perubahan perkembangan otak, keterlambatan perkembangan, gangguan keterampilan sosial, dan masalah perilaku. Depresi antenatal dan postpartum dapat memengaruhi keterampilan ibu dalam mengasuh anak, sehingga mengurangi perhatian yang diberikan pada kesehatan dan keselamatan anak. Depresi perinatal dapat mengancam kehidupan wanita dan anak serta orang lain (WAPC, 2016).

### **3. Depresi Postpartum**

#### **a. Definisi**

Depresi Postpartum adalah gangguan mental atau depresi yang terjadi saat pascapersalinan atau masa nifas yang ditandai dengan suasana hati yang sedih, cemas, mudah tersinggung, kehilangan minat, nafsu makan menurun, perasaan takut menyakiti diri sendiri dan bayi, dan adanya pikiran untuk bunuh diri. Keadaan ini dapat terjadi pada minggu-minggu pertama setelah melahirkan hingga 1 tahun setelah melahirkan (Smorti *et al.* 2019). *American Psychiatric Association* juga mendefinisikan depresi postpartum sebagai gangguan depresi non-psikotik yang diklasifikasikan oleh *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* sebagai episode gangguan depresif utama yang dimulai dalam 4 minggu setelah melahirkan (APA, 2013). Depresi postpartum merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius yang menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian ibu, memengaruhi bayi, keluarga dan masyarakat.

Beberapa tanda dan gejala yang menentukan depresi postpartum yaitu rendahnya harga diri dan minat, kelelahan, kesedihan, gangguan tidur dan nafsu, gangguan dalam berkonsentrasi dan membuat keputusan, perasaan tidak layak untuk hidup, memiliki pikiran negatif tentang bayi, perasaan bersalah dan malu (Fantahun *et al.* 2018). Depresi postpartum adalah penyakit mental yang serius yang melibatkan otak dan memengaruhi perilaku dan kesehatan fisik wanita. Depresi postpartum disertai dengan tanda gejala perasaan hampa tanpa emosi, atau sedih semua atau sebagian besar waktu, lebih dari dua minggu selama atau

setelah kehamilan, atau jika tidak ada perasaan mencintai atau keinginan merawat bayi (OWH, 2019).

#### **b. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Depresi Postpartum**

Banyak penelitian secara konsisten telah menunjukkan bahwa faktor-faktor risiko risiko berikut merupakan prediktor dari depresi postpartum: status sosial ekonomi yang lebih rendah, tekanan hidup selama kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan, hubungan yang sulit dengan keluarga atau pasangan, kurangnya dukungan dari keluarga atau teman, riwayat psikopatologi sebelumnya (depresi dan kecemasan), stres kronis pascapersalinan (mencakup masalah perawatan anak), pengangguran atau ketidakstabilan ekonomi, kehamilan yang tidak direncanakan, hubungan yang buruk dengan orangtua, riwayat pelecehan seksual, dan adanya riwayat depresi selama kehamilan (Werner *et al.* 2015).

Berdasarkan penelitian Azad *et al.* (2019) ibu yang bekerja setelah melahirkan berisiko 1.9 kali mengalami depresi postpartum, ibu yang kehilangan pekerjaan karena hamil berisiko 1.5 kali mengalami depresi postpartum, ibu yang memiliki riwayat keguguran, lahir mati atau kematian anak berisiko 1.4 kali mengalami depresi postpartum, ibu yang kehamilannya yang tidak diinginkan berisiko 1.8 kali mengalami depresi postpartum dibandingkan dengan ibu yang kehamilannya diinginkan, ibu yang kesulitan keuangan dengan meminjam, menjual atau menggadaikan aset berisiko 1.3 kali mengalami depresi postpartum, ibu yang memiliki gejala depresi selama kehamilan berisiko 1.5 kali mengalami depresi postpartum dan ibu yang mengalami kekerasan oleh pasangan berisiko 2.0 kali mengalami depresi postpartum. Penelitian Fantahun *et al.* (2018), menyebutkan bahwa faktor risiko terjadinya depresi postpartum meliputi tidak menikah, riwayat kematian anak sebelumnya, kesulitan pendapatan, kurangnya dukungan keluarga, penggunaan narkoba dan kehamilan terencana sebagai faktor protektif terjadinya depresi postpartum.

Roumieh *et al.* (2019) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa depresi postpartum secara signifikan terkait dengan adanya masalah kesehatan lain selama kehamilan, perpindahan tempat tinggal, dan banyak stressor kehidupan. Qandil *et al.* (2016), juga menyebutkan bahwa ibu dengan paritas yang tinggi berisiko 4.52 kali mengalami depresi postpartum, ibu yang kehamilannya tidak direncanakan



berisiko 2.44 kali mengalami depresi postpartum dan ibu nifas yang jenis kelamin anaknya tidak diinginkan berisiko 5.07 kali mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu nifas yang jenis kelamin anaknya diinginkan.

Dapat disimpulkan bahwa faktor risiko terjadinya depresi postpartum yaitu:

- 1) Faktor sosiodemografi meliputi status perkawinan tidak menikah, menjadi ibu tunggal, berpenghasilan rendah, bekerja setelah melahirkan, kehilangan pekerjaan karena hamil, paritas yang tinggi, kesulitan keuangan dan perpindahan tempat tinggal.
- 2) Faktor obstetri berkaitan dengan kehamilan meliputi kehamilan tidak diinginkan, kehamilan tidak terencana, komplikasi kebidanan dan kehamilan, memiliki riwayat keguguran, lahir mati atau kematian anak dan memiliki masalah kesehatan lain selama kehamilan.
- 3) Faktor psikososial meliputi riwayat gangguan mental sebelumnya, riwayat kecemasan dan depresi saat hamil, jenis kelamin anaknya tidak diinginkan, adanya peristiwa kehidupan baru-baru ini yang penuh tekanan, dukungan sosial yang buruk, hubungan yang buruk dengan pasangan, menggunakan narkoba, dan mengalami KDRT

### **c. Komplikasi Depresi Postpartum**

Slomian *et al.* (2019), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa banyak konsekuensi yang diakibatkan oleh depresi postpartum baik bagi ibu maupun bayinya. Ibu dengan depresi postpartum menilai hubungan pernikahannya lebih jauh, dingin dan sulit, dan merasa kurang percaya diri dibandingkan ibu yang tidak depresi selama tahun pertama setelah melahirkan. Ibu dengan depresi postpartum juga sering dijumpai merokok. Gejala depresi pada ibu nifas juga dikaitkan dengan ide untuk menyakiti diri sendiri hingga bunuh diri. Sedangkan bagi bayi yang dilahirkan berisiko untuk penambahan berat badan yang sedikit, gangguan menyusui, pola tidur bayi yang bermasalah, gangguan motorik, kognitif dan bahasa. Menurut penelitian Abdollahi dan Mehran (2018), ibu dengan depresi postpartum berisiko 2.16 kali mengalami depresi sampai 4 tahun setelah melahirkan dan berisiko 2.49 kali mengalami penyakit kronis.

