

**HUBUNGAN USIA IBU DENGAN RISIKO TERJADINYA
DEPRESI POSTPARTUM**

SKRIPSI



Oleh:

SOPIA SALSABILA HASIBUAN

2108260161

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2026**

HUBUNGAN USIA IBU DENGAN RISIKO TERJADINYA DEPRESI POSTPARTUM

SKRIPSI

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh kelulusan Sarjana Kedokteran**



UMSU

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh:

Sopia Salsabila Hasibuan
2108260161

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN**

2026



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Jalan Gedung Arca No. 63 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext. 20 Fax. (061) 7363488
Website : www.umsu.ac.id E-mail : rektor@umsu.ac.id
Bankir : Bank Syariah Mandiri, Bank Bukopin, Bank Mandiri, Bank BNI 1946, Bank Sumut.



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Sopia Salsabila Hasibuan

NPM : 2108260161

Judul : Hubungan Usia Ibu Dengan Risiko Terjadinya Depresi Postpartum

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

DEWAN PENGUJI

Pembimbing,

(dr. Errol Hamzah, Sp. OG, Subsp. Obginos)

Penguji 1

(dr. Dona Wirmiaty, M.Ked(OG), Sp. OG)

Mengetahui,

Penguji 2

(dr. Munawar Sarirah, M.Biomed)

Dekan FKIK UMSU



(dr. Siti Mashana Siragar, Sp. THT-KL, Subsp. Rino(K))

NIDN: 0106098201

Ketua Program Studi
Pendidikan Dokter
FKIK UMSU

(dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked)

NIDN: 0112098605

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 29 Juli 2026

iii

Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

HALAMAN PERYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Sopia Salsabila Hasibuan
NPM : 2108260161
Judul skripsi : Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Terjadinya
Depresi Postpartum

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 18 Juli 2026

A handwritten signature in black ink is written over a yellow rectangular revenue stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem, the text 'SEPULUH RIBU RUPIAH' (Ten Thousand Rupiah), and 'METERAI TEMPEL' (Revenue Stamp). A serial number '50M1TAOX152679880' is printed at the bottom of the stamp. The signature is a stylized, cursive script that spans across the stamp and extends slightly to the right.

(Sopia Salsabila Hasibuan)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbilalamin, puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Terjadinya Depresi Postpartum” dapat diselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat, dan seluruh pengikutnya.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana sekaligus sebagai upaya untuk menganalisis hubungan usia ibu dengan risiko depresi postpartum. Penulis menyadari bahwa penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari dukungan, bimbingan, dan bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan penuh hormat penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam proses penyusunan skripsi ini.:

1. Kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta, terima kasih karena telah menjadi alasan penulis untuk terus berjuang dan tidak menyerah. Dengan penuh rasa syukur dan hormat, penulis mempersembahkan ucapan terima kasih kepada Ayahanda Hardani Hasibuan dan Ibunda tercinta Tan Lisa Anggrayani. Terima kasih karena tidak pernah lelah memberikan kasih sayang, doa, nasihat, serta dukungan dalam setiap langkah kehidupan penulis, bahkan pada saat penulis mulai meragukan diri sendiri. Kehadiranmu menjadi penguat dalam setiap langkah hingga skripsi ini dapat terselesaikan. Di balik setiap pencapaian yang diraih, terdapat perjuangan, pengorbanan, dan cinta yang begitu besar dari Ayahanda dan Ibunda. Tidak ada kata yang cukup untuk menggambarkan betapa besar jasa dan kasih sayang yang telah diberikan. Skripsi ini merupakan langkah kecil yang penulis persembahkan sebagai bentuk rasa syukur dan terima kasih atas segala perjuangan yang telah Ayah dan Ibu lakukan selama ini.
2. Terima kasih kepada seluruh keluarga tercinta yang selalu hadir dengan doa yang tidak pernah putus, dukungan yang tidak pernah berkurang, dan kasih sayang yang tidak pernah berubah. Kehadiran kalian menjadi penguat dalam

setiap langkah, serta pengingat bahwa penulis tidak pernah berjalan sendiri dalam perjalanan ini.

3. Penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang tulus kepada dosen pembimbing, dr. Errol Hamzah, Sp.OG, Subsp. Obginsos, atas waktu, perhatian, tenaga, dan pemikiran yang telah diberikan selama proses penyusunan skripsi. Berbagai arahan, bimbingan, saran, serta dorongan yang diberikan menjadi bagian penting dalam membantu penulis menyelesaikan penelitian ini. Penulis juga menghargai ilmu, inspirasi, kepercayaan, dan kesempatan yang telah diberikan, yang tidak hanya mendukung penyelesaian skripsi, tetapi juga memberikan kontribusi berarti bagi pengembangan pengetahuan dan kesiapan penulis dalam bidang akademik maupun profesional.
4. Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Dona Wirniaty, M.Ked(OG), Sp.OG selaku dosen penguji I, atas kesediaan beliau meluangkan waktu untuk memberikan penilaian, arahan, saran, serta masukan yang konstruktif selama proses penyelesaian skripsi ini.
5. Penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang tulus kepada dosen penguji II dr. Munauwarus Sarirah, M.Biomed yang telah memberikan perhatian, evaluasi, kritik, dan saran yang konstruktif selama proses penyusunan dan ujian skripsi ini. Masukan yang diberikan tidak hanya membantu menyempurnakan karya ilmiah ini, tetapi juga menjadi bekal berharga bagi penulis dalam mengembangkan kemampuan berpikir ilmiah dan profesionalisme di masa mendatang.
6. Kepada seseorang yang tidak kalah penting kehadirannya, Muhammad Zarith Zainudin. senantiasa berjalan di sisi penulis, terima kasih karena telah menjadi tempat pulang di tengah lelahnya perjalanan ini. Terima kasih atas kesabaran yang tak pernah habis, dukungan yang tak pernah putus, serta keyakinan yang selalu diberikan bahkan ketika penulis meragukan diri sendiri. Untuk setiap doa yang diam-diam dipanjatkan, setiap perhatian yang diberikan tanpa diminta, dan setiap langkah yang ditempuh bersama selama

proses ini, penulis menyampaikan rasa syukur yang tak terhingga. Tidak semua bentuk dukungan dapat terlihat oleh orang lain, namun penulis merasakan setiap ketulusan yang diberikan. Di balik selesainya skripsi ini, terdapat banyak waktu, perhatian, pengertian, dan pengorbanan yang turut menyertai perjalanan ini. Terima kasih karena telah menjadi penyemangat pada hari-hari yang berat, pendengar yang baik di saat penulis membutuhkan, dan alasan untuk terus bangkit ketika keadaan terasa sulit. Ketulusan dan kehadiranmu akan selalu menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari cerita di balik pencapaian ini.

7. Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Fadhila Nur Nadiyah, Muchammad Ikmal Abdillah, dan Andi Muhammad Tri M selaku sahabat-sahabat yang hadir melalui ruang virtual, namun memberikan dukungan yang begitu nyata dalam kehidupan penulis. Kepada sahabat-sahabat yang mungkin belum banyak berbagi ruang yang sama dengan penulis, namun selalu hadir dalam setiap cerita dan perjuangan, terima kasih atas segala dukungan, perhatian, dan ketulusan yang diberikan. Jarak tidak pernah mengurangi arti kehadiran kalian. Di balik layar dan ribuan percakapan yang terjalin, kalian telah menjadi tempat untuk berbagi tawa, menghapus lelah, dan menemukan kembali semangat ketika keadaan terasa berat. Kehadiran kalian menjadi salah satu bagian berharga dalam perjalanan panjang hingga skripsi ini dapat terselesaikan.
8. Kepada sahabat yang selalu berada di sisi penulis, Ayunda Novita Sari terima kasih atas setiap doa, dukungan, perhatian, dan kebersamaan yang diberikan selama perjalanan ini. Terima kasih karena selalu hadir, baik di saat bahagia maupun ketika keadaan terasa sulit. Untuk setiap tawa yang mengurangi beban, setiap nasihat yang menenangkan, dan setiap semangat yang menguatkan, penulis akan selalu mengenangnya dengan penuh rasa syukur. Kehadiran kalian menjadi salah satu bagian terindah dan paling berharga dalam perjalanan hingga terselesainya skripsi ini.
9. Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri yang telah berjuang hingga sejauh ini. Terima kasih karena tetap bertahan pada hari-hari

yang sulit, tetap melangkah meskipun sering merasa lelah, dan tetap percaya bahwa semua proses ini akan menemukan akhirnya. Tidak semua perjuangan terlihat oleh orang lain, tetapi setiap usaha, air mata, doa, dan pengorbanan yang telah dilalui menjadi alasan mengapa pencapaian ini begitu berarti. Hari ini, penulis memilih untuk bangga pada diri sendiri karena telah berhasil sampai pada titik ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih memiliki berbagai keterbatasan dan belum sepenuhnya mencapai kesempurnaan. Oleh sebab itu, penulis sangat mengharapkan adanya kritik serta saran yang bersifat konstruktif sebagai bahan evaluasi untuk memperbaiki dan menyempurnakan skripsi maupun pelaksanaan penelitian pada masa yang akan datang. Penulis berharap karya ilmiah ini dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi pembaca serta menjadi dasar awal bagi pengembangan penelitian selanjutnya.

Medan, 18 Juli 2026
Penulis



Sopia Salsabila Hasibuan
NPM. 2108260161

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Sophia Salsabila Hasibuan
NPM : 2108260161
Fakultas : Pendidikan Dokter

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Non eksklusif atas skripsi saya yang berjudul “Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Terjadinya Depresi Postpartum”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan

Pada tanggal : 18 Juli 2026

Yang menyatakan



Sopia Salsabila Hasibuan

ABSTRAK

Depresi postpartum merupakan kondisi psikologis yang dapat muncul setelah persalinan dan berpotensi memengaruhi kesehatan ibu, kemampuan dalam merawat bayi, serta proses tumbuh kembang anak. Usia ibu menjadi salah satu faktor yang diduga berkaitan dengan risiko depresi postpartum, khususnya pada ibu berusia <20 tahun atau >35 tahun. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara usia ibu dengan risiko depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai. Penelitian menggunakan metode analitik observasional dengan desain *cross-sectional* terhadap 75 ibu postpartum yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara dan Puskesmas Bromo Kecamatan Medan Denai. Penilaian risiko depresi postpartum menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dengan *cut-off point* ≥ 10 .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia 20–35 tahun sebanyak 53 orang (70,7%), sedangkan responden berusia >35 tahun sebanyak 20 orang (26,7%) dan usia <20 tahun sebanyak 2 orang (2,7%). Sebanyak 32 responden (42,7%) termasuk dalam kategori berisiko mengalami depresi postpartum. Rata-rata skor EPDS yang diperoleh adalah $9,11 \pm 5,213$, dengan skor berkisar antara 2 hingga 24. Analisis menggunakan *Fisher's Exact Test* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara usia ibu dan risiko depresi postpartum dengan nilai $p = 0,000$. Nilai Cramer's V sebesar 0,514 menunjukkan tingkat hubungan yang kuat.

Ibu yang berada dalam kelompok usia berisiko tinggi (<20 tahun atau >35 tahun) diketahui mempunyai peluang 12,50 kali lebih besar mengalami risiko depresi postpartum dibandingkan ibu berusia 20–35 tahun (OR = 12,50; 95% CI: 3,62–43,10). Dengan demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa usia ibu memiliki hubungan yang bermakna dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai. Temuan ini menunjukkan pentingnya perhatian terhadap kelompok ibu dengan usia berisiko melalui pemantauan kondisi psikologis dan skrining depresi postpartum secara tepat.

Kata kunci : Usia Ibu; Depresi Postpartum; EPDS; Faktor Risiko; Medan Denai

ABSTRACT

child's growth and development. Maternal age is considered one of the factors potentially associated with the risk of postpartum depression, particularly among mothers aged <20 years or >35 years. This study aimed to analyze the relationship between maternal age and the risk of postpartum depression in Medan Denai District. This study employed an observational analytic method with a cross-sectional design involving 75 postpartum mothers who gave birth at Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara and Puskesmas Bromo, Medan Denai District. The risk of postpartum depression was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with a cut-off point of ≥ 10 .

The results showed that the majority of respondents were aged 20–35 years, comprising 53 respondents (70.7%), while 20 respondents (26.7%) were aged >35 years and 2 respondents (2.7%) were aged <20 years. A total of 32 respondents (42.7%) were identified as being at risk of postpartum depression. The mean EPDS score was 9.11 ± 5.213 , with scores ranging from 2 to 24. Fisher's Exact Test indicated a statistically significant relationship between maternal age and the risk of postpartum depression ($p = 0.000$). The Cramer's V value of 0.514 indicated a strong association between the two variables.

Mothers in the high-risk age group (<20 years or >35 years) had 12.50 times higher odds of being at risk of postpartum depression compared with mothers aged 20–35 years (OR = 12.50; 95% CI: 3.62–43.10). Therefore, maternal age was significantly associated with the risk of postpartum depression in Medan Denai District. These findings highlight the importance of providing psychological monitoring and appropriate postpartum depression screening, particularly for mothers in high-risk age groups.

Keywords : Maternal Age; Postpartum Depression; EPDS; Risk Factors; Medan Denai

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.1.1. Tujuan Umum	4
1.1.2. Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Depresi Postpartum	6
2.1.1 Definisi Depresi Postpartum.....	6
2.1.2 Epidemiologi Depresi Postpartum.....	8
2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko Depresi Postpartum	9
2.1.4 Patofisiologi Depresi Postpartum	13
2.1.5 Manifestasi Klinis Depresi Postpartum	17
2.1.6 Diagnosis Klinis dan Instrumen Skrining.....	18
2.2 Usia Ibu	19
2.2.1 Definisi dan Klasifikasi Usia Reproduksi.....	19
2.2.2 Usia Ibu dan Kesehatan Maternal.....	22
2.2.3 Usia Ibu sebagai Faktor Risiko Gangguan Psikologis Postpartum.....	25
2.3 Kerangka Teori	29
2.4 Kerangka Konsep.....	30
2.4 Hipotesis	30
BAB 3 METODE PENELITIAN	31
3.1 Defenisi Operasional	31
3.2 Jenis Penelitian	31
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian	32
3.3.1 Waktu Penelitian	32
3.3.2 Tempat Penelitian.....	33
3.4 Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
3.4.1 Populasi Penelitian	33
3.4.2 Sampel Penelitian.....	33
3.4.3 Besar Sampel.....	34
3.4.4 Teknik Pengambilan Sampel	35
3.5 Teknik Pengumpulan Data	35

3.5.1 Jenis Data	35
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	36
3.5.3 Instrumen Penelitian	38
3.6 Pengolahan Dan Analisis Data	39
3.6.1 Pengambilan Data	39
Analisis Data	39
3.7 Alur Penelitian.....	40
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	42
4.1 Hasil.....	42
4.1.1. Analisis Univariat.....	42
4.1.2. Analisis Bivariat.....	43
4.1 Pembahasan	46
4.1.1. Distribusi Kelompok Usia Ibu	46
4.1.2. Prevalensi Depresi Postpartum	46
4.1.3. Hubungan Usia Ibu dengan Depresi Postpartum	48
4.1.4. Keterbatasan Penelitian	50
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	52
5.1 Kesimpulan.....	52
5.2 Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	25
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	26
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	27
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kelompok Usia Ibu (n=75)	38
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Depresi Postpartum Berdasarkan Skor EPDS (n=75)	39
Tabel 4.3 Hubungan Kelompok Usia Ibu dengan Depresi Postpartum (n=75)	40
Tabel 4.4 Tabulasi Silang Usia Risiko dengan Depresi Postpartum (n=75).....	41

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan mental ibu setelah melahirkan merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan maternal, tetapi aspek ini masih sering kurang mendapatkan perhatian. Depresi postpartum merupakan gangguan suasana hati yang dapat muncul setelah persalinan dan ditandai oleh berbagai gejala, antara lain perasaan sedih yang menetap, kecemasan, berkurangnya minat atau rasa senang, perubahan pola tidur dan nafsu makan, kelelahan, perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan, serta gangguan konsentrasi yang berlangsung selama lebih dari dua minggu.¹ Kondisi tersebut perlu dibedakan dari *baby blues* yang umumnya bersifat ringan, berlangsung sementara, dan dapat membaik secara spontan dalam waktu sekitar 1–2 minggu. Berbeda dengan *baby blues*, depresi postpartum mempunyai gejala yang lebih berat dan menetap sehingga dapat menghambat kemampuan ibu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari serta merawat dirinya dan bayinya.²

Secara epidemiologis, depresi postpartum masih menjadi salah satu masalah kesehatan mental yang cukup sering ditemukan pada ibu setelah persalinan. Secara global, kondisi ini diperkirakan dialami oleh sekitar 10–20% ibu pada periode pascamelahirkan.¹ Di negara-negara kawasan Asia, prevalensinya menunjukkan variasi yang cukup luas, yaitu sekitar 15–30%, yang antara lain dipengaruhi oleh karakteristik populasi serta metode yang digunakan dalam mengidentifikasi depresi postpartum.^{3, 4} Di Indonesia, berbagai penelitian menunjukkan angka prevalensi yang berada pada kisaran 11,6–22,9%. Sementara itu, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi gangguan depresi pada perempuan Indonesia sebesar 7,4%, dengan 5,8% di antaranya terdapat pada kelompok wanita usia subur.⁵ Kondisi gangguan psikologis pascapersalinan di Kota Medan juga perlu mendapat perhatian karena menunjukkan adanya permasalahan kesehatan mental maternal yang memerlukan kajian lebih lanjut, khususnya mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan

depresi postpartum.^{6,7}

Usia ibu merupakan salah satu karakteristik yang berpotensi berperan dalam munculnya depresi postpartum. Kelompok ibu dengan usia yang lebih muda telah dilaporkan mempunyai kerentanan lebih besar terhadap gangguan psikologis setelah persalinan.⁸ Pada ibu usia muda, proses penyesuaian terhadap peran baru sebagai seorang ibu dapat menjadi tantangan tersendiri, terutama ketika kesiapan psikologis dalam menghadapi perubahan kehidupan belum optimal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu berusia remaja atau kurang dari 20 tahun mempunyai risiko sekitar 1,3–2 kali lebih besar mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu yang berada pada rentang usia reproduksi optimal, yaitu 20–35 tahun.⁹ Kerentanan tersebut juga dapat diperkuat oleh sejumlah kondisi lain, seperti kehamilan yang tidak direncanakan, keterbatasan kondisi sosial ekonomi, rendahnya dukungan sosial, serta adanya stigma di lingkungan sekitar.^{10,11}

Risiko gangguan psikologis pascapersalinan juga perlu diperhatikan pada ibu dengan usia maternal lanjut, yaitu usia ≥ 35 tahun. Pada kelompok ini, kehamilan dapat disertai dengan kemungkinan komplikasi obstetrik yang lebih besar, seperti diabetes gestasional, hipertensi selama kehamilan, persalinan prematur, maupun persalinan melalui operasi sesar. Kondisi tersebut dapat menjadi sumber tekanan tambahan selama kehamilan dan setelah persalinan sehingga berpotensi memengaruhi kondisi psikologis ibu. Selain faktor medis, kekhawatiran terhadap kondisi janin, kemungkinan kelainan kromosom, serta tuntutan dalam mengatur kehidupan keluarga dan pekerjaan juga dapat menjadi faktor psikososial yang perlu diperhatikan. Walaupun ibu pada usia lebih lanjut pada umumnya dapat memiliki kematangan emosional dan kondisi finansial yang lebih stabil dibandingkan ibu remaja, faktor biologis dan berbagai tekanan yang berkaitan dengan kehamilan tetap dapat meningkatkan kerentanan terhadap gangguan mood pascapersalinan.^{10,11}

Keterkaitan antara usia maternal dan depresi postpartum tidak dapat dipandang hanya dari satu faktor karena melibatkan berbagai komponen yang saling berinteraksi. Pendekatan biopsikososial memandang bahwa munculnya depresi postpartum pada kelompok usia yang berbeda dapat dipengaruhi oleh

kombinasi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Faktor tersebut mencakup perubahan hormonal, kondisi biologis ibu, kesiapan psikologis dalam menjalankan peran sebagai orang tua, dukungan sosial, keadaan ekonomi, serta lingkungan dan budaya tempat ibu tinggal. Hasil penelitian di Indonesia mengenai hubungan usia ibu dengan depresi postpartum juga masih menunjukkan temuan yang beragam. Sebagian penelitian melaporkan adanya hubungan yang bermakna, sedangkan penelitian lainnya tidak menemukan hubungan yang signifikan. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa penelitian dengan mempertimbangkan karakteristik populasi dan kondisi lokal masih diperlukan.^{10, 11}

Khusus di Kecamatan Medan Denai, informasi mengenai prevalensi depresi postpartum serta keterkaitannya dengan kelompok usia ibu masih belum memadai. Penelitian sebelumnya umumnya dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu sehingga belum sepenuhnya menggambarkan kondisi ibu postpartum di wilayah Kecamatan Medan Denai secara keseluruhan. Oleh karena itu, penelitian yang melibatkan cakupan fasilitas kesehatan yang lebih luas di wilayah tersebut diperlukan agar diperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai kondisi depresi postpartum dan faktor usia ibu.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan antara usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai. Data penelitian diperoleh dari ibu postpartum yang menjadi responden pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ditentukan dalam penelitian. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi berbasis bukti mengenai kelompok usia yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap depresi postpartum. Informasi tersebut selanjutnya dapat menjadi dasar dalam penguatan upaya skrining, deteksi dini, dan intervensi preventif yang lebih terarah, sehingga pelayanan kesehatan mental maternal di Kecamatan Medan Denai dapat ditingkatkan dan upaya pencegahan depresi postpartum dapat dilakukan secara lebih optimal.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara usia ibu dengan risiko terjadinya depresi

postpartum di Kecamatan Medan Denai?