#### 4. Skrining Depresi Antenatal dan Depresi Postpartum

Skrining atau penyaringan pada wanita selama periode antenatal dan periode postpartum dapat mengidentifikasi wanita yang sedang berjuang melawan penyakit ini dan dapat memfasilitasi intervensi dengan segera. Depresi antenatal dan postpartum merupakan keadaan penyakit yang dapat skrining, merupakan penyakit yang lazim, kurang terdeteksi, dan dapat diobati. Selain itu, depresi memiliki proses penyaringan yang dapat ditoleransi. Gejala awal dapat diidentifikasi dengan menyaring wanita selama kehamilan dan selama periode postpartum. Identifikasi dini dan perawatan yang efektif sangat penting untuk keadaan penyakit ini. Skrining yang efektif harus dapat ditoleransi dan diterima oleh populasi target. Cara mengoptimalkan efektivitas skrining, wanita harus merasa nyaman dengan proses tersebut dan memiliki hubungan saling percaya dengan penyedia layanan kesehatan mereka. Tersedia alat skrining yang valid yaitu *Beck Depression Index* (BDI), *Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Pregnancy Risk Assessment questions* (PRAMS-6) *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), *Aga Khan University Anxiety and Depression Scale* (AKUADS) (Abdullah *et al.* 2019 dan Doraiswamy S *et al.* 2020)

#### 5. Kehamilan Tidak Terencana

##### a. Definisi Kehamilan Tidak Terencana

Kehamilan tidak terencana digambarkan sebagai kehamilan yang tidak diinginkan pada waktu tertentu, dengan kata lain kehamilan terjadi pada waktu yang tidak diduga atau tidak tepat (Henshaw SK 1998, dalam Christofides *et al.* 2014). Kehamilan tidak terencana berbeda dengan kehamilan tidak diinginkan. Jika fokus kehamilan tidak diinginkan adalah pada gadis remaja, namun kehamilan tidak terencana terjadi pada wanita dari semua kelompok umur (Christofides *et al.* 2014). Menurut *Center for Disease Control and Prevention*, kehamilan tidak terencana merupakan kehamilan yang salah, terjadi lebih awal dari yang diinginkan (CDC, 2019). *Office on Women's Health* menyebutkan bahwa kehamilan yang tidak direncanakan adalah hal biasa. Sekitar 1 dari 2 kehamilan di Amerika terjadi tidak direncanakan. Idealnya, seorang wanita yang

dikejutkan oleh kehamilan yang tidak terencana memiliki kesehatan prakonsepsi yang baik dan siap serta mampu merawat anak baru (OWH, 2019).

#### **b. Faktor Risiko Kehamilan Tidak Terencana**

Faktor yang berhubungan dengan kehamilan tidak terencana salah satunya yaitu status sosial ekonomi yang rendah (Iseyemi *et al.* 2017). Menurut Calvert *et al.* (2013), faktor risiko terjadinya kehamilan tidak direncanakan pada wanita muda di Tanzania meliputi bertambahnya usia  $\geq 23$  tahun, tingkat pendidikan yang lebih rendah, tidak berstatus menikah dengan kategori tidak pernah menikah, pernah menikah sebelumnya, tidak tahu tentang tempat untuk mengakses kondom, peningkatan jumlah pasangan seksual dengan kategori 2-4 orang, dan usia muda saat pertama kali melakukan hubungan seksual  $\leq 16$  tahun.

Christofides *et al.* (2013) dalam penelitiannya menyebutkan penggunaan kontrasepsi hormonal bersifat protektif terhadap kehamilan yang tidak direncanakan, status sosial ekonomi yang lebih tinggi adalah faktor protektif untuk kehamilan yang tidak direncanakan, sedangkan pelecehan fisik dan sikap permisif dalam berpacaran merupakan faktor risiko kehamilan tidak terencana. Penelitian Haffejee *et al.* (2017), menyebutkan wanita yang tinggal bersama pasangannya memungkinkan untuk merencanakan kehamilannya. Wanita yang berstatus single lebih berisiko untuk mengalami kehamilan tidak terencana, begitu juga dengan wanita yang bercerai lebih berisiko untuk mengalami kehamilan tidak terencana.

Dapat disimpulkan bahwa faktor yang memengaruhi terjadinya kehamilan tidak terencana yaitu tingkat pendidikan rendah, status perkawinan tidak terikat pernikahan, pengetahuan tentang kontrasepsi kurang, status sosial ekonomi rendah, sikap permisif dalam berpacaran, jumlah pasangan seksual  $>1$ , pelecehan fisik.

### **6. Pengaruh Kehamilan Tidak Terencana terhadap Kejadian Depresi Antenatal dan Depresi Postpartum**

Hamil dan melahirkan sering dianggap sebagai peristiwa kehidupan yang penuh tekanan mungkin mengarah pada depresi (Ormel *et al.* 2004). Hubungan antara peristiwa kehidupan, kerentanan untuk stres dan timbulnya depresi sudah jelas dalam populasi psikiatris. Salah satunya kehamilan yang tidak direncanakan dan

tidak diinginkan erat kaitannya dengan depresi pada masa kehamilan. Menurut Bahk *et al.* (2015), wanita dengan kehamilan tidak terencana memiliki tingkat kesejahteraan dan kesiapan psikologis yang rendah. Barton *et al.* (2017), dalam penelitiannya menyebutkan ibu dengan kehamilan tidak terencana memiliki kualitas hubungan yang lebih buruk dengan pasangan, dan mungkin menerima dukungan sosial yang lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang merencanakan kehamilannya. Menurut Pearlin *et al.* (1981) dalam Dadi *et al.* (2020), kehamilan tidak terencana juga menyebabkan kemampuan mengatasi depresi yang rendah pada wanita.

Perencanaan kehamilan dapat mempengaruhi tingkat kesehatan anak melalui risiko peningkatan depresi, perilaku buruk dalam mengasuh anak, memiliki risiko lebih besar untuk merokok, konsumsi alkohol, dan berisiko tidak menghadiri pemeriksaan antenatal. Sehingga pada akhirnya meningkatkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan tidak mendapatkan sumber daya yang cukup untuk perkembangan yang sehat (Dagher *et al.* 2014).

Ibu hamil yang kehamilannya tidak direncanakan dan tidak diinginkan berisiko 6.07 kali untuk mengalami depresi antenatal pada trimester pertama, pada trimester kedua, pada trimester ketiga dibandingkan ibu yang kehamilannya direncanakan (Bunevicius *et al.* 2009).

Penelitian Chee *et al.* (2005), menyebutkan bahwa ibu yang kehamilannya tidak direncanakan berisiko 2.56 kali mengalami depresi antenatal. Mir *et al.* (2012) dalam penelitiannya yang bertujuan untuk memperkirakan jumlah kasus dan faktor yang berhubungan dengan depresi antenatal menyebutkan bahwa ibu yang kehamilannya tidak direncanakan berisiko mengalami depresi antenatal 2.31 kali. Redshaw dan Jane (2013) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa ibu yang kehamilannya tidak direncanakan namun gembira berisiko mengalami depresi antenatal 1.09 kali dan ibu yang kehamilannya tidak direncanakan namun tidak gembira berisiko mengalami depresi antenatal 1.66 kali dibandingkan ibu yang kehamilannya direncanakan.