1.3 Tujuan Penelitian

1.1.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai.

1.1.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi distribusi usia ibu yang melahirkan di Kecamatan Medan Denai.
2. Mengidentifikasi prevalensi risiko depresi postpartum berdasarkan EPDS di Kecamatan Medan Denai.
3. Menganalisis hubungan antara kategori usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini akan memperkaya khazanah ilmu pengetahuan kesehatan maternal dengan menghasilkan bukti empiris mengenai hubungan spesifik antara usia ibu dengan risiko depresi postpartum dalam konteks populasi Indonesia, khususnya di wilayah Medan Denai. Temuan ini akan berkontribusi pada pengembangan teori kesehatan mental perinatal dan menjadi referensi penting untuk penelitian lanjutan tentang faktor-faktor risiko gangguan psikologis pascapartum di Indonesia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkuat basis data ilmiah untuk pengembangan model prediksi dan strategi intervensi depresi postpartum yang sesuai dengan karakteristik demografi dan sosial budaya masyarakat Indonesia, sekaligus mengisi kesenjangan literatur mengenai kesehatan mental maternal di wilayah Sumatera Utara.

2. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini memberikan informasi penting kepada masyarakat,

khususnya calon ibu dan keluarga, mengenai kelompok usia yang berisiko tinggi mengalami depresi postpartum sehingga dapat meningkatkan kewaspadaan dan kesadaran akan pentingnya dukungan psikososial pada masa pascamelahirkan. Masyarakat akan mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang depresi postpartum sebagai kondisi yang memerlukan perhatian medis, sehingga dapat mengurangi stigma dan meningkatkan kepekaan terhadap kesehatan mental ibu pascamelahirkan. Informasi mengenai hubungan usia dengan risiko depresi postpartum dapat menjadi dasar bagi program edukasi kesehatan reproduksi dan persiapan kehamilan yang lebih komprehensif, terutama bagi kelompok usia berisiko tinggi, serta mendorong terciptanya sistem dukungan sosial yang lebih solid dalam keluarga dan komunitas untuk mencegah gangguan psikologis pascapartum yang lebih serius.

3. Manfaat bagi pelayan Kesehatan

Penelitian ini menyediakan landasan evidence-based bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko tinggi mengalami depresi postpartum berdasarkan kategori usia, sehingga dapat melakukan skrining dan deteksi dini secara lebih terarah dan efektif. Hasil penelitian dapat diintegrasikan ke dalam protokol pelayanan kesehatan maternal di fasilitas kesehatan di Kecamatan Medan Denai, memungkinkan pengembangan sistem early warning dan intervensi preventif yang lebih sistematis untuk mencegah perkembangan depresi postpartum yang lebih berat. Tenaga kesehatan akan memiliki acuan untuk memprioritaskan alokasi sumber daya dan perhatian khusus kepada kelompok ibu dengan usia berisiko tinggi, serta dapat merancang program edukasi antenatal dan postnatal yang lebih personal dan efektif. Temuan ini juga mendukung implementasi pendekatan pelayanan kesehatan maternal yang holistik, yang tidak hanya fokus pada kesehatan fisik tetapi juga kesehatan mental ibu, sejalan dengan standar pelayanan kesehatan ibu dan anak yang berkualitas dan prinsip family-centered care.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi Postpartum

2.1.1 Definisi Depresi Postpartum

Depresi postpartum merupakan kondisi gangguan suasana hati yang muncul setelah proses persalinan dan dapat ditandai oleh berbagai gejala psikologis maupun fisik. Gejala tersebut meliputi perasaan sedih yang menetap, berkurangnya ketertarikan atau kemampuan merasakan kesenangan, perubahan pola tidur dan nafsu makan, kelelahan, munculnya perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan, serta gangguan dalam berkonsentrasi. Pada kondisi yang berat, gangguan ini juga dapat disertai munculnya pikiran untuk melukai diri sendiri maupun bayinya.¹²

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), depresi postpartum termasuk dalam kategori *major depressive disorder with peripartum onset* atau gangguan depresi mayor dengan onset peripartum. Kondisi tersebut dapat muncul ketika ibu masih berada dalam masa kehamilan maupun dalam kurun waktu empat minggu setelah melahirkan.^{13,14}

Depresi postpartum perlu dibedakan dari *baby blues* atau sindrom kesedihan pascamelahirkan yang umumnya bersifat ringan, berlangsung sementara, dan dapat mengalami perbaikan secara spontan dalam waktu sekitar 1–2 minggu. Depresi postpartum mempunyai gejala yang lebih menetap dan berat, dengan durasi lebih dari dua minggu, serta dapat menghambat aktivitas sehari-hari dan kemampuan ibu dalam memberikan perawatan kepada bayinya. Menurut kriteria DSM-5, diagnosis gangguan depresi mayor ditegakkan apabila terdapat sedikitnya lima dari sembilan gejala utama yang berlangsung sekurang-kurangnya selama dua minggu dan menimbulkan gangguan yang bermakna terhadap fungsi kehidupan sehari-hari.¹⁴

Perbedaan Postpartum Depression dengan *Baby Blues Syndrome*

Pembedaan antara *Baby Blues Syndrome* dan *postpartum depression*

(PPD) perlu dilakukan karena keduanya mempunyai perbedaan dalam hal waktu munculnya gejala, lama berlangsungnya kondisi, tingkat keparahan, serta dampaknya terhadap fungsi ibu. *Postpartum depression* merupakan salah satu bentuk gangguan depresi mayor yang dapat terjadi pada periode perinatal dan penegakan diagnosisnya mengacu pada kriteria yang ditetapkan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.¹⁵

Perbedaan pertama dapat dilihat berdasarkan waktu muncul dan lamanya gejala. *Baby Blues Syndrome* umumnya mulai dirasakan sekitar 2–3 hari setelah persalinan dan biasanya mengalami perbaikan dalam waktu kurang dari dua minggu. Sebaliknya, PPD dapat timbul pada berbagai waktu selama 12 bulan pertama setelah kelahiran dan gejalanya dapat menetap lebih dari dua minggu. Apabila tidak memperoleh penanganan yang sesuai, kondisi tersebut dapat berlangsung selama beberapa bulan bahkan lebih lama.¹⁴ Perbedaan kedua berkaitan dengan tingkat keparahan dan pengaruhnya terhadap fungsi ibu. Pada *Baby Blues Syndrome*, gejala umumnya relatif ringan dan tidak sampai menyebabkan gangguan bermakna terhadap aktivitas sehari-hari. Sementara itu, PPD dapat menimbulkan gejala yang lebih berat sehingga menghambat aktivitas rutin ibu serta kemampuannya dalam memberikan perawatan kepada bayi.¹⁶

Perbedaan ketiga berkaitan dengan aspek diagnostik. *Baby Blues Syndrome* tidak menggunakan persyaratan jumlah gejala sebagaimana yang ditetapkan untuk diagnosis gangguan depresi mayor. Berdasarkan DSM-5-TR, diagnosis *major depressive disorder with peripartum onset* memerlukan keberadaan sedikitnya lima dari sembilan gejala karakteristik yang berlangsung sekurang-kurangnya selama dua minggu dan menimbulkan gangguan yang bermakna terhadap fungsi kehidupan sehari-hari.¹⁴ Perbedaan keempat terdapat pada pendekatan penatalaksanaannya. Pada *Baby Blues Syndrome*, penanganan umumnya berfokus pada pemberian dukungan psikososial, edukasi, dan *reassurance*, sedangkan PPD dapat membutuhkan penanganan yang lebih intensif, termasuk penggunaan obat antidepresan dan/atau psikoterapi yang terstruktur sesuai dengan kondisi ibu.¹⁷

2.1.2 Epidemiologi Depresi Postpartum

1. Prevalensi Global

Depresi postpartum merupakan salah satu permasalahan kesehatan mental yang cukup banyak ditemukan pada perempuan setelah persalinan. Secara umum, sekitar 10–20% ibu pascamelahirkan mengalami kondisi tersebut. Hasil systematic review dan meta-analisis yang dilakukan oleh Shorey dkk. (2018), dengan mencakup 291 penelitian dari 56 negara, menunjukkan bahwa prevalensi depresi postpartum secara global mencapai 17%. Meskipun demikian, angka tersebut menunjukkan variasi yang cukup besar antarnegara, yaitu berkisar antara 3% hingga 38%.^{2,18} Perbedaan prevalensi tersebut dapat berkaitan dengan karakteristik populasi dan kondisi masing-masing wilayah yang menjadi lokasi penelitian.

2. Prevalensi di Asia

Di wilayah Asia, kejadian depresi postpartum juga menunjukkan angka yang beragam. Prevalensinya dilaporkan berada pada kisaran 15–30%, bergantung pada negara serta metode yang digunakan untuk melakukan pengukuran dalam penelitian.¹⁹ Beberapa penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian dapat lebih tinggi pada masyarakat yang masih menghadapi stigma terhadap masalah kesehatan mental serta memiliki keterbatasan dalam memperoleh pelayanan kesehatan mental.¹⁹

Keragaman prevalensi depresi postpartum di negara-negara Asia juga tidak terlepas dari pengaruh sosial dan budaya. Beberapa faktor yang dapat berperan antara lain adanya praktik pantang setelah persalinan, pola dukungan keluarga terutama dari keluarga besar (*extended family*), penerapan kepercayaan tradisional dalam perawatan ibu setelah melahirkan, serta stigma yang berkaitan dengan gangguan kesehatan mental. Kondisi tersebut tidak hanya dapat memengaruhi munculnya gangguan psikologis, tetapi juga dapat berpengaruh terhadap kecenderungan ibu dalam melaporkan gejala dan mencari pertolongan.¹⁹

3. Prevalensi di Indonesia

Di Indonesia, berbagai penelitian menunjukkan bahwa prevalensi depresi postpartum berada pada rentang 11,6–22,9% pada berbagai wilayah penelitian. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Nurbaeti dkk. (2019) di Jakarta Selatan mendapatkan prevalensi sebesar 22,9% berdasarkan pengukuran menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dengan nilai *cut-off* ≥ 10 .²⁰ Penelitian lain yang dilakukan di sejumlah wilayah Indonesia juga menunjukkan angka kejadian yang relatif konsisten, yaitu sekitar 15–25%.⁸

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi gangguan depresi pada perempuan di Indonesia tercatat sebesar 7,4%, sedangkan sebesar 5,8% terdapat pada kelompok wanita usia subur.⁵ Temuan mengenai prevalensi depresi postpartum yang lebih tinggi dibandingkan prevalensi gangguan depresi pada populasi umum menunjukkan bahwa masa setelah persalinan merupakan salah satu periode yang memiliki kerentanan terhadap munculnya gangguan suasana hati pada perempuan.

2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko Depresi Postpartum

Penyebab depresi postpartum tidak berasal dari satu faktor tertentu, melainkan merupakan kondisi yang bersifat multifaktorial. Perkembangan gangguan ini dipengaruhi oleh hubungan yang kompleks antara aspek biologis, psikologis, dan sosial. Meskipun mekanisme terjadinya depresi postpartum belum dapat dijelaskan secara menyeluruh, berbagai penelitian menunjukkan bahwa kombinasi faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan kerentanan ibu terhadap gangguan depresi pada masa setelah persalinan.²¹

1. Faktor Hormonal

Perubahan hormonal yang terjadi secara cepat setelah proses persalinan merupakan salah satu aspek biologis yang berperan dalam munculnya depresi postpartum. Selama kehamilan, konsentrasi hormon estrogen dan progesteron mengalami peningkatan yang cukup besar. Setelah plasenta dilahirkan, kedua

hormon tersebut mengalami penurunan secara drastis.²¹ Perubahan hormonal yang cepat tersebut dapat memengaruhi sistem neurotransmitter di otak, khususnya serotonin dan dopamin, yang memiliki peran dalam pengaturan suasana hati.²¹

Selain perubahan hormonal, adanya riwayat gangguan mood sebelumnya juga menjadi salah satu faktor biologis yang kuat. Perempuan yang pernah mengalami depresi mayor atau gangguan bipolar mempunyai risiko sekitar 30–35% untuk mengalami depresi postpartum, sedangkan risiko pada populasi umum diperkirakan sekitar 10–15%. Riwayat depresi postpartum pada kehamilan sebelumnya juga dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kekambuhan hingga sekitar 40–50% pada kehamilan berikutnya.²¹

2. Faktor Psikologis

Kondisi psikologis ibu turut memberikan kontribusi terhadap perkembangan depresi postpartum. Beberapa keadaan psikologis yang dapat meningkatkan risiko antara lain kecemasan selama kehamilan, pengalaman stres kehidupan yang berat (*life stress events*), harapan yang tidak realistis mengenai peran sebagai ibu, ketidakpastian dalam menjalankan perawatan bayi terutama pada ibu yang baru pertama kali melahirkan, serta adanya perbedaan antara harapan dan kenyataan selama menjalani peran sebagai ibu. Selain itu, tingkat kematangan psikologis yang belum optimal, khususnya pada ibu usia muda, juga dapat menjadi faktor yang berpengaruh.²²

Ibu yang mengalami kecemasan dalam tingkat tinggi selama masa kehamilan dilaporkan mempunyai kemungkinan sekitar 2–3 kali lebih besar mengalami depresi postpartum.²³ Gambaran ideal mengenai sosok ibu yang berkembang di lingkungan masyarakat juga dapat membentuk harapan yang terlalu tinggi. Ketika pengalaman nyata setelah melahirkan tidak sesuai dengan gambaran tersebut, ibu dapat mengalami kekecewaan, perasaan tidak mampu, atau menganggap dirinya gagal dalam menjalankan peran sebagai seorang ibu.²³

3. Faktor Sosial

Lingkungan sosial mempunyai peranan penting dalam menjaga kondisi psikologis ibu setelah persalinan. Dukungan yang diperoleh dari pasangan dan anggota keluarga dapat berfungsi sebagai faktor pelindung terhadap depresi

postpartum. Sebaliknya, keterbatasan atau tidak adanya dukungan sosial dapat meningkatkan kerentanan ibu terhadap gangguan depresi setelah melahirkan.²⁴

Dalam konteks Indonesia, sejumlah penelitian menunjukkan adanya hubungan antara dukungan suami dengan kejadian depresi postpartum. Penelitian Nurbaeti dkk. (2019) menunjukkan bahwa kurangnya dukungan pasangan berhubungan dengan peningkatan risiko depresi postpartum dengan OR=4,2 (95% CI 1,8–9,8), sedangkan kurangnya dukungan keluarga memiliki OR=3,1 (95% CI 1,3–7,4).²⁰

Keadaan sosial ekonomi juga dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu. Kondisi ekonomi yang rendah, ketidakpastian finansial, serta kekhawatiran mengenai kebutuhan dan biaya perawatan bayi dapat menambah tekanan psikososial pada masa pascapersalinan. Selain itu, keterasingan dari lingkungan sosial, konflik dalam hubungan perkawinan, dan kondisi pernikahan yang tidak stabil juga dilaporkan berkaitan dengan peningkatan risiko depresi postpartum.²⁵

4. Faktor Obstetrik

Kondisi yang berkaitan dengan kehamilan dan proses persalinan juga dapat berkontribusi terhadap munculnya depresi postpartum. Beberapa keadaan seperti persalinan yang berlangsung lama atau sulit, persalinan dengan tindakan tertentu, operasi sesar yang dilakukan secara darurat, serta komplikasi medis selama kehamilan atau persalinan dapat memberikan tekanan fisik dan psikologis tambahan kepada ibu sehingga berpotensi meningkatkan risiko gangguan depresi setelah melahirkan.²⁶

Hasil meta-analisis Biaggi dkk. (2016) menunjukkan adanya keterkaitan antara komplikasi obstetrik, kehamilan yang tidak direncanakan, dan kelahiran prematur dengan peningkatan risiko depresi postpartum. Meskipun demikian, besarnya pengaruh faktor obstetrik tersebut secara umum dilaporkan lebih rendah dibandingkan kontribusi faktor psikososial serta riwayat gangguan mood sebelumnya.²⁷

5. Faktor Demografi

Karakteristik demografi ibu juga menjadi salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam memahami faktor risiko depresi postpartum. Beberapa

karakteristik yang telah dikaji meliputi usia, paritas, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan.

a. Usia

Usia maternal merupakan faktor yang kompleks dalam kaitannya dengan risiko depresi postpartum. Kelompok ibu berusia muda, khususnya yang berusia kurang dari 20 tahun, dilaporkan mempunyai risiko yang lebih tinggi. Meta-analisis Rahim dkk. (2024) menunjukkan bahwa kehamilan pada usia remaja berkaitan dengan peningkatan risiko depresi dengan RR 1,34 (95% CI 1,05–1,72).²² Kondisi tersebut dapat berkaitan dengan berbagai tantangan yang dihadapi ibu muda, seperti kesiapan psikologis yang belum optimal, keterbatasan dukungan sosial maupun finansial, serta stigma dari lingkungan sosial.²²

Selain kelompok usia muda, ibu dengan usia maternal lanjut (≥ 35 tahun) juga dapat mengalami peningkatan risiko depresi postpartum. Pada kelompok ini, faktor yang berpotensi berperan antara lain meningkatnya kemungkinan komplikasi obstetrik, kekhawatiran mengenai kondisi kesehatan janin, serta tuntutan dalam mengatur tanggung jawab keluarga dan pekerjaan.²²

b. Paritas

Jumlah pengalaman melahirkan juga dapat berhubungan dengan risiko depresi postpartum. Beberapa penelitian melaporkan bahwa ibu primipara, yaitu ibu yang baru pertama kali melahirkan, dapat memiliki risiko yang lebih tinggi dibandingkan ibu multipara. Kondisi tersebut dapat dikaitkan dengan belum adanya pengalaman dalam merawat bayi, munculnya ketidakpastian dalam menghadapi berbagai situasi setelah persalinan, serta kebutuhan untuk beradaptasi dengan peran baru sebagai seorang ibu.^{28, 29}

c. Pendidikan dan Pekerjaan

Tingkat pendidikan dan kondisi pekerjaan juga dapat menjadi karakteristik yang berkaitan dengan risiko depresi postpartum. Tingkat pendidikan yang lebih rendah serta kondisi ekonomi yang kurang menguntungkan dapat berhubungan dengan peningkatan risiko, antara lain karena keterbatasan

dalam memperoleh informasi kesehatan maupun akses terhadap sumber daya yang dibutuhkan oleh ibu.²

2.1.4 Patofisiologi Depresi Postpartum

Patofisiologi depresi postpartum merupakan proses yang melibatkan berbagai mekanisme neurobiologis dan hingga saat ini masih terus diteliti. Perkembangan kondisi tersebut tidak disebabkan oleh satu mekanisme tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi antara perubahan hormonal yang terjadi secara cepat setelah persalinan, gangguan fungsi neurotransmitter, perubahan kemampuan adaptasi dan neuroplastisitas otak, serta ketidakseimbangan pada sistem *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis.³⁰

1. Perubahan Hormonal Pascapartum

Setelah persalinan, khususnya setelah plasenta dikeluarkan, terjadi perubahan hormonal yang berlangsung sangat cepat. Selama kehamilan, kadar estrogen dan progesteron mengalami peningkatan yang besar, bahkan dapat mencapai sekitar 20–30 kali dibandingkan kondisi sebelum kehamilan. Setelah persalinan, kadar kedua hormon tersebut kemudian mengalami penurunan yang tajam dalam waktu sekitar 24–48 jam dan secara bertahap kembali mendekati kadar sebelum kehamilan.³⁰