Selain itu, penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan kehamilan tidak terencana sebagai faktor risiko depresi antenatal dilakukan oleh Brittain *et al.* (2015), yang bertujuan untuk menyelidiki faktor risiko depresi antenatal dan

dampak dari depresi terhadap kelahiran dan kesehatan anak. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa ibu yang kehamilannya tidak direncanakan bersiko mengalami depresi antenatal 2.0 kali dibandingkan ibu yang kehamilannya direncanakan. Sheeba *et al.* (2019), dalam penelitiannya yang bertujuan untuk menilai prevalensi depresi antenatal dan faktor risiko terkait di antara wanita hamil di Bangalore, India Selatan, juga menyebutkan bahwa ibu yang kehamilannya tidak direncanakan berisiko mengalami depresi antenatal 1.6 kali dibandingkan ibu yang kehamilannya direncanakan. Menurut Wellings *et al.* (2013), banyak bukti penelitian menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak direncanakan dapat memiliki efek negatif pada kehidupan wanita dan menghasilkan kelahiran yang lebih buruk daripada kehamilan yang direncanakan. Banyak wanita dengan kehamilan yang tidak direncanakan melakukan aborsi, dan mereka yang melahirkan memiliki peningkatan risiko komplikasi kebidanan.

Diperkirakan sekitar 10–15% ibu nifas mengalami depresi postpartum dengan sebagian besar kasus terjadi pada 3 bulan pertama setelah melahirkan (Norhayati *et al.* 2015). Wanita dengan kehamilan tidak terencana memiliki kualitas hubungan yang lebih buruk dengan pasangan, dan mungkin menerima dukungan sosial (suami, keluarga, dan teman) yang lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang merencanakan kehamilannya. Kehamilan tidak terencana juga menyebabkan kemampuan mengatasi depresi yang rendah pada wanita. Konflik perkawinan yang tinggi dan partisipasi ayah dalam mengasuh anak yang rendah juga dialami oleh wanita dengan kehamilan tidak terencana (Barton *et al.* 2017; Pearlin *et al.* 1981 dalam Dadi *et al.* 2020). Berdasarkan penelitian Qandil *et al.* (2016), salah satu faktor risiko terjadinya depresi postpartum yaitu kehamilan tidak direncanakan. Ibu nifas yang kehamilannya tidak direncanakan berisiko 2.44 kali mengalami depresi postpartum. Filha *et al.* (2016), juga menyebutkan bahwa risiko obstetri bagi ibu nifas yang kehamilannya tidak direncanakan 1.22 kali pada kehamilan yang diinginkan tetapi bukan saat ini dan 1.38 kali pada kehamilan yang benar-benar tidak diinginkan. Menurut Toru *et al.* (2016), ibu nifas dengan kehamilannya yang tidak direncanakan berisiko 3.35 kali mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu yang kehamilannya direncanakan.



## 7. Meta Analisis dan Kajian Sistematis

### a. Definsi Meta-Analisis dan Kajian Sistematis

Meta-analisis merupakan studi epidemiologi yang menggabungkan secara statistik hasil-hasil dari sejumlah penelitian primer yang bisa digabungkan sehingga diperoleh suatu ikhtisar kuantitatif (Huque, 1988; Greenhalgh, 1997; Last, 2001; Delgado-Rodriguez, 2001 dalam Murti 2018). Menurut Detels *et al.* (2015), meta-analisis adalah kajian sistematis yang menggunakan metode statistik untuk menggabungkan data dari studi serupa untuk mendapatkan perkiraan yang lebih tepat daripada yang berasal dari penelitian data primer.

### b. Kelebihan Meta-Analisis

Kelebihan penelitian meta-analisis menurut Murti (2018) adalah sebagai berikut:

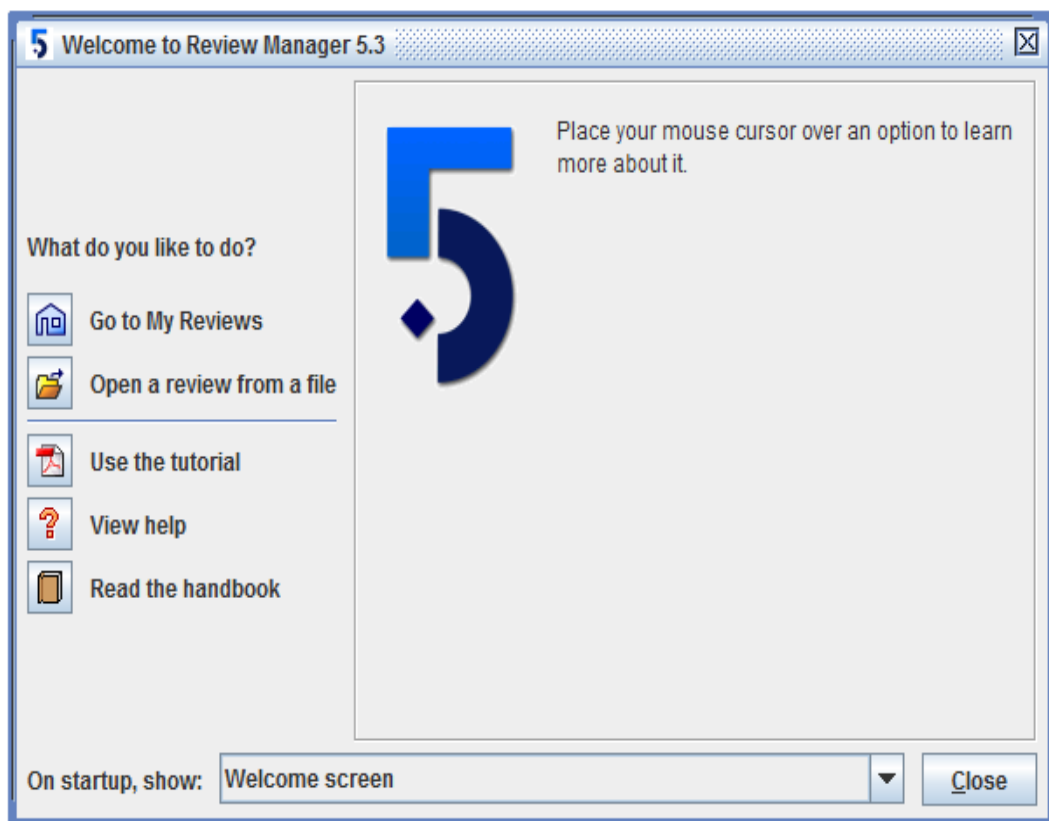
- 1) Meta-analisis merupakan respons logis dari persoalan eksplosif informasi
- 2) Meta-analisis dapat memberikan akurasi hasil yang lebih baik daripada kajian tradisional
- 3) Meta-analisis dapat mengatasi temuan-temuan penelitian kontroversial yang ambigu
- 4) Meta-analisis merupakan teknik ilmiah yang efisien
- 5) Meta-analisis dapat meningkatkan generalisasi temuan
- 6) Meta-analisis dapat memberikan kuasa statistik yang tinggi karena menggabungkan sampel dari sejumlah penelitian

Meta-analisis merupakan studi epidemiologi observasional terhadap bukti-bukti disebut *epidemiology of result*. Langkah-langkah dalam meta-analisis mengikuti prinsip penelitian umumnya yaitu menentukan masalah yang ingin diteliti, mengumpulkan dan menganalisis data, dan melaporkan hasilnya (Murti, 2018). Pada langkah awal meta-analisis ini membutuhkan waktu dalam mengidentifikasi penelitian yang harus dimasukkan ke dalam tinjauan. Hal ini membutuhkan strategi pencarian yang efisien yang dimulai dengan pemilihan kriteria kelayakan studi. Kriteria kelayakan studi ditetapkan berdasarkan rumusan masalah yang telah dibuat dan tujuan terkait. Kriteria kelayakan ini biasanya didefinisikan ke dalam *Participants, Interventions, Comparisons*, dan *Outcomes* (PICO) (Detels *et al.* (2015).