Perubahan kadar hormon tersebut dapat memberikan pengaruh terhadap fungsi sistem saraf pusat. Estrogen diketahui mempunyai efek neuroprotektif dan berhubungan dengan sistem serotoninergik yang berperan dalam pengaturan suasana hati. Penurunan estrogen secara cepat setelah persalinan dapat mengganggu keseimbangan neurotransmitter dan selanjutnya berkontribusi terhadap munculnya perubahan suasana hati. Sementara itu, progesteron beserta metabolitnya, terutama allopregnanolone, berperan sebagai modulator positif alosterik pada reseptor GABA-A sehingga memberikan efek ansiolitik dan sedatif. Penurunan allopregnanolone secara cepat pada periode pascapersalinan diduga dapat menimbulkan perubahan pada sistem GABA yang berhubungan dengan munculnya kecemasan, iritabilitas, dan gangguan tidur.¹

Kortisol, yang merupakan salah satu hormon utama dalam respons tubuh terhadap stres dan dikendalikan oleh HPA axis, juga mengalami perubahan setelah

persalinan. Selama masa kehamilan, kadar kortisol meningkat sebagai bagian dari adaptasi fisiologis terhadap kehamilan. Setelah persalinan, kadar tersebut mengalami penurunan sehingga sistem HPA axis memerlukan proses penyesuaian kembali. Perubahan ini diduga dapat berperan terhadap kerentanan perubahan suasana hati pada periode awal pascapersalinan. Selain itu, penurunan secara tiba-tiba *corticotropin-releasing hormone* (CRH) yang sebelumnya diproduksi oleh plasenta juga dapat memengaruhi mekanisme pengaturan mood melalui perubahan sekresi *adrenocorticotrophic hormone* (ACTH).¹

Hormon prolaktin juga mengalami peningkatan setelah persalinan sebagai bagian dari proses fisiologis yang mendukung produksi ASI. Perubahan kadar prolaktin diduga mempunyai hubungan dengan kondisi emosional ibu, meskipun kontribusi spesifik hormon tersebut terhadap terjadinya depresi postpartum masih memerlukan penelitian lebih lanjut.¹

2. Mekanisme Neurobiologis

Perubahan hormonal setelah persalinan dapat diikuti oleh berbagai perubahan neurobiologis pada otak yang berhubungan dengan pengaturan suasana hati, proses kognitif, dan perilaku. Hasil penelitian neuroimaging menunjukkan bahwa periode postpartum berkaitan dengan perubahan struktur maupun fungsi sejumlah wilayah otak yang berperan dalam regulasi emosi. Beberapa bagian yang mendapat perhatian antara lain *amygdala*, *hippocampus*, *prefrontal cortex*, dan *striatum*.³¹

Pada perempuan yang mengalami depresi postpartum, pemeriksaan menggunakan *functional magnetic resonance imaging* (fMRI) menunjukkan adanya perubahan respons otak terhadap rangsangan emosional maupun stimulus yang berkaitan dengan penghargaan atau *reward*. Temuan tersebut menunjukkan adanya kemungkinan gangguan pada proses pengolahan emosi dan sistem *reward*. Selain itu, berbagai wilayah otak yang berhubungan dengan perilaku maternal, pembentukan *attachment*, dan respons terhadap stres mengalami proses reorganisasi selama masa pascapersalinan. Gangguan dalam proses adaptasi neuroplastisitas tersebut diduga dapat berkontribusi terhadap munculnya depresi postpartum.³¹

Perubahan juga ditemukan pada hubungan fungsional antarkelompok jaringan otak. Beberapa jaringan yang menjadi perhatian meliputi *default mode network*, *salience network*, dan *executive control network*. Adanya perubahan pada jaringan tersebut menunjukkan bahwa depresi postpartum tidak hanya berkaitan dengan gangguan pada satu area otak, tetapi dapat melibatkan perubahan fungsi jaringan otak yang lebih luas.

3. Peran Neurotransmitter

Neurotransmitter merupakan salah satu komponen penting dalam mekanisme terjadinya depresi postpartum. Beberapa neurotransmitter yang banyak dikaitkan dengan kondisi ini adalah serotonin, dopamin, dan GABA.

a. Serotonin

Sistem serotoninergik mempunyai sensitivitas terhadap perubahan hormonal, terutama perubahan kadar estrogen. Penurunan estrogen setelah persalinan dapat memengaruhi produksi maupun aktivitas serotonin di otak sehingga berpotensi berkontribusi terhadap munculnya gejala depresi, iritabilitas, dan gangguan tidur. Penelitian menunjukkan bahwa pada perempuan tanpa depresi postpartum, kadar triptofan sebagai prekursor serotonin mengalami peningkatan dalam dua hari setelah persalinan. Sebaliknya, pada perempuan yang mengalami *postpartum blues*, kadar triptofan tidak mengalami peningkatan atau justru menurun, yang menunjukkan kemungkinan adanya perubahan dalam metabolisme serotonin.³⁰

Selain itu, aktivitas *monoamine oxidase A* (MAO-A) dilaporkan mengalami peningkatan pada periode awal setelah persalinan. Enzim tersebut berperan dalam proses degradasi serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Peningkatan aktivitas MAO-A dapat menyebabkan berkurangnya ketersediaan neurotransmitter monoamin di otak dan berpotensi berkontribusi terhadap munculnya gejala perubahan suasana hati.

b. Dopamin

Dopamin mempunyai peranan dalam proses motivasi, sistem *reward*, serta

perilaku maternal. Perubahan aktivitas sistem dopaminergik setelah persalinan dapat memengaruhi respons ibu terhadap bayinya dan berhubungan dengan munculnya gejala anhedonia atau berkurangnya kemampuan merasakan kesenangan yang dapat ditemukan pada depresi postpartum.³⁰

c. GABA

GABA merupakan neurotransmitter inhibitori utama dalam sistem saraf pusat dan aktivitasnya dipengaruhi oleh neurosteroid, salah satunya allopregnanolone. Penurunan kadar allopregnanolone secara cepat setelah persalinan dapat memengaruhi regulasi reseptor GABA-A. Perubahan tersebut dapat mengurangi mekanisme inhibisi saraf dan meningkatkan eksitabilitas neuron, yang selanjutnya dapat berhubungan dengan kecemasan, iritabilitas, serta peningkatan sensitivitas emosional.³⁰

4. Teori *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis*

HPA axis merupakan salah satu sistem neuroendokrin utama yang berperan dalam pengaturan respons tubuh terhadap stres. Selama kehamilan, terjadi perubahan aktivitas sistem tersebut yang ditandai dengan peningkatan CRH plasenta, kortisol, dan ACTH. Setelah persalinan dan keluarnya plasenta, kadar CRH mengalami penurunan yang cepat sehingga terjadi proses penyesuaian kembali pada regulasi HPA axis.³⁰

Ketidakteraturan fungsi HPA axis pada periode pascapersalinan dapat meningkatkan kerentanan ibu terhadap stres dan berpotensi berkontribusi terhadap perkembangan depresi postpartum. Kondisi tersebut dapat berkaitan dengan perubahan mekanisme umpan balik negatif pada sistem HPA axis maternal setelah hilangnya sumber CRH dari plasenta.³⁰

Respons setiap perempuan terhadap perubahan HPA axis tidak selalu sama. Faktor genetik, pengalaman stres sebelumnya, serta mekanisme epigenetik dapat memengaruhi sensitivitas individu terhadap perubahan tersebut. Hal ini dapat membantu menjelaskan mengapa tidak semua perempuan mengalami depresi postpartum meskipun pada dasarnya

seluruh ibu mengalami perubahan hormonal yang cukup besar setelah persalinan.³⁰

Selain mekanisme hormonal dan neuroendokrin, penelitian juga menunjukkan kemungkinan keterlibatan proses inflamasi dalam gangguan mood pada periode perinatal. Peningkatan sitokin proinflamasi, seperti IL-6 dan TNF- α , pada masa pascapersalinan diduga dapat memengaruhi fungsi neurotransmitter dan HPA axis sehingga berpotensi berkontribusi terhadap munculnya gejala depresi postpartum.

5. Kesimpulan Patofisiologi

Secara keseluruhan, depresi postpartum merupakan kondisi yang terbentuk melalui interaksi berbagai mekanisme biologis. Perubahan hormonal yang berlangsung cepat setelah persalinan, perubahan fungsi neurotransmitter, adaptasi neuroplastisitas otak, ketidakteraturan HPA axis, serta kemungkinan keterlibatan proses inflamasi merupakan beberapa mekanisme yang diduga berperan dalam perkembangan kondisi tersebut. Pemahaman terhadap mekanisme neurobiologis tersebut penting sebagai dasar dalam pengembangan pendekatan pencegahan, deteksi, dan intervensi depresi postpartum yang lebih efektif.

2.1.5 Manifestasi Klinis Depresi Postpartum

Manifestasi klinis depresi postpartum mencakup berbagai gejala emosional, kognitif, dan fisik yang mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari secara signifikan.³¹

Gejala Emosional

1. Kesedihan yang berkepanjangan (persistent sadness)
2. Kehilangan minat atau kegembiraan terhadap aktivitas yang biasanya disukai (anhedonia)
3. Perasaan tidak berharga atau bersalah berlebihan
4. Menangis tanpa sebab yang jelas atau menangis berlebihan
5. Iritabilitas dan mudah marah
6. Kecemasan berlebihan tentang kesehatan dan kesejahteraan bayi

7. Perasaan tidak mampu menjadi ibu yang baik
8. Dalam kasus berat, dapat muncul pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayi

Gejala Kognitif:

1. Kesulitan berkonsentrasi dan membuat keputusan
2. Gangguan memori
3. Pikiran yang berulang-ulang tentang kekhawatiran tertentu (ruminasi)
4. Kesulitan dalam bonding dengan bayi

Gejala Fisik:

1. Gangguan tidur yang tidak terkait dengan jadwal bayi (insomnia atau hypersomnia)
2. Perubahan nafsu makan (menurun atau meningkat)
3. Kelelahan ekstrem dan kehilangan energi
4. Keluhan somatik seperti sakit kepala, nyeri tubuh

Onset dan Durasi: Berbeda dengan baby blues yang muncul dalam 2-3 hari pascapartum dan menghilang dalam 2 minggu, depresi postpartum dapat muncul kapan saja dalam 12 bulan pertama setelah melahirkan, dengan puncak onset pada 4-6 minggu pascapartum.³² Gejala berlangsung lebih dari 2 minggu bisa juga berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun jika tidak ditangani.

2.1.6 Diagnosis Klinis dan Instrumen Skrining

Diagnosis agnosis depresi postpartum bersifat klinis, didasarkan pada kriteria DSM-5 untuk episode depresi mayor dengan onset peripartum. Diperlukan setidaknya lima dari sembilan gejala karakteristik (termasuk mood depresif atau anhedonia) yang terjadi dalam periode minimal dua minggu dan menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi kehidupan sehari-hari.¹⁴

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) merupakan instrumen skrining yang paling luas digunakan untuk mendeteksi risiko depresi postpartum. EPDS adalah kuesioner self-report yang terdiri dari 10 item yang dikembangkan secara spesifik untuk menilai gejala depresi pada periode perinatal oleh Cox dkk.

pada tahun 1987.^{31,33}

Setiap item EPDS dinilai dengan skala 0-3, memberikan total skor maksimal 30. Kuesioner ini dirancang untuk menilai bagaimana ibu merasa selama 7 hari terakhir. EPDS telah diterjemahkan dan divalidasi ke dalam lebih dari 50 bahasa dan telah digunakan secara luas di lebih dari 100 negara dengan berbagai latar belakang budaya.³¹

Validitas dan Reliabilitas: EPDS memiliki validitas dan reliabilitas yang sangat baik dalam mendeteksi depresi perinatal. Systematic review dan meta-analisis oleh Levis dkk. (2020) menemukan bahwa EPDS memiliki akurasi diagnostik yang sangat baik untuk mendeteksi depresi mayor pada wanita hamil dan postpartum.³⁴

Studi validasi oleh Park dan Kim (2023) yang menganalisis 17 studi menemukan bahwa pada 1.831 wanita hamil, pooled sensitivity dan specificity EPDS adalah 0,81 dan 0,87. Pada 515 wanita postpartum, pooled sensitivity, specificity adalah 0,79 dan 0,92.³⁵

Di Indonesia, EPDS telah diterjemahkan dan divalidasi dengan sensitivitas 75% dan spesifisitas 87% menggunakan cut-off ≥ 10 .³⁶

Cut-off Point: Cut-off point yang optimal untuk EPDS dapat bervariasi tergantung pada tujuan skrining:

EPDS ≥ 10 : Direkomendasikan untuk sensitivitas tinggi, mengidentifikasi sebanyak mungkin ibu yang berisiko

EPDS ≥ 11 : Memaksimalkan kombinasi sensitivitas dan spesifisitas

EPDS ≥ 13 : Spesifisitas lebih tinggi, untuk mengidentifikasi gejala yang lebih berat

Penting untuk dicatat bahwa EPDS adalah alat skrining, bukan alat diagnostik. Skor EPDS yang tinggi mengindikasikan kebutuhan untuk evaluasi klinis yang lebih komprehensif dan tidak secara otomatis berarti diagnosis depresi postpartum.³⁶

2.2 Usia Ibu

2.2.1 Definisi dan Klasifikasi Usia Reproduksi

Usia reproduksi merupakan fase kehidupan perempuan ketika secara biologis masih memungkinkan terjadinya kehamilan dan persalinan. Dalam bidang klinis, periode reproduktif pada umumnya mencakup usia 15–49 tahun. Pada rentang tersebut, sebagian besar perempuan masih mengalami siklus menstruasi secara teratur dan mempunyai kemampuan fisiologis untuk mengalami konsepsi.³⁷

Dalam perspektif kesehatan maternal, pembahasan mengenai usia reproduksi tidak hanya berhubungan dengan kemampuan biologis seorang perempuan untuk hamil, tetapi juga mencakup berbagai risiko yang dapat muncul selama kehamilan dan persalinan pada kelompok usia yang berbeda. Di negara-negara berpendapatan tinggi, terdapat kecenderungan peningkatan usia ibu ketika melahirkan. Lean dkk. (2017) melaporkan bahwa pada tahun 2013 sekitar 20% kelahiran di Inggris dan Wales terjadi pada perempuan berusia ≥ 35 tahun, sedangkan pada tahun 1980 proporsinya hanya sekitar 6%. Peningkatan tersebut terutama berkaitan dengan kecenderungan perempuan menunda kehamilan pertama karena pertimbangan gaya hidup maupun adanya masalah subfertilitas.³⁸

Seiring bertambahnya usia, kemampuan reproduksi perempuan juga mengalami perubahan. Attali dan Yogev (2021) melaporkan bahwa fertilitas mulai mengalami penurunan secara bertahap sejak sekitar usia 32 tahun, yang berkaitan dengan perubahan kualitas dan jumlah oosit. Penurunan *fecundability* menjadi lebih cepat ketika mencapai sekitar usia 37 tahun sehingga kebutuhan terhadap penggunaan teknologi reproduksi berbantu atau *assisted reproductive technology* (ART) dapat meningkat.³⁹

Kategori Usia Maternal

Berdasarkan literatur mengenai kesehatan maternal, kelompok usia ibu dapat dibagi menjadi tiga kategori utama. Masing-masing kelompok mempunyai karakteristik serta risiko kesehatan yang berbeda selama masa kehamilan dan persalinan.

1. Usia Remaja (<20 Tahun)

Kehamilan yang terjadi pada usia remaja dapat disertai dengan berbagai risiko kesehatan yang lebih tinggi. Penelitian retrospektif Khashan dkk. (2010)

menunjukkan bahwa kehamilan pada remaja, khususnya pada kehamilan pertama dan kedua, berkaitan dengan peningkatan kejadian kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah. Selain risiko obstetrik, remaja yang mengalami kehamilan sebelum usia 18 tahun juga lebih rentan menghadapi kekerasan dalam hubungan atau perkawinan serta stigma dari lingkungan sosial.^{4 0}

Dari aspek psikologis, masa transisi menuju peran sebagai ibu dapat menjadi tantangan tersendiri bagi perempuan usia remaja. Kesiapan dalam menghadapi tanggung jawab sebagai orang tua serta berbagai kondisi sosial yang menyertainya dapat memengaruhi kesehatan mental. Meta-analisis Rahim dkk. (2024) menunjukkan adanya hubungan bermakna antara kehamilan remaja dan depresi dengan nilai RR 1,34 (95% CI 1,05–1,72), meskipun penelitian tersebut tidak menemukan hubungan dengan kecemasan maupun ide bunuh diri.²² Penelitian lainnya menunjukkan bahwa ibu remaja mempunyai risiko sekitar dua kali lebih besar mengalami *postpartum depression* dibandingkan dengan ibu pada usia dewasa.^{4 1}

2. Usia Reproduksi Optimal (20–35 Tahun)

Rentang usia 20–35 tahun secara umum dipandang sebagai periode reproduksi yang relatif optimal. Kelompok usia ini dikaitkan dengan risiko komplikasi obstetrik yang lebih rendah serta luaran maternal dan perinatal yang lebih baik dibandingkan kelompok usia tertentu lainnya. Kenny dkk. (2013), melalui penelitian terhadap 215.344 kelahiran di Inggris, menemukan bahwa perempuan berusia 20–29 tahun mempunyai risiko komplikasi obstetrik yang lebih rendah dibandingkan beberapa kelompok usia lainnya.^{4 2}

Pada periode ini, perempuan pada umumnya telah mencapai perkembangan fisik dan fisiologis yang memadai untuk menjalani kehamilan. Kondisi tersebut berhubungan dengan risiko komplikasi tertentu, seperti preeklamsia, diabetes gestasional, dan masalah selama persalinan, yang relatif lebih rendah dibandingkan kelompok usia lainnya.^{4 2, 4 3}

3. Usia Maternal Lanjut (*Advanced Maternal Age*) (≥ 35 Tahun)

Kehamilan pada perempuan berusia 35 tahun atau lebih secara medis sering dikategorikan sebagai *advanced maternal age* (AMA). Kelompok ini

mempunyai risiko yang lebih tinggi terhadap sejumlah komplikasi obstetrik dan luaran kehamilan yang kurang menguntungkan. Meta-analisis Lean dkk. (2017), yang mencakup 63 studi kohort dan 12 studi *case-control*, menunjukkan bahwa AMA berkaitan dengan peningkatan risiko *stillbirth* dengan OR 1,75 (95% CI 1,62–1,89) serta *population attributable risk* sebesar 4,7%.³⁸

Temuan yang lebih baru juga menunjukkan adanya peningkatan risiko komplikasi pada kelompok usia maternal lanjut. Penelitian Yaman dkk. (2025) terhadap 711 perempuan di Turki menunjukkan bahwa perempuan berusia ≥ 40 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi secara signifikan untuk menjalani *cesarean section* serta mengalami diabetes gestasional, hipertensi gestasional, dan komplikasi perinatal dibandingkan perempuan berusia < 40 tahun. Penelitian yang dilakukan di Indonesia oleh Hadiwinata dkk. (2025) juga menunjukkan adanya hubungan antara AMA dan peningkatan komplikasi kehamilan berdasarkan penelitian pada tiga rumah sakit akademis di Indonesia.^{4 3, 4 4}

2.2.2 Usia Ibu dan Kesehatan Maternal

Usia maternal merupakan salah satu karakteristik yang berkaitan dengan kondisi kesehatan ibu selama periode kehamilan hingga pascapersalinan. Perbedaan usia dapat memengaruhi kondisi fisik dan psikologis ibu, sekaligus berkaitan dengan tingkat kesiapan dalam menjalankan peran sebagai orang tua. Pengaruh tersebut dapat terlihat pada aspek kesehatan fisik, kesehatan mental, kematangan psikologis, serta kesiapan sosial dalam menghadapi masa perinatal.

1. Pengaruh Usia terhadap Kesehatan Fisik Ibu

Keterkaitan usia maternal dengan kondisi kesehatan fisik tidak menunjukkan pola yang sederhana. Risiko tertentu dapat meningkat pada kelompok usia yang berada di kedua ujung rentang reproduktif. Berdasarkan penelitian kohort Kenny dkk. (2013) yang melibatkan 215.344 kelahiran, perempuan berusia ≥ 40 tahun mempunyai risiko lebih tinggi mengalami kelahiran prematur dengan RR 1,38 (95% CI 1,28–1,48), berat badan lahir rendah dengan RR 1,32 (95% CI 1,19–1,46), serta *stillbirth* dengan RR 1,65 (95% CI 1,39–1,96) dibandingkan perempuan berusia 20–29 tahun.^{4 2}

Hasil penelitian Rademaker dkk. (2021), yang menganalisis 3.700.326 kelahiran di Belanda, menunjukkan bahwa perempuan berusia >40 tahun, baik primigravida maupun multigravida, mempunyai risiko sekitar dua kali lebih tinggi terhadap beberapa kondisi, antara lain mortalitas perinatal, *cesarean section*, diabetes gestasional, gangguan hipertensi, dan skor Apgar rendah pada menit kelima. Pada perempuan berusia >45 tahun, risiko mortalitas perinatal dan diabetes gestasional dilaporkan hampir tiga kali lebih tinggi, sedangkan kemungkinan menjalani *cesarean section* mencapai sekitar enam kali lebih tinggi.²⁶

Pada kelompok *advanced maternal age* (AMA), peningkatan usia juga dapat disertai dengan kemungkinan lebih besar mengalami kondisi medis yang berkaitan dengan usia, seperti hipertensi kronis, diabetes melitus, dan penyakit kardiovaskular. Keberadaan kondisi tersebut dapat memberikan pengaruh terhadap luaran kehamilan.^{38, 44} Selain itu, Deng dkk. (2025), melalui penelitian terhadap 2.329 perempuan primipara AMA di China, menemukan bahwa kehamilan yang diperoleh melalui teknologi reproduksi berbantu (*assisted reproductive technology/ART*) pada kelompok tersebut berkaitan dengan risiko komplikasi obstetrik yang lebih tinggi dibandingkan kehamilan yang diperoleh melalui konsepsi spontan.⁴⁵

2. Pengaruh Usia terhadap Kesehatan Mental Ibu

Selain aspek fisik, usia ibu juga menjadi salah satu karakteristik yang perlu diperhatikan dalam kesehatan mental selama periode perinatal. Usia yang lebih muda pada masa kehamilan telah dikaitkan dengan peningkatan kerentanan terhadap *perinatal depression*. Hasil meta-analisis Rahim dkk. (2024) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kehamilan pada usia remaja dan peningkatan risiko depresi dengan RR 1,34 (95% CI 1,05–1,72). Risiko tersebut dapat tetap ditemukan hingga lebih dari satu tahun setelah persalinan.²²

Systematic review yang dilakukan oleh Erfina dkk. (2024) menunjukkan bahwa ibu remaja dapat menghadapi keterbatasan dalam mempersiapkan diri terhadap perubahan emosional dan psikologis yang menyertai peralihan menuju

peran sebagai ibu. Kondisi tersebut dapat meningkatkan kerentanan terhadap berbagai masalah psikososial selama menjalankan pengasuhan.^{4 6} Selain itu, ibu remaja dapat menghadapi kesulitan dalam memenuhi kebutuhan bayi, menyesuaikan diri dengan tanggung jawab baru sebagai ibu, memperoleh dukungan sosial yang memadai, serta menghadapi kemungkinan terjadinya isolasi sosial.^{4 1, 4 6}

3. Kematangan Psikologis Berdasarkan Usia

Kematangan psikologis mencakup sejumlah kemampuan, seperti mengendalikan emosi, mengambil keputusan secara rasional, menyelesaikan permasalahan, serta menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan. Tingkat kematangan tersebut dapat berbeda pada setiap kelompok usia dan berpotensi memengaruhi kemampuan ibu dalam menghadapi berbagai tuntutan selama periode perinatal.

Pada kelompok remaja, proses perkembangan psikologis dan pembentukan identitas masih berlangsung. Kondisi tersebut dapat menyebabkan sebagian ibu remaja belum mempunyai kesiapan emosional yang optimal dalam menghadapi tuntutan dan tanggung jawab sebagai seorang ibu.^{4 1} Muzik dkk. (2019) melaporkan bahwa remaja dapat mengalami kesulitan dalam menghadapi perubahan emosional selama proses peralihan menuju peran maternal, yang salah satunya berkaitan dengan sistem regulasi stres yang masih mengalami perkembangan.^{4 7}

Sementara itu, perempuan yang berada dalam kelompok usia reproduksi 20–35 tahun pada umumnya telah mencapai tingkat perkembangan psikologis yang lebih matang. Kondisi tersebut dapat mendukung kemampuan dalam mengelola emosi, menyelesaikan masalah, serta melakukan adaptasi terhadap tekanan dan perubahan yang muncul selama kehamilan maupun setelah persalinan.

4. Kesiapan Menjadi Orang Tua Berdasarkan Usia

Kesiapan menjalankan peran sebagai orang tua tidak hanya ditentukan oleh kondisi biologis, tetapi juga mencakup aspek emosional, sosial, ekonomi, hubungan interpersonal, serta keberadaan sistem dukungan. Pada ibu remaja,

beberapa aspek tersebut dapat belum berkembang secara optimal sehingga proses penyesuaian terhadap peran sebagai orang tua dapat menjadi lebih kompleks.

Penelitian Angley dkk. (2015) menunjukkan bahwa ibu remaja menghadapi sejumlah kesulitan dalam memenuhi kebutuhan bayinya, beradaptasi dengan peran maternal yang baru, serta memperoleh dukungan sosial yang memadai. Kondisi tersebut dapat disertai dengan pengalaman isolasi sosial.^{4 8} Selain itu, ibu remaja dapat mengalami perasaan direndahkan atau menerima penilaian negatif dari lingkungan karena kehamilan dan status sebagai ibu pada usia yang masih muda dianggap tidak sesuai dengan norma sosial tertentu.^{4 1, 4 6}

Pada kelompok usia reproduksi optimal, perempuan umumnya memiliki kondisi yang lebih mendukung dalam mempersiapkan diri menjadi orang tua, antara lain tingkat pendidikan yang lebih tinggi, kondisi ekonomi yang relatif lebih stabil, hubungan interpersonal yang lebih mantap, serta dukungan sosial yang lebih baik. Sebaliknya, perempuan dengan usia maternal yang lebih lanjut, meskipun umumnya mempunyai pengalaman hidup dan stabilitas sosial ekonomi yang lebih besar, dapat menghadapi tantangan lain, terutama dalam mengatur keseimbangan antara tuntutan pekerjaan atau karier dan tanggung jawab keluarga.³⁹

2.2.3 Usia Ibu sebagai Faktor Risiko Gangguan Psikologis Postpartum

Perempuan yang berada pada kelompok usia reproduksi optimal pada umumnya memiliki kondisi yang lebih mendukung dalam menjalankan peran sebagai ibu. Hal tersebut dapat terlihat dari tingkat pendidikan, kondisi ekonomi, kestabilan hubungan interpersonal, serta ketersediaan dukungan sosial yang relatif lebih baik. Sementara itu, perempuan dengan usia yang lebih lanjut umumnya mempunyai pengalaman hidup dan kondisi sosial ekonomi yang lebih stabil, tetapi dapat menghadapi tuntutan lain, seperti kebutuhan untuk membagi waktu antara pekerjaan atau karier dengan tanggung jawab keluarga.^{39 , 4 4}

Usia maternal merupakan salah satu karakteristik demografis yang telah banyak dikaji dalam kaitannya dengan kesehatan mental pada periode setelah persalinan. Perbedaan usia ibu dapat berhubungan dengan tingkat kerentanan

terhadap berbagai gangguan psikologis perinatal, termasuk *Baby Blues Syndrome* dan depresi postpartum.

1. Usia Muda dan Risiko Gangguan Mental Perinatal

Kehamilan pada usia muda, terutama yang terjadi pada masa remaja, telah banyak dilaporkan berkaitan dengan peningkatan risiko gangguan kesehatan mental selama periode perinatal. Berbagai penelitian epidemiologis menunjukkan bahwa ibu remaja mempunyai kemungkinan lebih besar mengalami depresi postpartum dibandingkan perempuan yang melahirkan pada usia dewasa. Hasil meta-analisis Rahim dkk. (2024) menunjukkan bahwa kehamilan remaja berhubungan dengan peningkatan risiko depresi dengan RR 1,34 (95% CI 1,05–1,72).²²

Perbedaan risiko tersebut juga terlihat pada penelitian di Amerika Serikat. Sekitar 25–36% ibu remaja pada periode pascapersalinan dilaporkan mengalami depresi postpartum, sedangkan pada perempuan dewasa pascapersalinan angkanya berada di sekitar 10–15%.^{4 1, 4 9} Dalam *randomized controlled trial* yang dilakukan Phipps dkk. (2013) terhadap 106 remaja primipara, prevalensi depresi pada kelompok intervensi tercatat sebesar 12,5%, lebih rendah dibandingkan kelompok kontrol sebesar 25% pada enam bulan setelah persalinan. Penelitian tersebut memperoleh nilai HR 0,44 (95% CI 0,17–1,15).^{4 9}

Tingginya kerentanan ibu remaja terhadap gangguan mental dapat dijelaskan melalui beberapa kondisi. Dari sisi psikologis, remaja mungkin belum mempunyai kematangan emosional dan kognitif yang optimal untuk menghadapi berbagai tekanan selama kehamilan dan setelah melahirkan.^{4 6} Selain itu, kehamilan pada usia remaja dapat terjadi tanpa perencanaan dan dalam hubungan interpersonal yang belum stabil sehingga berpotensi menambah tekanan psikososial. Faktor lain yang juga perlu diperhatikan adalah kemungkinan munculnya stigma, penolakan keluarga, serta berkurangnya interaksi dengan teman sebaya. Berbagai kondisi tersebut dapat menjadi faktor yang meningkatkan kerentanan terhadap depresi.^{4 1, 4 6}

Dinwiddie dkk. (2018) melaporkan bahwa ibu remaja menghadapi sejumlah persoalan khusus, seperti keterbatasan dukungan sosial, isolasi, dan

kesulitan beradaptasi dengan tanggung jawab baru sebagai seorang ibu. Kondisi tersebut dapat berkontribusi terhadap meningkatnya risiko gangguan mood pada periode pascapersalinan. Penelitian Ghaffarpour dkk. (2024) di Iran juga melaporkan bahwa 12,6% ibu remaja mengalami depresi postpartum, sedangkan 7,2% mengalami PTSD pascapartum.^{21, 5 0}

2. Usia Maternal Lanjut dan Risiko Gangguan Mental Perinatal

Kelompok *advanced maternal age* (AMA), yaitu ibu dengan usia ≥ 35 tahun, juga dapat mengalami peningkatan risiko gangguan mood selama periode perinatal. Namun, karakteristik dan mekanisme yang mendasari risiko tersebut tidak sepenuhnya sama dengan yang ditemukan pada ibu remaja. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa AMA dapat berkaitan dengan peningkatan risiko depresi postpartum, walaupun tingkat risikonya dilaporkan lebih rendah dibandingkan kelompok ibu usia remaja.

Salah satu kondisi yang dapat berkontribusi terhadap risiko tersebut adalah meningkatnya kemungkinan komplikasi obstetrik pada kehamilan usia lanjut. Diabetes gestasional, hipertensi, dan kelahiran prematur merupakan beberapa komplikasi yang dapat menjadi sumber tekanan fisik maupun psikologis tambahan bagi ibu dan selanjutnya berpotensi memengaruhi kondisi emosional setelah persalinan.^{4 2} Selain itu, perempuan pada usia maternal lanjut dapat memiliki kekhawatiran yang lebih besar terhadap kondisi kesehatan janin, termasuk kemungkinan kelainan kromosom yang meningkat seiring bertambahnya usia maternal.^{39, 4 4}

Meskipun demikian, usia maternal lanjut tidak selalu identik dengan peningkatan risiko gangguan mood. Perempuan pada kelompok usia ini sering kali mempunyai beberapa faktor yang bersifat protektif, seperti kondisi sosial ekonomi yang lebih stabil, hubungan interpersonal yang lebih matang, serta akses yang lebih baik terhadap fasilitas dan sumber daya kesehatan. Faktor-faktor tersebut berpotensi membantu mengurangi dampak tekanan psikososial selama periode perinatal.

3. Mekanisme Keterkaitan Usia dengan Gangguan Psikologis

Hubungan antara usia maternal dan gangguan psikologis setelah persalinan

merupakan hubungan yang kompleks. Pengaruh usia tidak berdiri sendiri, tetapi dapat terjadi melalui interaksi antara aspek biologis, psikologis, dan sosial.

a. Faktor Biologis

Pada ibu remaja, kondisi sistem reproduksi yang masih mengalami perkembangan dapat berkaitan dengan meningkatnya kemungkinan komplikasi obstetrik. Komplikasi tersebut selanjutnya dapat menjadi salah satu faktor yang meningkatkan risiko gangguan mood pada periode pascapersalinan.^{4 0} Sementara itu, pada perempuan dengan usia maternal lebih lanjut, perubahan fisiologis yang berkaitan dengan proses penuaan, termasuk berkurangnya cadangan ovarium dan perubahan respons hormonal, dapat berperan dalam meningkatkan kerentanan terhadap perubahan suasana hati.³⁹

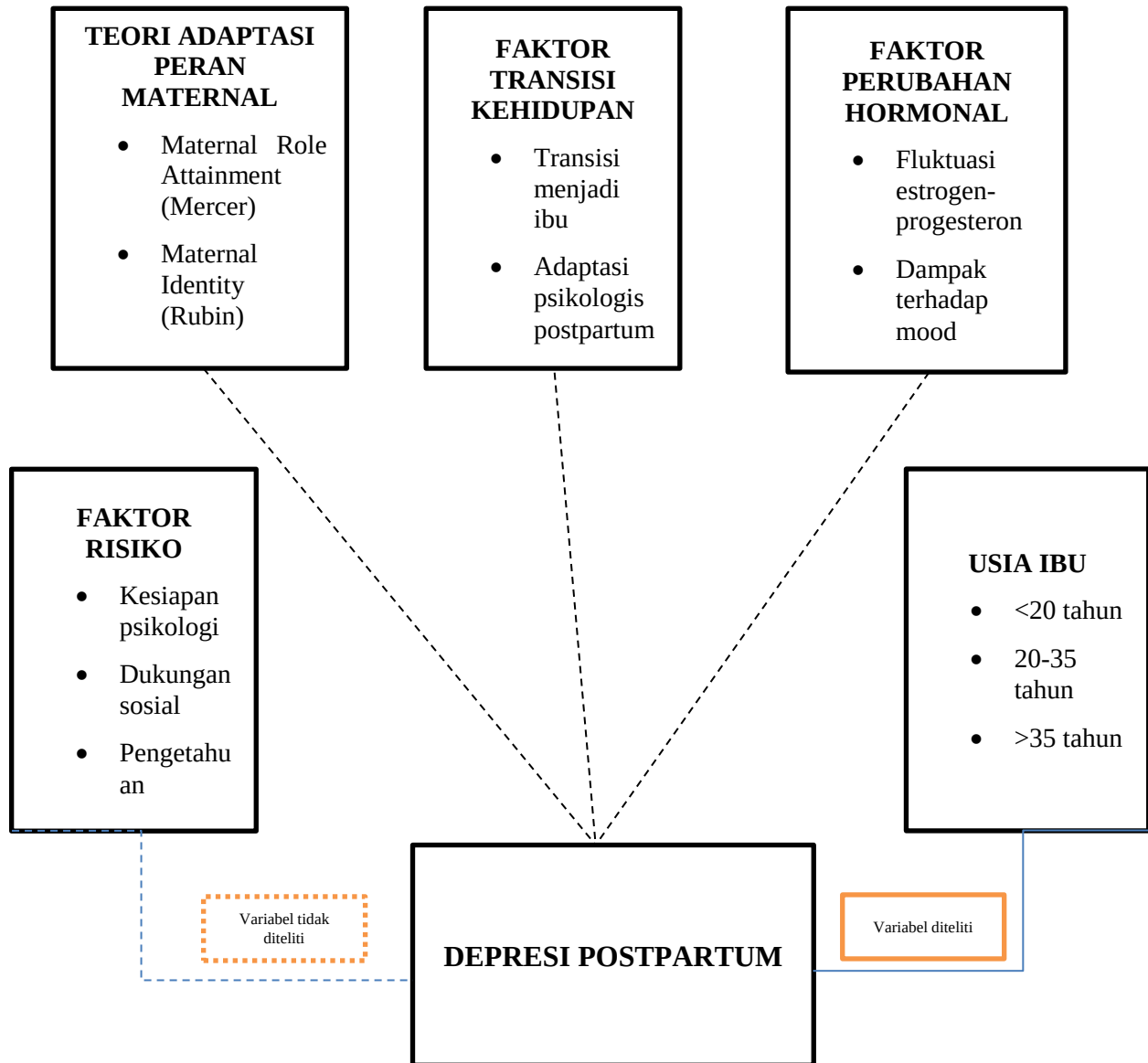
b. Faktor Psikologis

Usia juga berkaitan dengan perkembangan dan kematangan psikologis. Ibu remaja mungkin belum memiliki strategi *coping* yang cukup matang dalam menghadapi tekanan selama periode perinatal. Sebaliknya, perempuan dengan usia lebih lanjut dapat menghadapi bentuk kekhawatiran yang berbeda, terutama yang berkaitan dengan usia, kondisi kehamilan, dan kesehatan ibu maupun janin.^{4 1, 4 6}

c. Faktor Sosial

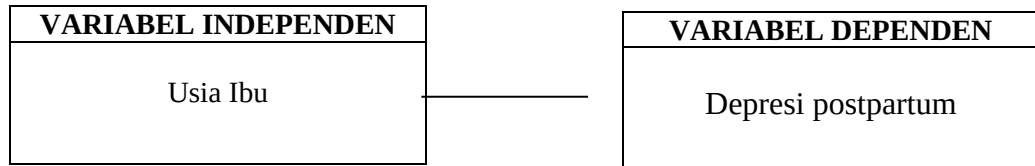
Lingkungan sosial yang dihadapi ibu dapat berbeda sesuai dengan kelompok usianya. Kehamilan pada usia remaja sering kali berhadapan dengan stigma sosial, kemungkinan isolasi, dan keterbatasan dukungan dari lingkungan. Sementara itu, perempuan yang mengalami kehamilan pada usia lebih lanjut dapat menghadapi tuntutan untuk mengatur keseimbangan antara kehidupan profesional atau karier dengan tanggung jawab keluarga.^{4 6}

2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Terdapat adanya hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Defenisi Operasional

Tabel 3.1 memuat definisi operasional yang digunakan dalam penelitian untuk memberikan penjelasan mengenai batasan, makna, serta pengukuran dari setiap variabel yang diteliti.

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia Ibu (Variabel Independen)	Lama waktu hidup ibu yang dihitung dari tanggal lahir hingga saat melahirkan anak pertama, dinyatakan dalam tahun	Rekam medis dan KTP	Menghitung selisih antara tanggal lahir dengan tanggal melahirkan, kemudian dikategorikan	1. <20 tahun 2. 20-35 tahun 3. >35 tahun	Ordinal
Depresi postpartum (Variabel Dependen)	Gangguan psikologis ringan berupa perubahan suasana hati, kecemasan, dan perasaan sedih yang dialami ibu dalam 2 minggu pertama setelah melahirkan, diukur dengan <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS)	Kuesioner EPDS (versi Indonesia)	Responden mengisi kuesioner EPDS yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban (skor 0-3) pada hari ke 3-14 postpartum	1. Depresi postpartum: skor <10 2. Depresi postpartum: skor ≥ 10	Nominal

3.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *non-eksperimental* dengan rancangan *analitik observasional* melalui pendekatan *cross-sectional* atau potong lintang. Pemilihan rancangan tersebut didasarkan pada tujuan penelitian, yaitu mengetahui hubungan antara usia ibu sebagai variabel independen dan risiko depresi

postpartum sebagai variabel dependen. Seluruh variabel penelitian diukur pada periode waktu yang sama, tanpa memberikan perlakuan, intervensi, maupun manipulasi terhadap responden.^{5 1}

Penggunaan desain *cross-sectional* memberikan beberapa keuntungan dalam pelaksanaan penelitian. Pertama, proses pengumpulan data relatif lebih efisien karena dilakukan dalam satu periode penelitian sehingga dapat menghemat waktu dan biaya. Kedua, rancangan ini dapat digunakan untuk memperoleh gambaran mengenai prevalensi suatu masalah kesehatan pada kelompok populasi yang diteliti. Ketiga, desain tersebut memungkinkan peneliti mengidentifikasi hubungan atau asosiasi antara variabel independen dan variabel dependen. Keempat, pendekatan *cross-sectional* dapat diterapkan pada penelitian deskriptif maupun analitik, termasuk penelitian pada tingkat pendidikan sarjana.^{5 2}

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

3.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dalam kurun waktu enam bulan, dimulai pada Oktober 2025 dan berakhir pada Februari 2026.

Tabel 3.1 Waktu Penelitian

No.	kegiatan	Sep 2025	Okt 2025	Nov 2025	Des 2025	Jan 2026	Feb 2026
1.	S t u d i literature						
2.	Penyusunan Skripsi						
3.	S e m i n a r Skripsi						
4.	Pelaksanaan riset						
5.	A n a l i s i s data						
6.	Penyusunan laporan						

3.3.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dilaksanakan di rumah sakit umum Muhammadiyah Sumatra Utara dan puskesmas Bromo di Kecamatan Medan Denai.