## 8. Aplikasi Review Manager 5.3

### a. Definisi Aplikasi Review Manager 5.3

*Review Manager* (RevMan) adalah perangkat lunak dari *The Cochrane Collaboration* yang dibuat untuk mempersiapkan dan memelihara ulasan Cochrane. RevMan memfasilitasi persiapan protokol dan ulasan lengkap, termasuk teks, karakteristik studi, tabel perbandingan, dan data studi. RevMan dapat melakukan meta-analisis dari data yang dimasukkan, dan menyajikan hasilnya secara grafis (Cochrane, 2014).



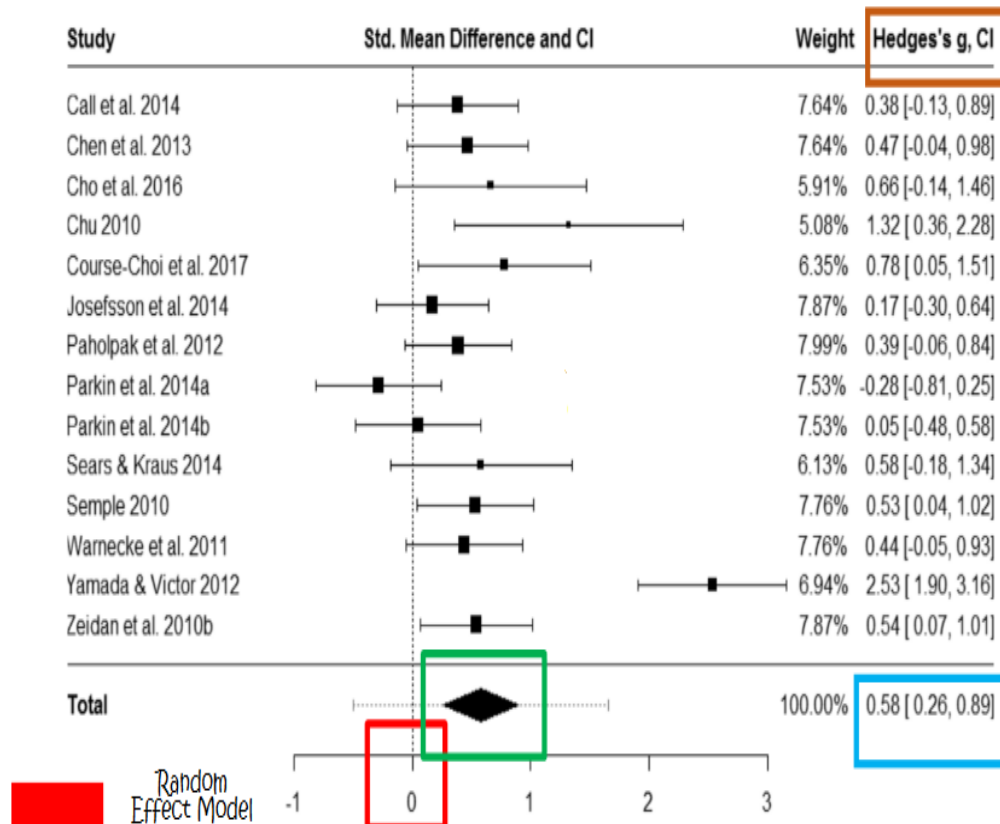
**Gambar 2.1. Tampilan Awal Aplikasi Review Manager 5.3**

### b. Pelaporan Meta-Analisis Menggunakan Aplikasi Review Manager 5.3

#### 1) *Forest Plot*

*Forest Plot* digunakan untuk menampilkan data epidemiologis dan sering digunakan dalam kajian sistematis untuk merangkum hasil penelitian yang diterbitkan sebelumnya. *Forest plot* dapat digunakan untuk menampilkan ukuran efek dari hasil studi meta-analisis. Grafik *forest Plot* berisikan titik estimasi, interval kepercayaan, bobot studi dan nilai signifikansi statistik (Woodall, 2014).

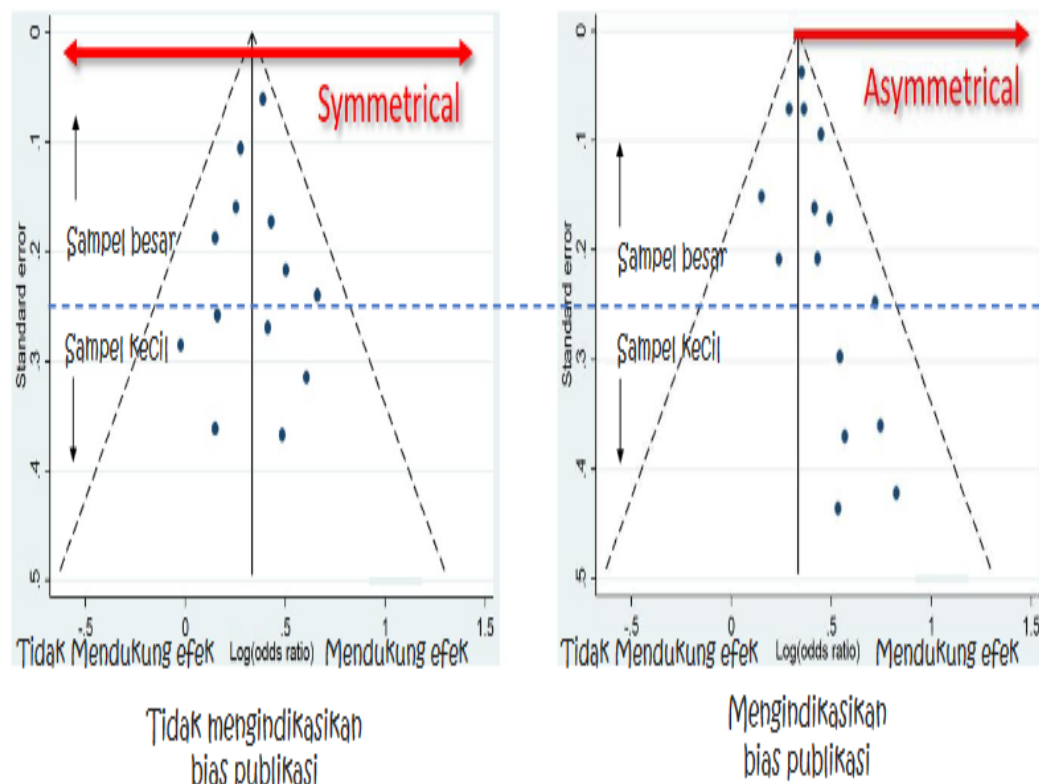
*Forest plot* menunjukkan secara visual besaran variasi (heterogenitas) antara hasil studi (Akobeng, 2005a dalam Murti, 2018).