Alasan pemilihan tempat:

1. Belum terdapat data atau penelitian terdahulu mengenai prevalensi Depresi postpartum dan hubungannya dengan karakteristik ibu primigravida di rumah sakit dan puskesmas ini, sehingga penelitian ini dapat mengisi kesenjangan informasi tersebut.
2. Aksesibilitas yang baik dan kerjasama yang memungkinkan dengan pihak manajemen rumah sakit dan puskesmas serta tenaga kesehatan di ruang perawatan ibu dan anak.
3. Rumah sakit dan puskesmas ini melayani populasi dengan latar belakang sosiodemografi yang beragam, sehingga dapat memberikan gambaran yang representatif untuk wilayah Medan Denai.

3.4 Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian mencakup seluruh ibu yang menjalani proses persalinan di rumah sakit yang berada di wilayah Kecamatan Medan Denai selama periode pelaksanaan penelitian.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

A. Kriteria Inklusi

1. Melahirkan bayi tunggal dan hidup
2. Berada pada hari ke-3 hingga hari ke-12 bulan
3. Menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian melalui penandatanganan lembar *informed consent*.
4. Berdomisili di wilayah Medan dan sekitarnya (dapat dihubungi untuk *follow-up*)

B. Kriteria Eksklusi

1. Ibu dengan riwayat gangguan jiwa atau sedang dalam pengobatan psikiatri sebelum kehamilan
2. Ibu dengan komplikasi persalinan berat yang memerlukan perawatan intensif
3. Bayi lahir dengan kelainan kongenital mayor atau kondisi kritis yang memerlukan perawatan NICU
4. Ibu yang mengalami kematian bayi (*stillbirth* atau kematian neonatal dini)
5. Ibu yang tidak kooperatif atau mengalami gangguan komunikasi berat

3.4.3 Besar Sampel

Perhitungan besar sampel menggunakan rumus Lemeshow untuk penelitian analitik kategorik dengan uji hipotesis dua proporsi:⁵³

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z pada derajat kemaknaan tertentu (untuk $\alpha = 0,05 \rightarrow Z = 1,96$)

$Z_{1-\beta}$ = nilai Z pada *power* tertentu (untuk *power* 80% $\rightarrow Z = 0,84$)

P_1 = proporsi kejadian Depresi postpartum pada kelompok usia berisiko tinggi

P_2 = proporsi kejadian Depresi postpartum pada kelompok usia berisiko rendah

P = proporsi gabungan = $(P_1 + P_2)/2$

Estimasi Proporsi Berdasarkan Studi Terdahulu:

Berdasarkan penelitian Kurniawati & Septiyono (2022) di Indonesia, proporsi depresi postpartum pada ibu dengan usia berisiko tinggi (<20 tahun dan >35 tahun) adalah sekitar 45%, sedangkan pada usia reproduksi optimal (20-35 tahun) adalah sekitar 22%.^{7,54}

Perhitungan:

$$n = \frac{[1,96\sqrt{0,446} + 0,84\sqrt{0,2475 + 0,1716}]^2}{(0,23)^2}$$

$$n = \frac{[1,96(0,668) + 0,84(0,647)]^2}{0,0529}$$

$$n = \frac{[1,309 + 0,543]^2}{0,0529}$$

$$n = \frac{(1,852)^2}{0,0529} = \frac{3,430}{0,0529} = 64,8 \approx 65 \text{ responden}$$

ntuk mengantisipasi kemungkinan *drop out*, data tidak lengkap, atau responden yang tidak memenuhi kriteria inklusi sebesar 15%, maka:

$$n_{total} = 65 + (65 \times 15\%) = 65 + 9,75 \approx 75 \text{ responden}$$

Dengan demikian, jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 75 responden.

3.4.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel non-probabilitas dengan memilih semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi hingga jumlah sampel terpenuhi.⁸ Teknik ini dipilih karena: (1) memungkinkan pengumpulan data secara prospektif; (2) praktis dan efisien untuk penelitian dengan waktu terbatas; (3) mengurangi *selection bias* dibandingkan dengan *purposive sampling* karena semua subjek yang memenuhi kriteria dimasukkan secara berurutan.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

3.5.1 Jenis Data

Penelitian ini menggunakan dua jenis data:

A. Data Primer

Data primer diperoleh langsung dari responden melalui:

1. Kuesioner Karakteristik Demografi

- a. Berisi pertanyaan mengenai pendidikan dan pekerjaan ibu
- b. Diisi oleh responden dengan didampingi peneliti

2. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

- a. Instrumen standar untuk *screening* depresi postpartum
- b. Terdiri dari 10 item pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban (skor 0-3 per item)
- c. Total skor berkisar 0-30
- d. *Cut-off point*: skor ≥ 10 mengindikasikan adanya depresi postpartum
- e. Telah tervalidasi dalam Bahasa Indonesia dengan sensitivitas 75% dan spesifisitas 87%¹¹
- f. Waktu pengisian: 5-10 menit

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

Tahap 1: Persiapan

1. Mengajukan *ethical clearance* ke Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
2. Mengajukan izin penelitian ke Direktur rumah sakit umum Muhammadiyah Sumatra Utara
3. Mengajukan izin penelitaian ke BRIDA kota Medan
4. Membawa surat rekomendasi dari BRIDA ke Dinas Kesehatan Kota Medan untuk memperoleh izin penelitian di fasilitas kesehatan yang berada di bawah Dinas Kesehatan
5. Setelah mendapat surat dari Dinas Kesehatan, mengajukan izin ke Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian
6. Melakukan koordinasi dengan kepala ruang bersalin dan perawatan ibu
7. Menyiapkan instrumen penelitian:
 - Lembar *informed consent*
 - Kuesioner karakteristik demografi
 - Kuesioner EPDS (versi Bahasa Indonesia)
 - Lembar pengumpulan data dari rekam medis

Tahap 2: Identifikasi Calon Responden

1. Peneliti berkoordinasi dengan bidan/perawat untuk mengidentifikasi ibu

primigravida yang baru melahirkan

2. Melakukan *screening* awal berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi melalui rekam medis
3. Membuat daftar calon responden yang memenuhi kriteria

Tahap 3: Pengumpulan Data Rekam Medis

Pada hari ke-1 atau ke-2, peneliti mengumpulkan data dari rekam medis:

- a. Nomor rekam medis
- b. Identitas pasien (nama, tanggal lahir, alamat)
- c. Tanggal melahirkan
- d. Jenis persalinan
- e. Paritas
- f. Kondisi bayi

Tahap 4: Pengambilan Data Primer

Pada hari ke-3 hingga hari ke-12 postpartum (waktu optimal untuk deteksi depresi postpartum):

1. Pendekatan Responden

- a. Peneliti menemui calon responden di ruang perawatan
- b. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian
- c. Menjelaskan prosedur penelitian dan hak-hak responden

2. Informed Consent

- a. Memberikan penjelasan lengkap tentang penelitian (manfaat, risiko, kerahasiaan)
- b. Meminta persetujuan tertulis dengan menandatangani lembar *informed consent*
- c. Menegaskan bahwa partisipasi bersifat sukarela dan dapat mengundurkan diri kapan saja

3. Pengisian Kuesioner

- a. Responden mengisi kuesioner karakteristik demografi
- b. Responden mengisi kuesioner EPDS
- c. Peneliti mendampingi dan membantu jika ada pertanyaan yang kurang dipahami

- d. Memastikan privasi responden selama pengisian kuesioner

4. Verifikasi Kelengkapan Data

- a. Memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner
- b. Melengkapi data yang kurang lengkap (jika memungkinkan)
- c. Memberikan tanda terima dan ucapan terima kasih kepada responden

Tahap 5: Manajemen Data

- 1. Melakukan *coding* pada setiap kuesioner
- 2. Melakukan *entry* data ke dalam program komputer (Microsoft Excel atau SPSS)
- 3. Melakukan *cleaning* data untuk memastikan tidak ada data yang *missing* atau *error*
- 4. Menyimpan data secara aman dan terjaga kerahasiaannya

3.5.3 Instrumen Penelitian

A. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS adalah instrumen *self-report* yang dikembangkan oleh Cox et al. (1987) untuk mendeteksi risiko depresi postpartum.⁷ Instrumen ini terdiri dari 10 item dengan 4 pilihan jawaban yang menggambarkan perasaan ibu dalam 7 hari terakhir. Setiap item memiliki skor 0-3, sehingga total skor berkisar 0-30.

Penilaian:

- 1. Skor 0-9: Tidak berisiko depresi postpartum
- 2. Skor 10-12: Risiko depresi postpartum ringan
- 3. Skor 13-30: Risiko depresi postpartum sedang hingga berat

Untuk keperluan analisis, skor akan dikategorikan menjadi:

- 1. Skor <10: Tidak depresi postpartum
- 2. Skor ≥ 10 : depresi postpartum

EPDS telah divalidasi di Indonesia dengan nilai sensitivitas 75% dan spesifisitas 87% pada *cut-off point* ≥ 10.9

3.6 Pengolahan Dan Analisis Data

3.6.1 Pengambilan Data

Pengolahan data dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:⁵⁵

1. Editing

- a. Memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner
- b. Memeriksa kejelasan dan konsistensi jawaban
- c. Memperbaiki atau melengkapi data yang kurang lengkap (jika memungkinkan)

2. Coding

- a. Memberikan kode pada setiap variabel penelitian
- b. Mengkategorikan data sesuai dengan definisi operasional
- c. Contoh kode:
 - 1. Usia: 1 = <20 tahun, 2 = 20-35 tahun, 3 = >35 tahun
 - 2. Depresi postpartum: 1 = Tidak, 2 = Ya

3. Entry Data

- a. Memasukkan data ke dalam program komputer menggunakan software SPSS versi [sesuaikan]
- b. Melakukan *double entry* untuk memastikan akurasi data

4. Cleaning

- a. Memeriksa *missing data*
- b. Memeriksa *outlier* dan data yang tidak logis
- c. Melakukan koreksi jika ditemukan kesalahan

5. Tabulating

- a. Menyusun data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi
- b. Membuat tabel silang (*crosstab*) untuk analisis bivariat

Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

A. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel

dependen.

Untuk variabel kategorikal:

Menghitung frekuensi dan persentase

Menyajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi

Untuk variabel numerik (usia):

Menghitung nilai *mean*, median, standar deviasi, nilai minimum, dan maksimum, Menyajikan dalam bentuk tabel dan grafik histogram

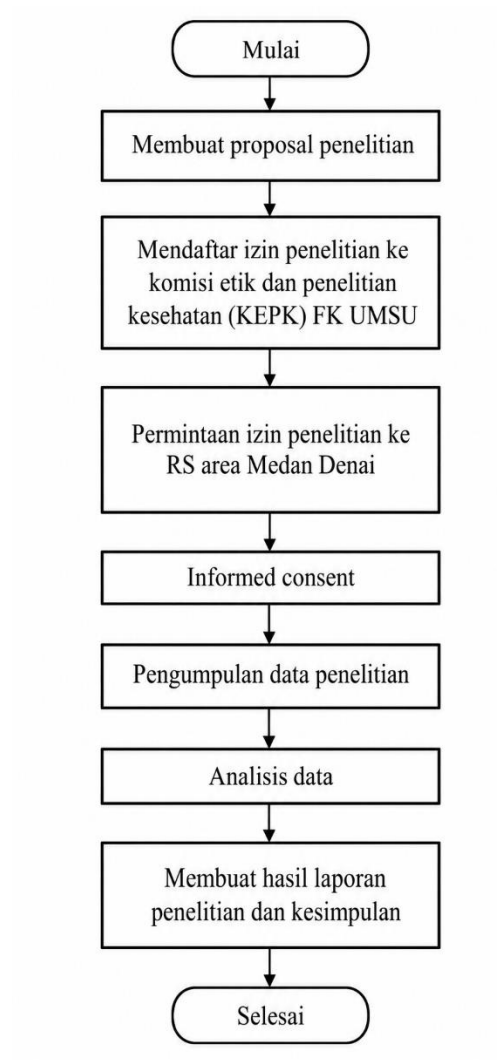
B. Analisis Bivariat

Analisis hubungan antara usia ibu dengan kejadian depresi postpartum dilakukan menggunakan uji Chi-Square (Pearson Chi-Square Test), yang dipilih karena kedua variabel berskala kategorikal, data bersifat independen (tidak berpasangan), dan jumlah sampel yang tersedia memadai, dengan syarat tidak terdapat sel yang memiliki nilai expected count (frekuensi harapan) kurang dari 5; apabila syarat tersebut tidak terpenuhi, maka digunakan uji alternatif Fisher's Exact Test. Hipotesis yang diuji adalah H_0 yang menyatakan tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian depresi postpartum, berlawanan dengan H_1 yang menyatakan terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut, dengan kriteria keputusan berupa penolakan H_0 apabila nilai $p < 0,05$ (menunjukkan adanya hubungan yang signifikan) dan penerimaan H_0 apabila nilai $p \geq 0,05$ (menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan). Untuk mengetahui kekuatan hubungan antar variabel, dilakukan pula perhitungan Odds Ratio (OR) pada variabel yang bersifat dikotom serta Koefisien Kontingensi pada variabel ordinal/nominal dengan lebih dari dua kategori, dengan interpretasi nilai $OR > 1$ sebagai faktor risiko yang meningkatkan risiko kejadian, $OR = 1$ sebagai tidak adanya hubungan, dan $OR < 1$ sebagai faktor protektif yang menurunkan risiko. Hasil analisis selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel silang (crosstab) antara kategori usia dengan kejadian depresi postpartum, disertai nilai Chi-Square dan p-value, serta nilai Odds Ratio beserta Confidence Interval 95%.⁵⁶

3.7 Alur Penelitian

Berikut adalah diagram alur penelitian yang menggambarkan tahapan

kegiatan penelitian:



Gambar 3.1 Diagram alur penelitian

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Pengambilan data dilakukan secara consecutive sampling pada ibu *postpartum* yang memenuhi kriteria inklusi. Instrumen yang digunakan adalah *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) versi Indonesia dengan *cut-off point* skor ≥ 10 sebagai ambang risiko depresi *postpartum*. Total sampel yang berhasil dikumpulkan dan dianalisis berjumlah 75 responden

4.1.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian melalui penyajian distribusi frekuensi yaitu kelompok usia ibu dan kejadian depresi *postpartum*, serta statistik deskriptif total skor EPDS.

a. Distribusi Frekuensi Kelompok Usia Ibu

Tabel 4.1 menyajikan sebaran jumlah responden berdasarkan kategori usia ibu yang menjadi subjek dalam penelitian.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kelompok Usia Ibu (n=75)

Kelompok Usia	Jumlah	Persentase (%)
<20 tahun	2	2,7
20–35 tahun	53	70,7
>35 tahun	20	26,7
Total	75	100,0

Mengacu pada hasil yang ditampilkan dalam Tabel 4.1, mayoritas ibu yang berpartisipasi dalam penelitian termasuk dalam rentang usia reproduktif 20–35 tahun, yaitu sebanyak 53 responden atau sebesar 70,7%. Sementara itu, responden yang berusia lebih dari 35 tahun berjumlah 20 orang dan merupakan kelompok dengan proporsi terbesar kedua. (26,7%), sedangkan kelompok usia berisiko

tinggi <20 tahun merupakan proporsi terkecil dengan 2 orang (2,7%). Modus kelompok usia adalah 2 (20–35 tahun), yang menunjukkan bahwa kelompok usia reproduktif optimal merupakan kelompok yang paling banyak ditemukan dalam sampel penelitian ini.

b. Distribusi Frekuensi Depresi Postpartum

Distribusi frekuensi responden berdasarkan hasil skrining EPDS disajikan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Depresi Postpartum Berdasarkan Skor EPDS
(n=75)

Depresi Postpartum (EPDS)	n	Persentase (%)
Tidak Depresi (skor <10)	43	57,3
Depresi Postpartum (skor ≥ 10)	32	42,7
Total	75	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 75 responden, sebanyak 43 orang (57,3%) tidak mengalami depresi postpartum (skor EPDS <10), sedangkan 32 orang (42,7%) teridentifikasi mengalami risiko depresi postpartum (skor EPDS ≥ 10). Modus variabel depresi postpartum adalah 1 (tidak depresi), yang berarti kondisi tanpa depresi merupakan kondisi yang paling sering dijumpai dalam sampel ini.

c. Statistik Deskriptif Total Skor EPDS

Rerata skor EPDS seluruh responden adalah 9,11 dengan standar deviasi 5,213. Skor terendah yang diperoleh adalah 2 dan skor tertinggi adalah 24. Nilai rerata yang mendekati cut-off point ≥ 10 mencerminkan distribusi skor yang berada di sekitar ambang batas klinis, menandakan adanya variasi yang relevan secara klinis pada sampel penelitian ini.

4.1.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara kelompok usia ibu dengan kejadian depresi postpartum menggunakan uji Chi-Square dan Fisher's

Exact Test, serta mengestimasi kekuatan hubungan melalui Odds Ratio (OR) beserta 95% Confidence Interval (CI).

a. Tabulasi Silang Kelompok Usia Ibu dengan Depresi Postpartum

Hasil tabulasi silang antara kelompok usia ibu dan kejadian depresi postpartum disajikan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Hubungan Kelompok Usia Ibu dengan Depresi Postpartum (n=75)

Kelompok Usia	Tidak	Depresi	Total n (%)	p-value
	Depresi n (%)	Postpartum n (%)		
<20 tahun	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	0,000
20–35 tahun	39 (73,6%)	14 (26,4%)	53 (100,0%)	
>35 tahun	4 (20,0%)	16 (80,0%)	20 (100,0%)	
Total	43 (57,3%)	32 (42,7%)	75 (100,0%)	

Tabel 4.3 memperlihatkan perbedaan proporsi depresi postpartum yang sangat mencolok antar kelompok usia. Seluruh ibu berusia <20 tahun (2 orang, 100,0%) mengalami depresi postpartum. Pada kelompok usia >35 tahun, sebanyak 16 dari 20 responden (80,0%) teridentifikasi mengalami depresi postpartum. Sebaliknya, pada kelompok usia reproduksi optimal 20–35 tahun, hanya 14 dari 53 responden (26,4%) yang mengalami depresi postpartum. Terdapat gradien risiko yang jelas: semakin berada di luar rentang usia reproduksi optimal, semakin tinggi proporsi depresi postpartum yang ditemukan.

Dari kolom *expected count*, ditemukan 2 sel (33,3%) dengan nilai <5 (minimum *expected count* = 0,85 pada kelompok <20 tahun). Kondisi ini menyebabkan syarat uji Pearson Chi-Square tidak terpenuhi, sehingga uji alternatif yang digunakan adalah Fisher's Exact Test.

Fisher's Exact Test menghasilkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga H_0 ditolak. Terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara kelompok usia ibu dengan kejadian depresi postpartum. Kekuatan asosiasi diukur menggunakan

Cramer's V dan diperoleh nilai 0,514, yang mengindikasikan asosiasi yang kuat antara kedua variabel

b. Estimasi Odds Ratio (Usia Risiko Tinggi vs. Risiko Rendah)

Untuk memperoleh estimasi Odds Ratio (OR), dilakukan pengelompokan ulang (recode) variabel usia menjadi dua kategori, yaitu usia risiko tinggi yang menggabungkan kelompok <20 tahun dan >35 tahun (n=22) serta usia risiko rendah (20–35 tahun, n=53) sebagai kelompok referensi. Tabel 4.4 menyajikan hasil tabulasi silang 2×2 beserta expected count.

Tabel 4.4 Tabulasi Silang Usia Risiko dengan Depresi Postpartum (n=75)

Usia Risiko	Tidak Depresi n (%)	Depresi n (%)	Total n (%)	P value (OR)
Risiko Tinggi (<20 + >35 tahun)	4 (18,2%)	18 (81,8%)	22 (100%)	12,6 / 9,4 (semua ≥ 5 , valid)
Risiko Rendah (20–35 tahun)	39 (73,6%)	14 (26,4%)	53 (100%)	30,4 / 22,6
Total	43 (57,3%)	32 (42,7%)	75 (100%)	43,0 / 32,0

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa ibu dengan usia risiko tinggi memiliki proporsi depresi postpartum sebesar 81,8% (18 dari 22 orang), jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok usia risiko rendah (26,4%; 14 dari 53 orang). Pada analisis 2×2 ini tidak terdapat sel dengan *expected count* <5 (minimum *expected count* = 9,39), sehingga semua uji statistik dapat diinterpretasikan dengan andal.

Fisher's Exact Test menghasilkan nilai $p = 0,000$. OR yang relevan secara klinis, dengan kelompok usia 20–35 tahun sebagai referensi, adalah OR = 12,50 (95% CI: 3,62–43,10; $p = 0,000$). Artinya, ibu dengan usia risiko tinggi (<20 tahun atau >35 tahun) memiliki kemungkinan 12,50 kali lebih besar untuk

mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu dengan usia reproduksi optimal 20–35 tahun. Seluruh interval kepercayaan 95% berada di atas 1, mengonfirmasi bahwa hubungan ini signifikan secara statistik.