**Gambar 2.2. Grafik Forest Plot**

## 2) Funnel plot

*Funnel plot* adalah titik sebaran dari masing-masing efek yang diperkirakan dari studi yang diidentifikasi. Kesalahan standar memberikan ukuran ketepatan rasio peluang sebagai perkiraan parameter populasi. Biasanya, uji coba dengan ukuran sampel yang lebih kecil menghasilkan perkiraan efek yang kurang tepat. Ketika ukuran sampel meningkat, presisi efek yang diperkirakan juga meningkat dan ukuran kesalahan standar berkurang (Sedgwick, 2013). Menurut Murti (2018), *funnel plot* merupakan diagram yang menunjukkan kemungkinan adanya bias publikasi. *Funnel plot* menunjukkan antara *effect size* studi i dan besar sampel atau *standard error* dari *effect size* dari berbagai studi yang diteliti. Diagram yang menunjukkan posisi plot simetris, mengindikasikan tidak ada bias publikasi.

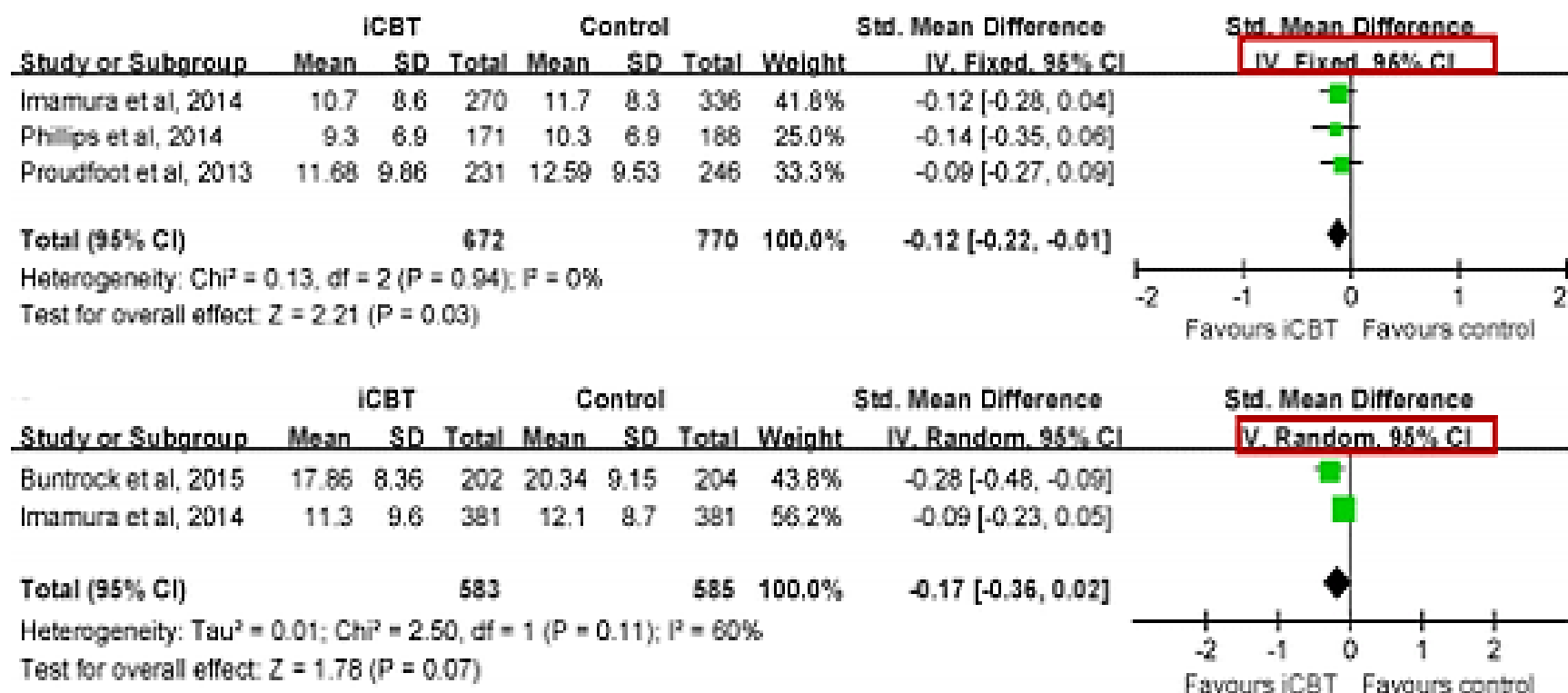


Gambar 2.3. Funnel Plot

### 3) Metode *fix* dan *random effect*

Model efek tetap (*fixed effect model*) diasumsikan sebagai fitur yang menentukan bahwa semua studi dalam meta-analisis memiliki ukuran efek yang sama. Adanya perbedaan antara ukuran *effect size* yang diamati disebabkan oleh kesalahan pengambilan sampel. Sedangkan model efek random (*random effect model*) diasumsikan bahwa adanya variasi *effect size* dari penelitian satu ke penelitian lain. Perbedaan dalam ukuran efek juga variasi dalam *effect size* yang sebenarnya yang disebut heterogenitas (Nikolakopoulou *et al.* 2014).

Penjelasan Murti (2018) tentang *fixed effect model* didefinisikan sebagai model statistik yang digunakan dalam penggabungan efek dari berbagai studi dalam meta-analisis, yang mengasumsikan homogenitas pengaruh lintas studi yang digabungkan. Sedangkan *random effect model* yaitu model statistik yang digunakan dalam menggabungkan efek dari berbagai studi dalam meta-analisis dimana heterogenitas antar studi dimasukkan ke dalam estimasi gabungan dengan cara memasukkan varians antar studi.



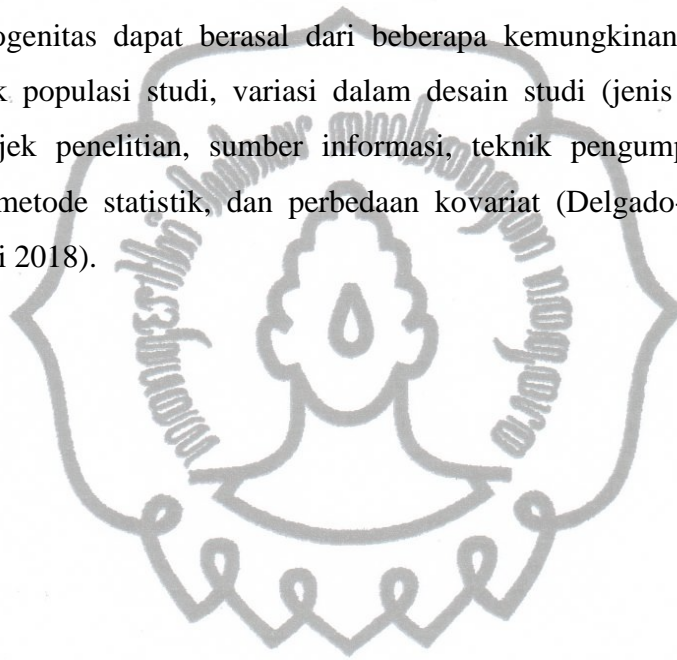
Gambar 2.4. Fix Effect Model dan Random Effect Model