4.1 Pembahasan

4.1.1. Distribusi Kelompok Usia Ibu

Dari 75 responden, usia reproduksi optimal 20 sampai 35 tahun sebanyak 53 orang (70,7%), diikuti kelompok usia lebih dari 35 tahun sebanyak 20 orang (26,7%), dan kelompok usia kurang dari 20 tahun sebanyak 2 orang (2,7%). Pola ini sejalan dengan gambaran demografis ibu bersalin di Indonesia yang secara umum didominasi oleh perempuan usia produktif.

Proporsi ibu berusia >35 tahun yang cukup tinggi (26,7%) mencerminkan tren advanced maternal age yang semakin umum di perkotaan, termasuk di Medan. Rademaker et al. mencatat peningkatan prevalensi kehamilan usia lanjut di populasi urban yang dikaitkan dengan penundaan pernikahan dan faktor sosial-ekonomi.²⁶ Proporsi ibu berusia <20 tahun yang kecil (2,7%) dapat dipahami dalam konteks peningkatan akses pendidikan di daerah perkotaan, meskipun kelompok ini tetap penting secara klinis mengingat risiko psikologis yang signifikan pada ibu remaja.¹⁰

4.1.2. Prevalensi Depresi Postpartum

Penelitian Penelitian ini menemukan prevalensi depresi postpartum sebesar 42,7% (32 dari 75 responden) berdasarkan cut-off EPDS lebih dari atau sama dengan 10. Dibandingkan dengan meta-analisis global oleh Shorey et al. yang melaporkan prevalensi 17 sampai 18% pada ibu sehat, angka pada penelitian ini jauh lebih tinggi.¹⁸ Angka ini juga lebih tinggi dibandingkan studi Nurbaeti et al. di Jakarta Selatan yang menggunakan cut-off EPDS lebih dari atau sama dengan 12 pada 166 responden dan melaporkan prevalensi 19,88%.²⁰

Tinjauan literatur Klainin dan Arthur terhadap studi studi di kawasan Asia menunjukkan bahwa prevalensi depresi postpartum di kawasan ini memang sangat bervariasi, berkisar antara 3,5% di Malaysia hingga 63,3% di Pakistan.¹⁹ Dengan demikian, prevalensi 42,7% pada penelitian ini masih berada dalam rentang yang

secara empiris ditemukan di kawasan Asia, meskipun berada pada sisi yang lebih tinggi dari titik tengah rentang tersebut.

Sebagai pembandingan tambahan pada populasi muda Indonesia, Syamantha Putri et al. dalam analisis data Riskesdas 2018 terhadap 1.285 ibu berusia 15 sampai 24 tahun di seluruh Indonesia melaporkan prevalensi keseluruhan hanya 4,0%, jauh di bawah temuan penelitian ini.⁹ Perbedaan besar ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan instrumen pengukuran, di mana Syamantha Putri et al. menggunakan Mini International Neuropsychiatric Interview yang memiliki sensitivitas 60 sampai 80% dan bersifat lebih konservatif dibandingkan EPDS sebagai instrumen skrining.⁹ Perbedaan prevalensi pada penelitian ini kemungkinan juga dipengaruhi oleh komposisi usia sampel, di mana 29,3% responden berada pada kelompok usia risiko tinggi, yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, yang pada penelitian ini terbukti memiliki prevalensi depresi postpartum jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok usia optimal.

4.1.3. Hubungan Usia Ibu dengan Depresi Postpartum

Hasil Fisher's Exact Test menunjukkan depresi postpartum ($p = 0,000$), dengan kekuatan asosiasi yang kuat (Cramer's $V = 0,514$). Estimasi risiko menggunakan OR pada pengelompokan 2×2 menghasilkan $OR = 12,50$ (95% CI: 3,62–43,10), yang mengindikasikan bahwa usia di luar rentang 20–35 tahun merupakan faktor risiko yang bermakna secara klinis dan statistik terhadap kejadian depresi postpartum. Temuan ini mendukung hipotesis alternatif penelitian (H_1).

Pada kelompok usia <20 tahun, seluruh responden pada kelompok ini, yaitu 2 dari 2 orang (100%), mengalami depresi postpartum. Meskipun proporsi ini berasal dari sampel yang sangat kecil sehingga harus dimaknai dengan hati-hati, arah temuan ini konsisten dengan sejumlah penelitian berdesain serupa pada populasi yang sebanding. Syamantha Putri et al. dalam analisis Riskesdas 2018 menemukan bahwa ibu berusia 15 sampai 19 tahun di Indonesia memiliki risiko depresi postpartum 3,12 kali lebih tinggi dibandingkan ibu berusia 20 sampai 24 tahun setelah dikontrol dengan variabel demografis dan reproduksi lain (adjusted odds ratio 3,12, interval kepercayaan 95% sebesar 1,12 sampai 8,72, $p=0,030$).⁹ Dinwiddie et al. dalam tinjauan terhadap ibu remaja berusia 18 tahun ke bawah melaporkan rentang prevalensi depresi postpartum 14 sampai 53%, hampir dua kali lipat dibandingkan ibu dewasa yang berkisar 6,9 sampai 16,7%, dengan faktor risiko utama berupa status belum menikah, riwayat gangguan jiwa sebelumnya, dukungan sosial terbatas, dan status sosial ekonomi rendah.⁵⁰ Anbi et al. dalam studi berbasis komunitas terhadap 167 ibu remaja berusia 11 sampai 19 tahun di Iran, menggunakan instrumen EPDS yang sama dengan penelitian ini, melaporkan prevalensi depresi postpartum 12,6%, dengan ketidakpuasan pernikahan dan riwayat depresi pramakehamilan sebagai faktor risiko utama.²¹ Ibu remaja secara umum memiliki kematangan psikologis yang belum optimal dan keterbatasan jaringan dukungan sosial. Yozwiak menegaskan bahwa populasi ini menghadapi beban psikososial berlapis, termasuk stigma sosial dan ketidaksiapan peran maternal, sementara Angley et al. melaporkan bahwa rendahnya dukungan keluarga secara signifikan meningkatkan risiko depresi pada ibu remaja.^{48,49}

Pada kelompok usia >35 tahun, proporsi depresi postpartum pada penelitian ini mencapai 80% (16 dari 20 responden). Advanced maternal age dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetrik seperti perdarahan antepartum, diabetes gestasional, hipertensi, dan persalinan seksio sesarea. Hadiwinata et al. dalam studi retrospektif di tiga rumah sakit akademik Indonesia mengonfirmasi peningkatan risiko komplikasi tersebut pada kelompok advanced maternal age, dan temuan serupa secara global dilaporkan Lean et al. dalam tinjauan sistematis yang menemukan peningkatan risiko stillbirth serta luaran perinatal lain.^{38,43} Komplikasi obstetrik ini secara tidak langsung dapat menjadi sumber tekanan psikologis tambahan bagi ibu. Bukti yang lebih langsung mengenai dampak psikologis advanced maternal age ditunjukkan Ahmad et al. dalam tinjauan cakupan yang menyimpulkan bahwa ibu usia lanjut berisiko lebih tinggi mengalami kecemasan, gejala depresi, dan gangguan pada relasi ibu dengan bayi dibandingkan ibu pada usia reproduksi optimal.⁵⁷ Biaggi et al. dalam tinjauan sistematisnya turut menyebutkan bahwa usia ibu yang lebih tua berhubungan dengan peningkatan kerentanan terhadap gangguan afektif pascapersalinan.²⁷

Sebaliknya, pada kelompok usia 20–35 tahun, hanya 14 dari 53 responden (26,4%) yang mengalami depresi postpartum, proporsi jauh lebih rendah dibandingkan kedua kelompok usia risiko tinggi. Temuan ini mencerminkan kematangan fisik dan psikologis yang lebih optimal serta dukungan sosial ekonomi yang umumnya lebih baik pada kelompok usia ini. Sari dan Suharto dalam penelitiannya di Magetan juga menemukan hubungan bermakna antara usia ibu dengan gangguan mood pascapersalinan di Indonesia (OR = 4,3),²⁸ meskipun OR dalam penelitian ini (12,50) lebih tinggi, meskipun perlu dicatat bahwa penelitian tersebut secara spesifik mengukur postpartum blues, bukan depresi postpartum, sehingga perbandingan langsung perlu dilakukan dengan hati hati mengingat kedua kondisi tersebut berbeda dari segi durasi dan derajat keparahan gejala.²⁸ Wulan et al. juga mengidentifikasi usia ibu sebagai prediktor bermakna baby blues syndrome pada populasi Indonesia, yang secara tidak langsung memperkuat gambaran bahwa usia ibu merupakan faktor risiko yang konsisten teramati sepanjang spektrum gangguan mood pascapersalinan, mulai dari baby

blues yang bersifat transien hingga depresi postpartum yang lebih menetap.²⁹

Sebagai pembandingan dengan desain metodologis yang sebanding, yaitu studi potong lintang berbasis EPDS, penelitian Bhakta et al. di Odisha, India, turut melaporkan bahwa usia ibu merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap skor depresi pascapersalinan, dengan kelompok ibu yang skor EPDS-nya melampaui ambang depresi didominasi ibu berusia dua puluhan, sedangkan kelompok borderline didominasi ibu berusia tiga puluhan.⁵⁸ Pola gradien risiko berdasarkan usia yang ditemukan pada penelitian ini, di mana risiko meningkat pada kedua ujung spektrum usia reproduksi, konsisten dengan pola yang dilaporkan pada populasi dengan konteks sosiodemografis yang relatif sebanding.

Secara neurobiologis, hubungan usia ibu dengan depresi postpartum dapat dijelaskan melalui perubahan regulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) dan fluktuasi kadar estrogen yang lebih ekstrem pada kelompok usia berisiko, baik akibat imaturitas neuroendokrin pada ibu remaja maupun penurunan cadangan ovarium pada ibu berusia >35 tahun.³⁰

4.1.4. Keterbatasan Penelitian

Penarikan kesimpulan kausal antara usia ibu dan depresi postpartum, sebagaimana ditegaskan oleh Wang & Cheng (2020) bahwa desain ini tidak dapat membuktikan hubungan temporal antara paparan dan kejadian.⁵² Kedua, penelitian ini tidak mengontrol variabel perancu seperti paritas, dukungan sosial, jenis persalinan, dan status sosial-ekonomi, padahal Biaggi et al. (2016) mengidentifikasi faktor-faktor tersebut sebagai prediktor independen yang kuat terhadap depresi postpartum, sehingga hubungan yang ditemukan belum dapat dipastikan murni karena faktor usia.²⁷ Ketiga, EPDS yang digunakan merupakan instrumen skrining, bukan alat diagnostik; Levis et al. (2020) menegaskan bahwa diagnosis definitif tetap memerlukan wawancara klinis terstruktur berbasis DSM-5, sehingga prevalensi 42,7% yang dilaporkan kemungkinan merupakan estimasi yang lebih tinggi dari angka sesungguhnya.³⁴ Keempat, ukuran sampel kelompok usia <20 tahun yang hanya 2 responden sehingga estimasi risiko pada kelompok ini memiliki ketidakpastian statistik yang tinggi (95% CI lebar). dan generalisasi

temuan pada kelompok remaja, sebagaimana ditekankan oleh Yozwiak (2010) bahwa studi yang tidak secara khusus merekrut ibu remaja cenderung menghasilkan sampel yang terlalu kecil untuk analisis bermakna.⁴⁹ Kelima, pengukuran EPDS yang dilakukan satu kali pada ibu postpartum hingga 12 bulan tanpa follow-up lanjutan berisiko menyebabkan keterbatasan dalam memastikan perjalanan gejala depresi dari waktu ke waktu. Selain itu, pada ibu yang dinilai pada periode awal postpartum, masih terdapat kemungkinan tumpang tindih gejala antara depresi postpartum dan baby blues sebagaimana dijelaskan oleh Reck et al. (2009).

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian mengenai hubungan usia ibu dengan risiko depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai, diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar responden berada pada kelompok usia reproduksi optimal (20–35 tahun), yaitu sebanyak 53 ibu (70,7%). Sementara itu, ibu berusia >35 tahun berjumlah 20 orang (26,7%) dan kelompok usia <20 tahun sebanyak 2 orang (2,7%).
2. Risiko depresi postpartum berdasarkan skor EPDS ≥ 10 ditemukan pada 32 dari 75 responden (42,7%). Rata-rata skor EPDS yang diperoleh adalah $9,11 \pm 5,213$, dengan skor terendah 2 dan tertinggi 24.
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara usia ibu dan risiko depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai berdasarkan Fisher's Exact Test ($p = 0,000$). Hubungan tersebut memiliki kekuatan asosiasi yang kuat dengan Cramer's V sebesar 0,514. Ibu yang termasuk kelompok usia berisiko (<20 tahun atau >35 tahun) memiliki peluang 12,50 kali lebih besar mengalami risiko depresi postpartum dibandingkan ibu berusia 20–35 tahun (OR = 12,50; 95% CI: 3,62–43,10).

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan keterbatasan penelitian ini, peneliti menyampaikan saran sebagai berikut:

1. **Bagi tenaga kesehatan**, khususnya dokter dan bidan, disarankan melakukan skrining depresi postpartum secara berkala menggunakan EPDS pada masa pascapersalinan, terutama terhadap ibu yang berusia <20 tahun dan >35 tahun karena termasuk kelompok dengan risiko lebih tinggi.
2. **Bagi rumah sakit dan puskesmas**, disarankan menyediakan protokol skrining kesehatan mental dalam pelayanan pascapersalinan, termasuk konseling dan dukungan sebaya bagi ibu yang berisiko. Ibu dengan skor

EPDS ≥ 10 juga perlu memperoleh tindak lanjut dan rujukan yang jelas ke pelayanan kesehatan jiwa.

3. **Bagi ibu postpartum dan keluarga**, khususnya ibu dalam kelompok usia berisiko, disarankan aktif mengikuti pemeriksaan kesehatan mental serta terbuka menyampaikan keluhan emosional kepada tenaga kesehatan. Dukungan emosional dari keluarga, terutama pasangan, juga perlu ditingkatkan selama masa nifas.
4. **Bagi peneliti berikutnya**, disarankan menggunakan desain kohort prospektif dengan jumlah sampel kelompok usia < 20 tahun yang lebih besar. Variabel seperti paritas, dukungan sosial, dan kondisi sosial-ekonomi dapat dikendalikan melalui analisis multivariat, serta wawancara diagnostik terstruktur dapat digunakan untuk memperkuat hasil skrining EPDS ≥ 10 .

DAFTAR PUSTAKA

1. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, et al. Maternity Blues: A Narrative Review. *J Pers Med*. 2023;13(1). doi:10.3390/JPM13010154
2. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2020;49(2):127-136. doi:10.1016/j.jogn.2020.01.001
3. Nasrun EK, Andryani, Hamudi JP, et al. Analysis of the relationship between postpartum anxiety and baby blues syndrome at Dewi Sartika hospital, Kendari City. *GSC Adv Res Rev*. 2024;21(3):018-028. doi:10.30574/GSCARR.2024.21.3.0465
4. Harianti TD, Syauki S, Aman A, Isra N, Ananda F. Angka Kejadian dan Karakteristik Baby Blues. *Jurnal Pendidikan Tambusai*. 2024;8(1):10931-10946. doi:10.31004/JPTAM.V8I1.14027
6. David Taufiq, Rianti Manda. Behavioral Manifestations of Baby Blues Syndrome Among Postpartum Mothers in Muara District, North Tapanuli Regency. *Acta Psychologia*. 2024;2(4):123-130. doi:10.35335/PSYCHOLOGIA.V2I4.45
7. Retnosari E, Fatimah S. Prevalence And Factors That Contributing of Baby Blues Syndrome On Postpartum Mothers. *International Journal Scientific and Professional*. 2022;1(2):64-70. doi:10.56988/CHIPROF.V1I2.10
8. Kurniawati D, Septiyono EA. Determinants of Postpartum Blues in Indonesia. *Pedimaternel Nursing Journal*. 2022;8(1):45-52. doi:10.20473/PMNJ.V8I1.27649
9. Syamantha Putri A, Wurisastuti T, Yunita Suryaputri I, Mubasyiroh R. Postpartum Depression in Young Mothers in Urban and Rural Indonesia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2023;56(3):272. doi:10.3961/JPMPH.22.534
10. Indarti J, Al Fattah AN, Dewi Z, Hasani RDK, Mahdi FAN, Surya R. Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre

- in Indonesia. *Obstet Gynecol Int.* 2020;2020. doi:10.1155/2020/2787602
11. Adama MuhAW, Santy I, Irwan I. Risk Factors Affecting The Incident Of Baby Blues Syndrome. *J Healthc Technol Med.* Published online 2024. Accessed November 5, 2025. <https://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/health/article/view/4974>
 12. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(9). doi:10.3390/DIAGNOSTICS14090865
 13. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(Suppl 2):S216. doi:10.4103/0019-5545.161481
 14. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):77-87. doi:10.1016/J.JAD.2008.05.003
 15. Landman A, Ngameni EG, Dubreucq M, et al. Postpartum blues: a predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *European Psychiatry.* 2024;67(1):e30. doi:10.1192/J.EURPSY.2024.1741
 16. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics.* 2024;14(9):865. doi:10.3390/DIAGNOSTICS14090865
 17. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend.* 2018;74(3):223-234. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2004.02.004
 18. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

19. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(10):1355-1373. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2009.02.012
20. Nurbaeti I, Deoisres W, Hengudomsub P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sex Reprod Healthc.* 2019;20:72-76. doi:10.1016/j.srhc.2019.02.004
21. Anbi AA, Jahdi NS, Ranjbar F, Hakimi S. Postpartum depression, and post-traumatic stress disorder and resultant risk factors among teenage mothers: a community-based study. *Discover public health.* 2024;21(1). doi:10.1186/S12982-024-00282-Y
22. Abdul Rahim K, Egglestone NJ, Tsagareli IG, Usmani W, Meherali S, Lassi ZS. Mental health outcomes beyond the post-partum period among adolescent mothers: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Behav Med.* 2024;12(1). doi:10.1080/21642850.2024.2305741
23. Akbarzadeh M, Mokhtaryan T, Amooee S, Moshfeghy Z, Zare N. Investigation of the effect of religious doctrines on religious knowledge and attitude and postpartum blues in primiparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(5):570. doi:10.4103/1735-9066.164586
24. Chechko N, Losse E, Frodl T, Nehls S. Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open.* 2023;10(1). doi:10.1192/BJO.2023.612
25. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekol Pol.* 2016;87(6):442-447. doi:10.5603/GP.2016.0023
26. Rademaker D, Hukkelhoven CWPM, van Pampus MG. Adverse maternal and perinatal pregnancy outcomes related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the Netherlands: A population-based cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(5):941-948. doi:10.1111/AOGS.14064

29. Wulan N, Mawati IP, Sutandi A. Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian baby blues syndrome pada ibu postpartum. *Journal of Nursing Practice and Education*. 2023;4(1):189-196. doi:10.34305/JNPE.V4I1.952
30. Zhang K, He L, Li Z, et al. Bridging Neurobiological Insights and Clinical Biomarkers in Postpartum Depression: A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences* 2024, Vol 25, Page 8835. 2024;25(16):8835. doi:10.3390/IJMS25168835
31. Stefana A, Mirabella F, Gigantesco A, Camoni L. The screening accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to detect perinatal depression with and without the self-harm item in pregnant and postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2024;45(1). doi:10.1080/0167482X.2024.2404967
32. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490-498. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2013.87
33. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2013;146(2):224-230. doi:10.1016/J.JAD.2012.09.009
34. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020;371. doi:10.1136/BMJ.M4022
35. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. *J Clin Med Res*. 2014;6(5):374. doi:10.14740/jocmr1883w
37. Lin J, Huang J, Zhu Q, Kuang Y, Cai R, Wang Y. Effect of Maternal Age on Pregnancy or Neonatal Outcomes Among 4,958 Infertile Women Using

- a Freeze-All Strategy. *Front Med (Lausanne)*. 2020;6:316. doi:10.3389/FMED.2019.00316
39. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;70:2-9. doi:10.1016/J.BPOBGYN.2020.06.006
 40. Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010 10:1. 2010;10(1):1-8. doi:10.1186/1471-2393-10-36
 41. Ladores S, Corcoran J. Investigating Postpartum Depression in the Adolescent Mother Using 3 Potential Qualitative Approaches. *Clin Med Insights Pediatr*. 2019;13:1179556519884042. doi:10.1177/1179556519884042
 42. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort. *PLoS One*. 2013;8(2). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0056583
 43. Hadiwinata G, Djuwantono T, Suardi D. Effect of Advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome: A Retrospective Study from Three Academic Teaching Hospitals in Indonesia. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*. 2025;10(5):383-389. doi:10.30699/JOGCR.10.5.383
 44. Yaman FK, Ezveci H, Dogru S, Harmanci MS, Bahçeci P, Gezginç K. The Impact of Advanced Maternal Age on Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes. *J Clin Med*. 2025;14(15). doi:10.3390/JCM14155387
 45. Deng Q, Ji T, Chu G, Tan H. Pregnancy Outcomes Following Assisted Reproductive Technology in Advanced Maternal Age Primiparous Women: A Retrospective Cohort Study. *Int J Womens Health*. 2025;17:2443-2449. doi:10.2147/IJWH.S538128
 47. Muzik M, Kirk R, Alfafara E, Jonika J, Waddell R. Teenage mothers of black and minority ethnic origin want access to a range of mental and physical health support: a participatory research approach. *Health Expect*.