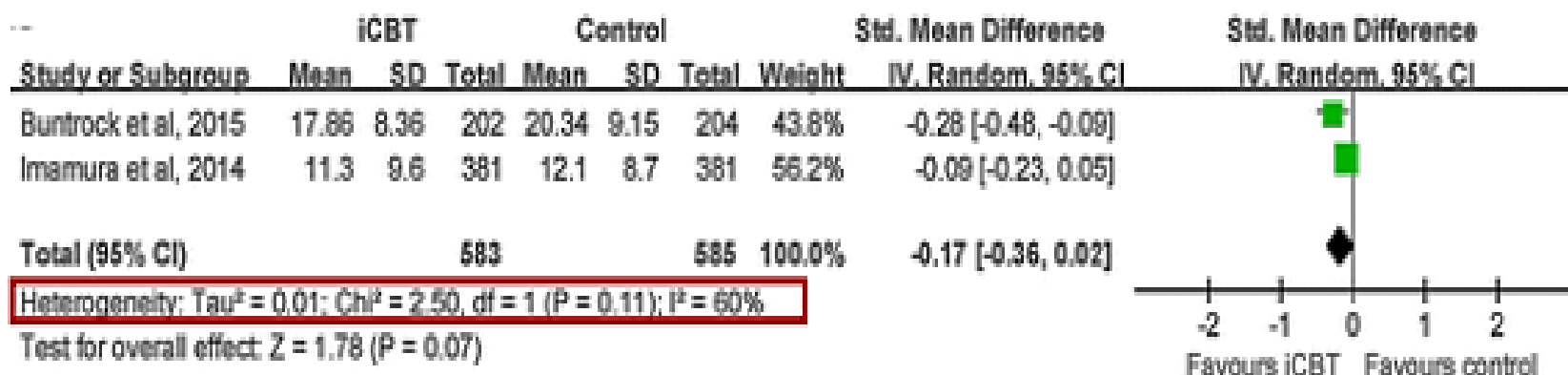
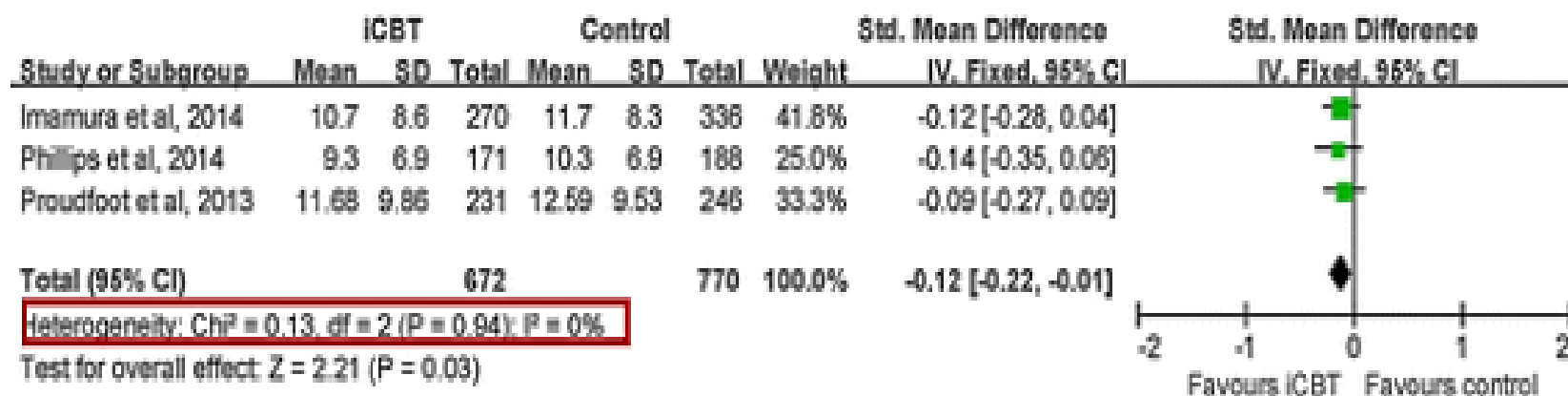


#### 4) Heterogenitas

Heterogenitas pada penelitian meta-analisis merupakan variasi dari pengaruh antar studi yang diteliti. Biasanya menggunakan  $I^2$  untuk menunjukkan presentase variasi estimasi pengaruh yang disebabkan oleh variasi antar studi dan untuk mengkuantifikasi dispersi *effect size* dalam sebuah meta-analisis dengan rentang nilai 0%-100%. Rentang ini tidak tergantung dari jenis *effect size*, dan tidak terpengaruh oleh jumlah studi (Johnston *et al.* 2006; Borenstein *et al.* 2018 dalam Murti, 2018).

Heterogenitas dapat berasal dari beberapa kemungkinan yaitu perbedaan karakteristik populasi studi, variasi dalam desain studi (jenis desain, prosedur seleksi subjek penelitian, sumber informasi, teknik pengumpulan informasi), perbedaan metode statistik, dan perbedaan kovariat (Delgado-Rodriguez, 2001 dalam Murti 2018).





Gambar 2.5. Tes Heterogenitas

### 5) Bias Publikasi

Bias publikasi (*Publication bias*) adalah kecenderungan editor dan peneliti untuk mempublikasikan artikel yang menghasilkan temuan positif, khusus-nya ketika menyangkut temuan “baru” atau “spektakuler”, dibandingkan melaporkan hasil yang “tidak signifikan”. Bias publikasi merupakan sumber bias terpenting dalam meta-analisis (Murti, 2018).

Variabel yang mempengaruhi terjadinya bias publikasi mencakup : (1) besar sampel (lebih banyak terjadi pada studi kecil), (2) jenis desain (lebih banyak terjadi pada studi observasional), (3) *Sponsorship*, (4) konflik kepentingan, dan (5) prasangka tentang hubungan yang teramati (Murti, 2018).

### B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Biaggi *et al.* (2016), dengan judul ***“Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review”***

Penelitian Biaggi *et al.* (2016), bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko utama memengaruhi kecemasan dan depresi antenatal baik dari negara berpenghasilan menengah ke bawah maupun menengah ke atas baik faktor psikososial, obstetri dan lingkungan. Desain penelitian yang digunakan yaitu kajian sistematis. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan dan depresi antenatal yaitu kurangnya dukungan sosial, mengalami kekerasan dalam rumah tangga, riwayat gangguan mental, kehamilan tidak direncanakan atau tidak diinginkan, tekanan dalam hidup dan stres yang tinggi, adanya komplikasi kehamilan saat ini/masa lalu, dan keguguran.