- 2016;19(2):403-415. doi:10.1111/HEX.12364
48. Anglely M, Divney A, Magriples U, Kershaw T. Social support, family functioning and parenting competence in adolescent parents. *Matern Child Health J.* 2015;19(1):67-73. doi:10.1007/S10995-014-1496-X
 49. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: a review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(3):172-178. doi:10.1016/J.JPAG.2009.09.003
 50. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2018;39(3):168-175. doi:10.1080/0167482X.2017.1334051
 52. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest.* 2020;158(1):S65-S71. doi:10.1016/j.chest.2020.03.012
 54. Kurniawati D, Septiyono EA. Determinants of Postpartum Blues in Indonesia. *Pedimaternat Nursing Journal.* 2022;8(1):45-52. doi:10.20473/PMNJ.V8I1.27649
 56. McHugh ML. The chi-square test of independence. *Biochem Med (Zagreb).* 2013;23(2):143-149. doi:10.11613/BM.2013.018
 57. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationship. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland).* 2024;14(3). doi:10.3390/BS14030147
 58. Bhakta M, Satapathy DM, Padhy M, et al. Assessing the Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression: A Cross-Sectional Study Conducted in the Urban Areas of Ankuli in Southern Odisha. *Cureus.* 2024;16(6). doi:10.7759/CUREUS.61503

Lampiran 1. Lembar Consent

LEMBAR CONSENT

SURAT PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Responden :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi subyek (responden) dalam penelitian dari :

Nama: Sopia Salsabila Hasibuan

NIM : 2108260161

Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal- hal yang belum mengerti dan telah mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang sudah diberikan. Saya mengerti bahwa dari semua hal yang telah disampaikan oleh peneliti bahwa prosedur pengumpulan datanya adalah dengan pengisian kuesioner dan tentunya tidak menyebabkan efek samping apapun. Oleh karena itu saya bersedia secara sukarela untuk menjadi responden peneliti dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan dari siapapun, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapat pelayanan kesehatan. Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data peneliti akan terjamin dan saya menyetujui semua data saya yang telah dihasilkan pada penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Medan,

2026

(.....)

Lampiran 2. Kuisisioner *Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)***KUESIONER*****EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)*****Bagaimana perasaan Anda ?**

Karena Anda baru saja melahirkan, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan Anda sekarang. Silahkan mencentang jawaban yang paling mirip dengan **perasaan Anda selama 7 hari terakhir**, tidak hanya perasaan Anda hari ini. Berikut adalah satu

contoh yang sudah dijawab:

Saya merasa senang :

☐ Ya, hampir setiap saat

☒ Ya, sering

☐ Kadang-kadang

☐ Tidak pernah sama sekali

Hal ini berarti : "sepanjang minggu lalu, saya sering merasa senang".

Silahkan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut sebagaimana di atas.

1. Saya bisa tertawa dan melihat sisi lucu dari berbagai hal :
--

☐	Ya, seperti biasanya	
☐	Sekarang tidak terlalu sering	
☐	Sekarang agak jarang	
☐	Tidak sama sekali	

2. Saya memandang masa depan dengan penuh harapan :

☐	Seperti yang pernah saya lakukan dulu	
☐	Agak kurang dari biasanya	
☐	Jelas kurang dari biasanya	
☐	Hampir tidak sama sekali	

3. Saya menyalahkan diri saya sendiri ketika ada hal-hal yang salah* :
--

☐	Ya, hampir selalu	
☐	Ya, kadang-kadang	
☐	Tidak terlalu sering	
☐	Tidak, tidak pernah	

4. Saya cemas atau khawatir tanpa alasan yang jelas :

☐	Tidak, tidak sama sekali	
☐	Hampir tidak pernah	
☐	Ya, kadang-kadang	
☐	Ya, sangat sering	

5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang sangat jelas* :	
☐	Ya, cukup sering
☐	Ya, kadang-kadang
☐	Tidak, tidak sering
☐	Tidak, tidak sama sekali

6. Banyak hal menjadi beban untuk saya* :	
☐	Ya, sering kali saya tidak dapat mengatasinya
☐	Ya, kadang saya tidak dapat mengatasi seperti biasanya
☐	Tidak, saya hampir selalu dapat mengatasinya dengan baik
☐	Tidak, saya selalu dapat mengatasinya dengan baik seperti biasanya

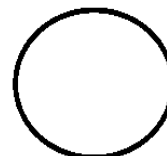
7. Saya merasa tidak bahagia sehingga sulit tidur* :	
☐	Ya, sering kali
☐	Ya, kadang-kadang
☐	Tidak terlalu sering
☐	Tidak, tidak sama sekali

8. Saya merasa sedih atau menderita* :	
☐	Ya, sering kali
☐	Ya, cukup sering
☐	Tidak terlalu sering
☐	Tidak, tidak sama sekali

9. Saya merasa sangat tidak senang sehingga saya sering menangis* :	
☐	Ya, sering kali
☐	Ya, cukup sering
☐	Hanya sesekali
☐	Tidak, tidak pernah

10. Pikiran untuk menyakiti diri sendiri telah terfikir oleh saya** :	
☐	Ya, cukup sering
☐	Kadang-kadang
☐	Hampir tidak pernah
☐	Tidak pernah

TOTAL SKOR



Lampiran 3. Surat *ethical clearance*



UMSU
Unggul | Cerdas | Terpercaya

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FACULTY OF MEDICINE AND HEALTH SCIENCES UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
No : 128/KEPK/FKUMSU/2026

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
 The Research protocol proposed by

Peneliti Utama : **Sopia Salsabila Hasibuan.**
 Principal in investigator

Nama Institusi : **Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara**
 Name of the Institution **Faculty of Medicine and Health Sciences University of Muhammadiyah Sumatera Utara**

Dengan Judul
 Title

"HUBUNGAN USIA IBU DENGAN RISIKO TERJADINYA DEPRESI POSTPARTUM"
"THE RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL AGE AND THE RISK OF POSTPARTUM DEPRESSION"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah
 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan / Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan
 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion / Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 14 April 2026 sampai dengan tanggal 14 April 2027
 The declaration of ethics applies during the periode April 14, 2026 until April 14, 2027



Medan, 14 April 2026
Ketua
Assoc. Prof. Dr. dr. Nurfadly, MKT

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari BRIDA



PEMERINTAH KOTA MEDAN
BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH

Jalan Jenderal Besar A. H. Nasution Nomor 32 Medan Kode Pos 20143
 Telepon (061) 7873439 Faksimile (061) 7873314
 Laman <https://brida.medan.go.id>, Pos-el brida@medan.go.id

SURAT KETERANGAN RISET

Nomor : 000.9.2/2007

- DASAR** : 1. Peraturan Daerah Kota Medan Nomor : 8 Tahun 2022, tanggal 30 Desember 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 15 Tahun 2016 Tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kota Medan.
 2. Peraturan Walikota Medan Nomor : 97 Tahun 2022, tanggal 30 Desember 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Medan.
- MENIMBANG** : Surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Nomor 639/II.3.AU/UMSU-08/F/2026 Tanggal 28 April 2026 Perihal Mohon Izin Penelitian.

NAMA : Sopia Salsabila Hasibuan
NIM : 2108260161
PROGRAM STUDI : Pendidikan Dokter
JUDUL : "Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Terjadinya Depresi Postpartum"
LOKASI : Dinas Kesehatan Kota Medan
LAMANYA : 1 (satu) Bulan
PENANGGUNG JAWAB : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Melakukan Riset, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan Riset terlebih dahulu harus melapor kepada pimpinan Perangkat Daerah lokasi Yang ditetapkan.
2. Mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di lokasi Riset .
3. Tidak dibenarkan melakukan Riset atau aktivitas lain di luar lokasi yang telah ditetapkan.
4. Hasil Riset diserahkan kepada Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Kota Medan selambat lambatnya 2 (dua) bulan setelah Riset dalam bentuk *softcopy* atau melalui Email (brida@medan.go.id).
5. Surat Keterangan Riset dinyatakan batal apabila pemegang surat keterangan tidak mengindahkan ketentuan atau peraturan yang berlaku pada Pemerintah Kota Medan.
6. Surat Keterangan Riset ini berlaku sejak tanggal dikeluarkan.

Demikian Surat ini diperbuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Medan
 Pada Tanggal : 13 Mei 2026



Ditandatangani secara elektronik oleh :
 Kepala Badan
 Riset dan Inovasi Daerah,

Benny Iskandar, ST, MT
 Pembina Utama Muda (IV/c)
 NP 197404292000031008

Tembusan :

1. Wali Kota Medan.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Medan.
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik, menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan BSRF.
 UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah."

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari RSU Muhammadiyah



RUMAH SAKIT UMUM MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

Jl. Mandala By Pass No. 27 Medan Telp : 061 – 7348222 Fax : 061 – 7348822
email : rsu.muhammadiyahsumut27@gmail.com Website: www.rsu.muhammadiyahsumut.or.id

Nomor : 1691/II.6-AU/RSUMSU/F/2026
Lamp : -
Hal : Izin Penelitian

Medan, 11 Dzulkaidah 1447 II
28 April 2026 M

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Di-
Medan

Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Dengan Hormat, semoga kita semua tetap mendapat lindungan dari Allah SWT dan dalam keadaan sehat wal'afiat serta selalu sukses dalam menjalankan aktivitas dan tugas sehari-hari. Amin.

Menanggapi surat dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Nomor: 634/II.3.AU/UMSU-08/F/2026 hal: Mohon Izin Penelitian. Maka RSU Muhammadiyah Sumatera Utara memberikan izin penelitian kepada:

Nama : Sopia Salsabila Hasibuan
Npm : 2108260161
Jurusan : Pendidikan Dokter
Judul Penelitian : Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Terjadinya Depresi Postpartum

Guna untuk penyelesaian Skripsi Mahasiswi yang bersangkutan.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh


Direktur
dr. Mohamad Riza, M.Kes., S.H., M.HKes

Tembusan Yth :

1. Tim Asistensi RSU Muhammadiyah Sumut sebagai laporan
2. Kabag Umum dan SDM untuk diketahui
3. Kabid Pelayanan Medis untuk diketahui
4. Kabag Keuangan untuk diketahui
5. Arsip

Lampiran 6. Data Analisis

Umur	Total EPDS
20-35	6
20-35	2
>35	15
20-35	12
20-35	7
20-35	16
20-35	4
20-35	10
20-35	8
20-35	3
20-35	4
20-35	12
>35	15
>35	11
20-35	7
20-35	3
20-35	3
>35	11
>35	15
20-35	7
20-35	7
20-35	7
20-35	3
20-35	11
20-35	6
20-35	15
20-35	10
20-35	6
20-35	12
20-35	6
20-35	7
>35	4
20-35	5
>35	23
20-35	3
<20	17
20-35	12

20-35	16
20-35	16
20-35	16
20-35	13
>35	12
>35	13
20-35	8
>35	16
20-35	7
20-35	7
20-35	10
20-35	4
20-35	5
>35	16
>35	5
20-35	7
20-35	3
>35	11
20-35	3
20-35	6
20-35	6
>35	15
20-35	7
20-35	2
>35	6
>35	2
<20	22
20-35	9
>35	20
20-35	7
>35	16
20-35	4
20-35	4
>35	11
20-35	8
>35	12
20-35	6
20-35	3

Lampiran 7. Output SPSS

```

FREQUENCIES VARIABLES=Kode_Umur Kode_Depresi
/STATISTICS=MODE
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies**Notes**

Output Created		14-JUN-2026 11:23:27
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	75
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Kode_Umur Kode_Depresi /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,00

Statistics

		Kelompok Usia Ibu	Depresi Postpartum
N	Valid	75	75
	Missing	0	0
Mode		2	1

Frequency Table

Kelompok Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20	2	2,7	2,7	2,7
	20-35	53	70,7	70,7	73,3
	>35	20	26,7	26,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Depresi Postpartum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	43	57,3	57,3	57,3
	Ya	32	42,7	42,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=Kode_Umur
/STATISTICS=MODE
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

Notes

Output Created		14-JUN-2026 11:24:32
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	75
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Kode_Umur /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,00

Statistics

Kelompok Usia Ibu

N	Valid	75
	Missing	0
Mode		2

Kelompok Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20	2	2,7	2,7	2,7
	20-35	53	70,7	70,7	73,3
	>35	20	26,7	26,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=Kode_Depresi
/STATISTICS=MODE
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

Notes

Output Created		14-JUN-2026 11:25:34
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	75
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Kode_Depresi /STATISTICS=MODE /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,01

Statistics

Depresi Postpartum

N	Valid	75
	Missing	0
Mode		1

Depresi Postpartum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	43	57,3	57,3	57,3
	Ya	32	42,7	42,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=Total_EPDS
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX.

Descriptives

Notes

Output Created		14-JUN-2026 11:26:28
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	75
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	All non-missing data are used.
Syntax		DESCRIPTIVES VARIABLES=Total_EPDS /STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,01

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Total Skop EPDS	75	22	2	24	9,11	5,213
Valid N (listwise)	75					

CROSSTABS

```

/TABLES=Kode_Umur BY Kode_Depresi
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ CC PHI RISK
/CELLS=COUNT EXPECTED ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Notes

Output Created		14-JUN-2026 11:28:12
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	75
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Kode_Umur BY Kode_Depresi /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ CC PHI RISK /CELLS=COUNT EXPECTED ROW /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	524245

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kelompok Usia Ibu * Depresi Postpartum	75	100,0%	0	0,0%	75	100,0%