Perbedaan penelitian Biaggi *et al.* (2016) dengan penelitian ini yaitu desain yang digunakan adalah kajian sistematis sedangkan pada penelitian ini menggunakan kajian sistematis dan meta-analisis. Pada variabel independen yang diteliti oleh Biaggi *et al.* (2016) meliputi faktor psikologis yaitu riwayat penyakit mental pribadi, konsumsi rokok saat ini/ yang lalu, konsumsi alkohol saat ini/ yang lalu, kualitas dan model pengasuhan orangtua saat masih anak-anak, riwayat penyakit mental keluarga. Faktor dukungan sosial dan perkawinan yaitu kurangnya dukungan pasangan, konflik sosial, hubungan yang tidak harmonis,

kekerasan dalam rumah tangga, status perkawinan single atau tidak tinggal bersama pasangan. Faktor sosiodemografi yaitu usia terlalu muda, usia terlalu tua, status pendidikan rendah, status pendidikan tinggi, tidak bekerja, kesulitan di tempat kerja, pasangan tidak bekerja, ras kulit hitam/ latin/ Asia, pendapatan rendah/ kesulitan finansial, peristiwa buruk dan tekanan dalam hidup. Faktor obstetri yaitu kehamilan tidak diinginkan/ tidak direncanakan, multipara, primipara/ nullipara, primigravida, multigravida, riwayat komplikasi kehamilan/ abortus, riwayat *sectio caesarea*/ episiotomi/ pengalaman kelahiran buruk dan faktor personal yaitu rendahnya *self esteem*/ *self efficacy*/ gaya kognitif negatif. Variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini hanya kehamilan tidak terencana. Perbedaan lain yaitu pada rentang waktu yang diambil pada penelitian Biaggi *et al.* (2016) pada tahun 2003-2015. Sedangkan pada penelitian ini yaitu 2005-2020.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Barton *et al.* (2017), dengan judul ***“Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support”***

Penelitian Barton *et al.* (2017), bertujuan untuk menganalisis hubungan antara status kehamilan yang tidak direncanakan dan *psychological distress* berkelanjutan pada wanita yang memiliki pasangan dengan memperhitungkan peran kualitas hubungan dan dukungan social. Desain yang digunakan yaitu kohort prospektif dan menggunakan analisis regresi logistik. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kehamilan yang tidak direncanakan berisiko 1.73 kali mengalami *psychological distress* dibandingkan ibu yang kehamilannya direncanakan. Perbedaan dengan penelitian akan dilakukan peneliti yaitu pada desain studi menganalisis variabel independen kehamilan tidak terencana sebagai faktor risiko depresi antenatal dan depresi postpartum menggunakan kajian sistematis dan meta analisis.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Wondale *et al.* (2018), dengan judul ***“Prevalence and Risk Factors for Antenatal Depression in Ethiopia: Systematic Review”***

Penelitian Wondale *et al.* (2018) tentang tinjauan sistematis dan meta-analisis bertujuan untuk mengambil bukti ilmiah tentang prevalensi depresi antenatal dan

faktor yang memengaruhinya di Ethiopia. Variabel yang diteliti dalam penelitian tersebut yaitu seperti usia, status perkawinan, pendapatan, pekerjaan, riwayat gangguan mental sebelumnya, ANC tindak lanjut, kehamilan yang tidak direncanakan, komplikasi selama kehamilan, usia ibu selama kehamilan, konflik, dan dukungan sosial. Penelitian tersebut menggunakan tinjauan sistematis dan meta-analisis. Dengan menganalisis *pooled prevalence* dari beberapa jurnal yang memuat variabel kehamilan tidak direncanakan dengan 2 jenis skala yaitu EPDS dan PHQ, namun tanpa mempertimbangkan jenis desain studi. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kehamilan tidak direncanakan, komplikasi selama kehamilan, konflik keluarga, dan kekerasan pada ibu hamil merupakan faktor risiko depresi antenatal. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu pada variabel independen, desain studi, dan skala depresi. Peneliti menggunakan 1 variabel independen yaitu kehamilan tidak direncanakan, dengan desain studi yang di analisis yaitu *cross sectional*, dengan lokasi penelitian seluruh dunia dan menggunakan skala EPDS pada semua artikel.

4. Penelitian yang dilakukan oleh Haque *et al.* (2015), dengan judul ***“Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Middle Eastern/Arab Women”***

Penelitian Haque *et al.* (2015), bertujuan untuk menganalisis data yang ada terkait prevalensi dan faktor risiko depresi postpartum pada populasi target dengan variabel independen yaitu faktor fisik/biologis yang meliputi riwayat penyakit kejiwaan selama kehamilan, riwayat penyakit kronis dan kurangnya perawatan antenatal. Faktor psikologis meliputi peristiwa hidup yang penuh tekanan, kesulitan dalam perkawinan, kurangnya dukungan sosial/emosional, konflik dengan anggota keluarga, citra tubuh dan masalah berat badan, harga diri rendah, efikasi diri rendah, dan kurangnya pengetahuan pengasuhan anak. Faktor obstetri meliputi persalinan lama, kehamilan yang tidak direncanakan, komplikasi kehamilan, masalah kesehatan bayi, tidak menyusui, riwayat aborsi dan kematian bayi. Faktor sosiodemografi meliputi jumlah anak, religiusitas, pernikahan pada usia yang lebih tua, status sosial ekonomi rendah, ibu di usia muda, pendidikan tinggi, pendidikan rendah, pengangguran. Dan faktor budaya meliputi hubungan yang buruk dengan ibu mertua, jenis kelamin bayi yang tidak diinginkan,



kematian ayah sebelum usia 13 tahun, poligami, hubungan yang buruk dengan mertua keluarga, dan memiliki kerabat dengan mengonsumsi alkohol.

Penelitian tersebut menggunakan desain penelitian *literature review*. Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa dari 5 faktor risiko tersebut sebagian besar studi berfokus pada domain psikologis dan demografis dan mengabaikan faktor fisik/biologis dan budaya dalam depresi postpartum. Sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti fokus pada variabel independen kehamilan tidak terencana sebagai faktor risiko depresi antenatal dan depresi postpartum menggunakan meta-analisis.

5. Penelitian yang dilakukan oleh Yim *et al.* (2015), dengan judul ***“Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration”***

Penelitian Yim *et al.* (2015), menggunakan tinjauan sistematis bertujuan untuk menggabungkan bukti empiris dari kedua domain penelitian dalam upaya untuk memberikan perspektif yang luas tentang risiko depresi postpartum, mendorong kerja integratif, memberikan wawasan tentang mekanisme biologis dan perilaku dalam etiologi depresi postpartum, dan untuk mengidentifikasi cara potensial untuk intervensi. Penelitian tersebut meneliti beberapa faktor depresi postpartum yaitu faktor biologis (hormon reproduksi, stres atau tiroid, imun / inflamasi, faktor genetik), atau faktor psikososial (stres atau faktor interpersonal). Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor terkait dari kejadian depresi postpartum yaitu disregulasi hipotalamus-hipofisis-adrenal, proses inflamasi, kerentanan genetik, adanya peristiwa kehidupan yang parah, beberapa bentuk ketegangan kronis, kualitas hubungan, dan dukungan dari pasangan dan ibu. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu pada desain studi menggunakan meta-analisis, dan variabel independen yang diteliti yaitu kehamilan tidak terencana.

6. Penelitian yang dilakukan oleh Rezaie-Keikhaie *et al.* (2020), dengan judul ***“Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period”***

Penelitian Rezaie-Keikhaie *et al.* (2020), bertujuan untuk menentukan prevalensi *maternity blues* di antara wanita pada periode postpartum. Menggunakan tinjauan sistematis dan meta-analisis dari database internasional dengan hasil prevalensi *maternity blues* pada wanita di Africa merupakan yang tertinggi. Perbedaan

penelitian tersebut dengan yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu pada variabel independen peneliti mengambil variabel kehamilan tidak terencana dan variabel dependen depresi postpartum.

7. Penelitian yang dilakukan oleh Ghaedrahmati *et al.* (2017), dengan judul ***“Postpartum depression risk factors: A narrative review”***

Penelitian Ghaedrahmati *et al.* (2017), bertujuan untuk untuk mengevaluasi faktor risiko depresi postpartum selama kehamilan dan sesudahnya. Variabel independen yang diteliti dikelompokkan menjadi faktor obstetri meliputi paritas, komplikasi kehamilan dan persalinan, jenis persalinan yang terjadi tidak sesuai harapan, menyusui, anemia. Faktor biologis meliputi usia muda, gangguan metabolisme glukosa, kadar serotonin dan tryptofan dalam darah, kadar oksitosin, hormon estrogen, hormon kortikotropin, gangguan tiroid, hormon endogen. Faktor sosial meliputi dukungan sosial dari keluarga, adanya perokok dalam keluarga, status pekerjaan. Faktor gaya hidup meliputi diet, kualitas tidur, olahraga, aktivitas fisik. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor biologis dan faktor sosial saling terkait dan saling memengaruhi terhadap depresi postpartum.

Perbedaan dengan penelitian tersebut, peneliti akan melakukan tinjauan sistematis dan meta-analisis terhadap 1 variabel independen yaitu faktor kehamilan tidak direncanakan yang memengaruhi depresi postpartum, dan bahasa dari artikel yang dianalisis yaitu hanya bahasa Inggris.

### **C. Kebaruan Penelitian**

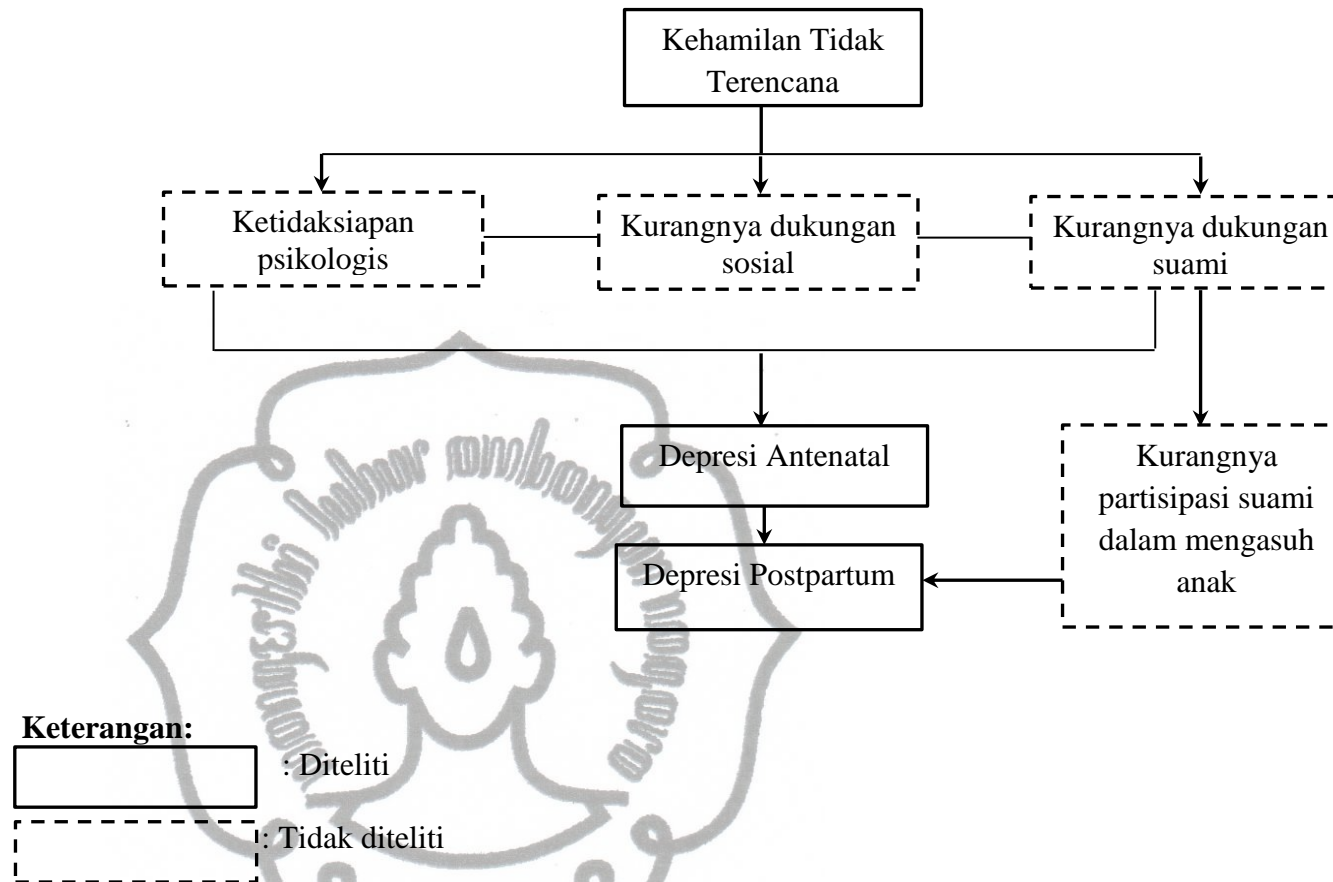
Kebaruan pada penelitian ini terletak pada tinjauan sistematis dan meta-analisis yang menggunakan metode dalam merangkum dan menggabungkan penelitian yang relevan tentang pengaruh kehamilan tidak terencana terhadap depresi antenatal dan depresi postpartum.

Kebaruan penelitian ini juga terletak pada panduan tinjauan sistematis yaitu menggunakan PRISMA *flow diagram*, dengan penilaian kualitas artikel yang diikutkan ke dalam meta-analisis menggunakan *Critical Appraisal Checklist for Cross-sectional Study* yang bersumber pada *Center for Evidence Based Management* (CEBMA, 2014). Seluruh artikel yang diikutkan harus memenuhi kriteria *critical appraisal* yang digunakan.

Kebaruan lainnya terletak pada artikel yang digunakan pada penelitian ini berasal dari berbagai negara yang ada di dunia. Menggunakan ukuran hubungan *adjusted Odds ratio* (aOR) dengan batas waktu artikel yang telah dipublikasikan pada tahun 2005-2020 dalam bentuk *full text* dan berbahasa inggris.



#### D. Kerangka Berpikir



Gambar 2.6. Kerangka Berpikir

**E. Hipotesis**

1. Kehamilan tidak terencana dapat meningkatkan risiko untuk mengalami depresi antenatal. Kehamilan tidak terencana berpotensi menyebabkan ketidaksiapan psikologis, kurangnya dukungan dari suami, keluarga dan teman.
2. Kehamilan tidak terencana dapat meningkatkan risiko untuk mengalami depresi postpartum. Kehamilan tidak terencana berpotensi menyebabkan ketidaksiapan psikologis, kurangnya dukungan dari suami, keluarga dan teman serta kurangnya partisipasi suami dalam mengasuh anak.