Kelompok Usia Ibu * Depresi Postpartum Crosstabulation

			Depresi Postpartum		Total
			Tidak	Ya	
Kelompok Usia Ibu	<20	Count	0	2	2
		Expected Count	1,1	,9	2,0
		% within Kelompok Usia Ibu	0,0%	100,0%	100,0%
	20-35	Count	39	14	53
		Expected Count	30,4	22,6	53,0
		% within Kelompok Usia Ibu	73,6%	26,4%	100,0%
	>35	Count	4	16	20
		Expected Count	11,5	8,5	20,0
		% within Kelompok Usia Ibu	20,0%	80,0%	100,0%
Total	Count		43	32	75
	Expected Count		43,0	32,0	75,0
	% within Kelompok Usia Ibu		57,3%	42,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,805 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	21,137	2	,000
Linear-by-Linear Association	9,112	1	,003
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,514	,000
	Cramer's V	,514	,000
	Contingency Coefficient	,457	,000
N of Valid Cases		75	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Kelompok Usia Ibu (<20 / 20-35)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

```
RECODE Kode_Umur (1=1) (2=2) (3=1) INTO Usia_Risiko.
VARIABLE LABELS Usia_Risiko 'Usia Risiko'.
EXECUTE.
CROSSTABS
  /TABLES=Usia_Risiko BY Kode_Depresi
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CC PHI RISK
  /CELLS=COUNT EXPECTED ROW
  /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

Lampiran 9. Dokumentasi









Lampiran 9. Surat selesai riset BRIDA



PEMERINTAH KOTA MEDAN
BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH

Jalan Jenderal Besar A. H. Nasution Nomor 32 Medan Kode Pos 20143
 Telp. (061) 7873439 Fax. (061) 7873314
 E-mail : brida@medan.go.id Website : www.brida.medan.go.id

SURAT KETERANGAN SELESAI RISET

Nomor : 000.9.2/2779

Berdasarkan Surat Keterangan Riset dari Badan Riset dan Inovasi Daerah Kota Medan Nomor 000.9.2/2007 Tanggal 13 Mei 2026, dengan ini menerangkan nama dibawah ini :

NAMA : **Sopia Salsabila Hasibuan**
 NIM : 2108260161
 PROGRAM STUDI : Pendidikan Dokter
 LOKASI : Dinas Kesehatan Kota Medan
 JUDUL : **"Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Terjadinya Depresi Postpartum"**
 Lamanya : 1 (satu) Bulan
 Penanggung Jawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Bahwa benar yang bersangkutan telah menyelesaikan Riset pada lokasi penelitian tersebut diatas.

Demikian Surat ini diperbuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya .

Dikeluarkan di : Medan
 Pada Tanggal : 26 Juni 2026



Ditandatangani secara elektronik oleh :
 Kepala Badan
 Riset dan Inovasi Daerah,
 Benny Iskandar, ST, MT
 Pembina Utama Muda (IV/c)
 NIP 197404292000031008

Tembusan :

1. Wali Kota Medan.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara .



- Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik, menggunakan **sertifikat elektronik** yang diterbitkan BSrE
 - UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah."

Lampiran 10. Surat selesai riset dari RSU Muhammadiyah , nnti nomor
lampiran berikutnya bantu ubah ya kak



RUMAH SAKIT UMUM MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

Jl. Mandala By Pass No. 27 Medan Telp : 061 – 7348222 Fax : 061 – 7348822
email : rsu.muhammadiyahsumut27@gmail.com Website : www.rsu.muhammadiyahsumut.or.id

Nomor : 2472/II.6.AU/RSUMSU/F/2026
Lamp : -
Hal : **Selesai Penelitian**

Medan, 09 Muharram 1448 H
24 Juni 2026 M

Kepada Yth :
**Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara**
Di-
Tempat

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Dengan Hormat, semoga kita semua tetap mendapat lindungan Allah SWT dan dalam keadaan sehat wal'afiat serta selalu sukses dalam menjalankan aktivitas dan tugas sehari-hari. Aamiin.

Menindaklanjuti surat RSU Muhammadiyah Sumut nomor : 1691/II.6-AU/RSUMSU/F/2026, perihal: Izin Penelitian menerangkan bahwa atas nama **Sopia Salsabila Hasibuan** telah selesai melakukan penelitian di RSU Muhammadiyah Sumut, yang dilaksanakan pada tanggal 29 April 2026 s/d 20 Juni 2026.

Demikian hal ini disampaikan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.



dr. Mohamad Riza, M.Kes., S.H., M.HKes.

Tembusan Yth :

1. Rektor Universitas Muhammadiyah Sumut (sebagai laporan)
2. Tim Asistensi RSU Muhammadiyah Sumut (sebagai laporan)
3. Kabag Umum dan SDM (untuk diketahui)
4. Kabid Pelayanan Medis (untuk diketahui)
5. Kabag Keuangan (untuk diketahui)
6. Arsip

Lampiran 11.

HUBUNGAN USIA IBU DENGAN RISIKO TERJADINYA DEPRESI POSTPARTUM

Sopia Salsabila Hasibuan¹, dr. Errol Hamzah, Sp.OG, Subsp. Obginsos², dr. Dona Wirniaty, M.Ked(OG)., Sp.OG³, dr. Munauwarus Sarirah, M.Biomed⁴

¹Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Email Korespondensi : Sofiasalsabilahsb@gmail.com

Abstrak

Depresi postpartum merupakan kondisi psikologis yang dapat muncul setelah persalinan dan berpotensi memengaruhi kesehatan ibu, kemampuan dalam merawat bayi, serta proses tumbuh kembang anak. Usia ibu menjadi salah satu faktor yang diduga berkaitan dengan risiko depresi postpartum, khususnya pada ibu berusia <20 tahun atau >35 tahun. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara usia ibu dengan risiko depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai. Penelitian menggunakan metode analitik observasional dengan desain *cross-sectional* terhadap 75 ibu postpartum yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara dan Puskesmas Bromo Kecamatan Medan Denai. Penilaian risiko depresi postpartum menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dengan *cut-off point* ≥ 10 .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia 20–35 tahun sebanyak 53 orang (70,7%), sedangkan responden berusia >35 tahun sebanyak 20 orang (26,7%) dan usia <20 tahun sebanyak 2 orang (2,7%). Sebanyak 32 responden (42,7%) termasuk dalam kategori berisiko mengalami depresi postpartum. Rata-rata skor EPDS yang diperoleh adalah $9,11 \pm 5,213$, dengan skor berkisar antara 2 hingga 24. Analisis menggunakan *Fisher's Exact Test* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara usia ibu dan risiko depresi postpartum dengan nilai $p = 0,000$. Nilai Cramer's V sebesar 0,514 menunjukkan tingkat hubungan yang kuat.

Ibu yang berada dalam kelompok usia berisiko tinggi (<20 tahun atau >35 tahun) diketahui mempunyai peluang 12,50 kali lebih besar mengalami risiko depresi postpartum dibandingkan ibu berusia 20–35 tahun (OR = 12,50; 95% CI: 3,62–43,10). Dengan demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa usia ibu memiliki hubungan yang bermakna dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai. Temuan ini menunjukkan pentingnya perhatian terhadap kelompok ibu dengan usia berisiko melalui pemantauan kondisi psikologis dan skrining depresi postpartum secara tepat.

Kata kunci : Usia Ibu; Depresi Postpartum; EPDS; Faktor Risiko; Medan Denai

Pendahuluan

Prevalensi depresi postpartum bervariasi secara global dengan angka kejadian yang cukup tinggi. Secara global, depresi postpartum mempengaruhi sekitar 10-20% ibu pascamelahirkan, menjadikannya salah satu komplikasi kesehatan mental paling umum pada periode pascapartum.¹ Di kawasan Asia, angka kejadian depresi postpartum bervariasi antara 15-30% tergantung pada populasi dan metode pengukuran yang digunakan.^{3,4} Di Indonesia, prevalensi depresi postpartum dilaporkan berkisar antara 11,6% hingga 22,9% berdasarkan berbagai penelitian di berbagai wilayah. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan depresi pada perempuan di Indonesia mencapai 7,4%, dengan 5,8% di antaranya adalah wanita usia subur.⁵ Di Kota Medan khususnya, prevalensi gangguan psikologis pascapartum menunjukkan angka yang cukup tinggi, menunjukkan urgensi penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian depresi postpartum di wilayah ini.^{6,7}

Usia ibu merupakan salah satu faktor determinan yang signifikan dalam kejadian depresi postpartum. Usia maternal yang muda telah diidentifikasi sebagai faktor risiko penting untuk gangguan psikologis pascapartum.⁸ Ibu dengan usia muda menghadapi tantangan berupa adaptasi peran sebagai ibu dan ketidakmatangan psikologis dalam menghadapi transisi

kehidupan yang signifikan. Penelitian menunjukkan bahwa ibu muda, terutama usia remaja (< 20 tahun), memiliki risiko 1,3 hingga 2 kali lebih tinggi untuk mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu dengan usia reproduksi optimal (20-35 tahun).⁹ Usia maternal yang muda dikaitkan dengan berbagai faktor risiko tambahan seperti kehamilan yang tidak direncanakan, status sosial ekonomi

yang rendah, kurangnya dukungan sosial, dan stigma sosial, yang semuanya berkontribusi terhadap peningkatan risiko gangguan kesehatan mental pascapartum.^{10,11}

Di sisi lain, ibu dengan usia maternal lanjut (≥ 35 tahun) juga menghadapi peningkatan risiko depresi postpartum, meskipun dengan mekanisme yang berbeda. Kehamilan pada usia lanjut dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi obstetrik seperti diabetes gestasional, hipertensi dalam kehamilan, kelahiran prematur, dan kelahiran sesar, yang semuanya merupakan stressor tambahan yang dapat memperburuk risiko gangguan mood pascapartum. Selain itu, ibu dengan usia lanjut sering menghadapi kekhawatiran yang lebih besar tentang kesehatan janin dan risiko kelainan kromosom, serta tantangan dalam menyeimbangkan tanggung jawab karir dan keluarga. Meskipun ibu yang lebih tua umumnya memiliki stabilitas finansial dan kematangan emosional yang lebih baik dibandingkan ibu remaja, faktor-faktor biologis dan stressor terkait komplikasi kesehatan tetap meningkatkan kerentanan mereka terhadap depresi postpartum.

Hubungan antara usia ibu dan kejadian depresi postpartum bersifat kompleks dan melibatkan interaksi multifaktorial antara aspek biologis, psikologis, dan sosial. Model biopsikososial menjelaskan bahwa risiko depresi postpartum pada berbagai kelompok usia tidak hanya dipengaruhi oleh faktor hormonal dan biologis, tetapi juga oleh kematangan psikologis, kesiapan menjadi orang tua, dukungan sosial, status ekonomi, dan konteks budaya lokal. Penelitian di Indonesia menunjukkan hasil yang bervariasi mengenai hubungan usia dengan depresi postpartum, dengan beberapa studi menemukan hubungan signifikan sementara studi lain tidak, menunjukkan perlunya penelitian lebih lanjut dengan

mempertimbangkan konteks lokal dan karakteristik populasi spesifik.^{10,11}

Di Kecamatan Medan Denai, belum terdapat data yang memadai mengenai prevalensi depresi postpartum dan hubungannya dengan karakteristik usia ibu. Mayoritas penelitian terdahulu berfokus pada satu fasilitas kesehatan tertentu, sehingga belum memberikan gambaran yang komprehensif tentang situasi di wilayah ini. Penelitian dengan cakupan yang lebih luas yang melibatkan beberapa fasilitas kesehatan di wilayah yang sama diperlukan untuk mendapatkan data yang lebih representatif dan dapat digeneralisasi pada populasi di Kecamatan Medan Denai.

Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis hubungan antara usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental dengan desain analitik observasional menggunakan pendekatan cross-sectional (potong lintang). Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKIK UMSU dengan nomor surat . No:128/KEPK/FKUMSU/2026.

Berdasarkan penelitian Kurniawati & Septiyono (2022) di Indonesia, proporsi depresi postpartum pada ibu dengan usia berisiko tinggi (<20 tahun dan >35 tahun) adalah sekitar 45%, sedangkan pada usia reproduksi optimal (20-35 tahun) adalah sekitar 22%. jumlah responden pada penelitian ini adalah 75 responden.^{7,54}

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah consecutive sampling, yaitu teknik pengambilan sampel non-probabilitas dengan memilih semua subjek yang datang dan memenuhi kriteria inklusi hingga jumlah sampel terpenuhi.⁸ Teknik ini dipilih karena: (1)

memungkinkan pengumpulan data secara prospektif; (2) praktis dan efisien untuk penelitian dengan waktu terbatas; (3) mengurangi selection bias dibandingkan dengan purposive sampling karena semua subjek yang memenuhi kriteria dimasukkan secara berurutan.

Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel dependen.

Untuk variabel kategorikal:

Menghitung frekuensi dan persentase

Menyajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi

Untuk variabel numerik (usia):

Menghitung nilai *mean*, median, standar deviasi, nilai minimum, dan maksimum, Menyajikan dalam bentuk tabel dan grafik histogram

Analisis Bivariat hubungan antara usia ibu dengan kejadian depresi postpartum dilakukan menggunakan uji Chi-Square (Pearson Chi-Square Test),

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kelompok Usia Ibu (n=75)

Kelompok Usia	Jumlah	Persentase (%)
<20 tahun	2	2,7
20–35 tahun	53	70,7
>35 tahun	20	26,7
Total	75	100,0

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berada pada kelompok usia reproduksi optimal 20–35 tahun, yakni sebanyak 53 orang (70,7%). Kelompok usia >35 tahun menempati

urutan kedua dengan 20 orang (26,7%), sedangkan kelompok usia berisiko tinggi <20 tahun merupakan proporsi terkecil dengan 2 orang (2,7%).

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Depresi Postpartum Berdasarkan Skor EPDS (n=75)

Depresi Postpartum (EPDS)	n	Persentase (%)
Tidak Depresi (skor <10)	43	57,3
Depresi Postpartum (skor ≥10)	32	42,7
Total	75	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 75 responden, sebanyak 43 orang (57,3%) tidak mengalami depresi postpartum (skor EPDS <10), sedangkan 32 orang (42,7%) teridentifikasi mengalami risiko depresi postpartum (skor EPDS ≥10). Modus variabel depresi postpartum adalah 1 (tidak depresi), yang berarti kondisi tanpa depresi merupakan kondisi yang paling sering dijumpai dalam sampel ini.

Tabel 4.3 Hubungan Kelompok Usia Ibu dengan Depresi Postpartum (n=75)

Kelompok Usia	Tidak Depresi n (%)	Depresi Postpartum n (%)	Total n (%)	p-value
<20 tahun	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	0,000
20–35 tahun	39 (73,6%)	14 (26,4%)	53 (100,0%)	
>35 tahun	4 (20,0%)	16 (80,0%)	20 (100,0%)	
Total	43 (57,3%)	32 (42,7%)	75 (100,0%)	

Tabel 4.3 memperlihatkan perbedaan proporsi depresi postpartum yang sangat mencolok antar kelompok

usia. Seluruh ibu berusia <20 tahun (2 orang, 100,0%) mengalami depresi postpartum. Pada kelompok usia >35 tahun, sebanyak 16 dari 20 responden (80,0%) teridentifikasi mengalami depresi postpartum. Sebaliknya, pada kelompok usia reproduksi optimal 20–35 tahun, hanya 14 dari 53 responden (26,4%) yang mengalami depresi postpartum. Terdapat gradien risiko yang jelas: semakin berada di luar rentang usia reproduksi optimal, semakin tinggi proporsi depresi postpartum yang ditemukan.

Tabel 4.4 Tabulasi Silang Usia Risiko dengan Depresi Postpartum (n=75)

Usia Risiko	Tidak Depresi n (%)	Depresi n (%)	Total n (%)	P value (OR)
Risiko Tinggi (<20 + >35 tahun)	4 (18,2%)	18 (81,8%)	22 (100%)	12,6 / 9,4 (semua ≥5, valid)
Risiko Rendah (20–35 tahun)	39 (73,6%)	14 (26,4%)	53 (100%)	30,4 / 22,6
Total	43 (57,3%)	32 (42,7%)	75 (100%)	43,0 / 32,0

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa ibu dengan usia risiko tinggi memiliki proporsi depresi postpartum sebesar 81,8% (18 dari 22 orang), jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok usia risiko rendah (26,4%; 14 dari 53 orang). Pada analisis 2×2 ini tidak terdapat sel dengan *expected count* <5 (minimum *expected count* = 9,39), sehingga semua uji statistik dapat diinterpretasikan dengan andal.

Fisher's Exact Test menghasilkan nilai $p = 0,000$. OR yang relevan secara klinis, dengan kelompok usia 20–35 tahun sebagai referensi, adalah $OR = 12,50$ (95% CI: 3,62–43,10; $p = 0,000$).

Artinya, ibu dengan usia risiko tinggi (<20 tahun atau >35 tahun) memiliki kemungkinan 12,50 kali lebih besar untuk mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu dengan usia reproduksi optimal 20–35 tahun. Seluruh interval kepercayaan 95% berada di atas 1, mengonfirmasi bahwa hubungan ini signifikan secara statistik.

Pembahasan

Proporsi ibu berusia >35 tahun yang cukup tinggi (26,7%) mencerminkan tren advanced maternal age yang semakin umum di perkotaan, termasuk di Medan. Rademaker et al. mencatat peningkatan prevalensi kehamilan usia lanjut di populasi urban yang dikaitkan dengan penundaan pernikahan dan faktor sosial-ekonomi.²⁶ Proporsi ibu berusia <20 tahun yang kecil (2,7%) dapat dipahami dalam konteks peningkatan akses pendidikan di daerah perkotaan, meskipun kelompok ini tetap penting secara klinis mengingat risiko psikologis yang signifikan pada ibu remaja.¹⁰

Prevalensi Depresi Postpartum Sebagai pembanding tambahan pada populasi muda Indonesia, Syamantha Putri et al. dalam analisis data Riskesdas 2018 terhadap 1.285 ibu berusia 15 sampai 24 tahun di seluruh Indonesia melaporkan prevalensi keseluruhan hanya 4,0%, jauh di bawah temuan penelitian ini.⁹ Perbedaan besar ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan instrumen pengukuran, di mana Syamantha Putri et al. menggunakan Mini International Neuropsychiatric Interview yang memiliki sensitivitas 60 sampai 80% dan bersifat lebih konservatif dibandingkan EPDS sebagai instrumen skrining.⁹ Perbedaan prevalensi pada penelitian ini kemungkinan juga dipengaruhi oleh komposisi usia sampel, di mana 29,3% responden berada pada kelompok usia risiko tinggi, yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, yang pada

penelitian ini terbukti memiliki prevalensi depresi postpartum jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok usia optimal.

Hubungan Usia Ibu dengan Depresi Postpartum Pada kelompok usia <20 tahun, seluruh responden pada kelompok ini, yaitu 2 dari 2 orang (100%), mengalami depresi postpartum. Meskipun proporsi ini berasal dari sampel yang sangat kecil sehingga harus dimaknai dengan hati-hati, arah temuan ini konsisten dengan sejumlah penelitian berdesain serupa pada populasi yang sebanding. Syamantha Putri et al. dalam analisis Riskesdas 2018 menemukan bahwa ibu berusia 15 sampai 19 tahun di Indonesia memiliki risiko depresi postpartum 3,12 kali lebih tinggi dibandingkan ibu berusia 20 sampai 24 tahun setelah dikontrol dengan variabel demografis dan reproduksi lain (adjusted odds ratio 3,12, interval kepercayaan 95% sebesar 1,12 sampai 8,72, $p=0,030$).⁹ Dinwiddie et al. dalam tinjauan terhadap ibu remaja berusia 18 tahun ke bawah melaporkan rentang prevalensi depresi postpartum 14 sampai 53%, hampir dua kali lipat dibandingkan ibu dewasa yang berkisar 6,9 sampai 16,7%, dengan faktor risiko utama berupa status belum menikah, riwayat gangguan jiwa sebelumnya, dukungan sosial terbatas, dan status sosial ekonomi rendah.⁵⁰ Anbi et al. dalam studi berbasis komunitas terhadap 167 ibu remaja berusia 11 sampai 19 tahun di Iran, menggunakan instrumen EPDS yang sama dengan penelitian ini, melaporkan prevalensi depresi postpartum 12,6%, dengan ketidakpuasan pernikahan dan riwayat depresi pramakehamilan sebagai faktor risiko utama.²¹ Ibu remaja secara umum memiliki kematangan psikologis yang belum optimal dan keterbatasan jaringan dukungan sosial. Yozwiak menegaskan bahwa populasi ini menghadapi beban psikososial berlapis, termasuk stigma sosial dan ketidaksiapan peran maternal,

sementara Angley et al. melaporkan bahwa rendahnya dukungan keluarga secara signifikan meningkatkan risiko depresi pada ibu remaja.^{48,49}

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai, diketahui bahwa sebagian besar ibu yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara dan Puskesmas Bromo berada pada kelompok usia reproduksi optimal 20–35 tahun, yaitu sebanyak 53 orang (70,7%), diikuti kelompok usia >35 tahun sebanyak 20 orang (26,7%) dan usia <20 tahun sebanyak 2 orang (2,7%). Risiko depresi postpartum berdasarkan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dengan cut-off point skor ≥ 10 ditemukan pada 32 dari 75 responden (42,7%). Rerata skor EPDS adalah $9,11 \pm 5,213$ dengan rentang skor 2–24.

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan risiko terjadinya depresi postpartum di Kecamatan Medan Denai ($p = 0,000$; Fisher's Exact Test), dengan kekuatan asosiasi yang kuat berdasarkan nilai Cramer's V sebesar 0,514. Ibu dengan usia risiko tinggi (<20 tahun atau >35 tahun) memiliki kemungkinan 12,50 kali lebih besar mengalami depresi postpartum dibandingkan ibu dengan usia reproduksi optimal 20–35 tahun ($OR = 12,50$; 95% CI: 3,62–43,10). Dengan demikian, usia ibu merupakan salah satu faktor yang berhubungan secara signifikan dengan risiko terjadinya depresi postpartum pada populasi penelitian ini.

Saran

Peneliti menyarankan kepada tenaga kesehatan, khususnya bidan dan dokter, untuk melakukan skrining depresi postpartum menggunakan EPDS secara rutin pada masa pascapersalinan,

dengan prioritas pada ibu berusia <20 tahun dan >35 tahun. Rumah sakit dan puskesmas diharapkan dapat menerapkan protokol skrining kesehatan mental, menyediakan layanan konseling serta dukungan sebaya, dan memiliki mekanisme rujukan yang jelas bagi ibu dengan skor EPDS ≥ 10 . Ibu postpartum juga dianjurkan untuk aktif mengikuti skrining dan menyampaikan keluhan emosional kepada tenaga kesehatan, dengan dukungan pasangan dan keluarga selama masa nifas.

Peneliti selanjutnya disarankan menggunakan desain kohort prospektif untuk memperjelas hubungan kausal antara usia ibu dan depresi postpartum, serta memperbesar jumlah sampel pada kelompok usia <20 tahun. Penelitian berikutnya juga perlu mengendalikan faktor perancu seperti paritas, dukungan sosial, dan status sosial-ekonomi melalui analisis multivariat serta mempertimbangkan penggunaan wawancara diagnostik terstruktur untuk mengonfirmasi depresi postpartum pada responden dengan skor EPDS ≥ 10 .

DAFTAR PUSTAKA

1. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, et al. Maternity Blues: A Narrative Review. *J Pers Med*. 2023;13(1). doi:10.3390/JPM13010154
2. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2020;49(2):127-136. doi:10.1016/j.jogn.2020.01.001
3. Nasrun EK, Andryani, Hamudi JP, et al. Analysis of the relationship between postpartum anxiety and baby blues syndrome at Dewi Sartika hospital, Kendari City. *GSC Adv Res*

- Rev. 2024;21(3):018-028.
doi:10.30574/GSCARR.2024.21.3.0465
4. Harianti TD, Syaui S, Aman A, Isra N, Ananda F. Angka Kejadian dan Karakteristik Baby Blues. *Jurnal Pendidikan Tambusai*. 2024;8(1):10931-10946.
doi:10.31004/JPTAM.V8I1.14027
 5. Kementerian Kesehatan RI. Hasil utama RISKESDAS 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta*. Published online 2018.
 6. David Taufiq, Rianti Manda. Behavioral Manifestations of Baby Blues Syndrome Among Postpartum Mothers in Muara District, North Tapanuli Regency. *Acta Psychologia*. 2024;2(4):123-130.
doi:10.35335/PSYCHOLOGIA.V2I4.45
 7. Retnosari E, Fatimah S. Prevalence And Factors That Contributing of Baby Blues Syndrome On Postpartum Mothers. *International Journal Scientific and Professional*. 2022;1(2):64-70.
doi:10.56988/CHIPROF.V1I2.10
 8. Kurniawati D, Septiyono EA. Determinants of Postpartum Blues in Indonesia. *Pedimaternel Nursing Journal*. 2022;8(1):45-52.
doi:10.20473/PMNJ.V8I1.27649
 9. Syamantha Putri A, Wurisastuti T, Yunita Suryaputri I, Mubasyiroh R. Postpartum Depression in Young Mothers in Urban and Rural Indonesia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2023;56(3):272.
doi:10.3961/JPMMPH.22.534
 10. Indarti J, Al Fattah AN, Dewi Z, Hasani RDK, Mahdi FAN, Surya R. Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia. *Obstet Gynecol Int*. 2020;2020.
doi:10.1155/2020/2787602
 11. Adama MuhAW, Santy I, Irwan I. Risk Factors Affecting The Incident Of Baby Blues Syndrome. *J Healthc Technol Med*. Published online 2024. Accessed November 5, 2025.
<https://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/health/article/view/4974>
 12. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(9).
doi:10.3390/DIAGNOSTICS14090865
 13. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(Suppl 2):S216. doi:10.4103/0019-5545.161481
 14. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009;113(1-2):77-87.
doi:10.1016/J.JAD.2008.05.003
 15. Landman A, Ngameni EG, Dubreucq M, et al. Postpartum blues: a predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *European Psychiatry*. 2024;67(1):e30.
doi:10.1192/J.EURPSY.2024.1741
 16. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics*. 2024;14(9):865.
doi:10.3390/DIAGNOSTICS14090865
 17. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend*. 2018;74(3):223-234.

- doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2004.02.004
18. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
 19. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1355-1373. doi:10.1016/J.IJNURSTU.2009.02.012
 20. Nurbaeti I, Deoisres W, Hengudomsu P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sex Reprod Healthc*. 2019;20:72-76. doi:10.1016/j.srhc.2019.02.004
 21. Anbi AA, Jahdi NS, Ranjbar F, Hakimi S. Postpartum depression, and post-traumatic stress disorder and resultant risk factors among teenage mothers: a community-based study. *Discover public health*. 2024;21(1). doi:10.1186/S12982-024-00282-Y
 22. Abdul Rahim K, Egglestone NJ, Tsagareli IG, Usmani W, Meherali S, Lassi ZS. Mental health outcomes beyond the post-partum period among adolescent mothers: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Behav Med*. 2024;12(1). doi:10.1080/21642850.2024.2305741
 23. Akbarzadeh M, Mokhtaryan T, Amooee S, Moshfeghy Z, Zare N. Investigation of the effect of religious doctrines on religious knowledge and attitude and postpartum blues in primiparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(5):570. doi:10.4103/1735-9066.164586
 24. Chechko N, Losse E, Frodl T, Nehls S. Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open*. 2023;10(1). doi:10.1192/BJO.2023.612
 25. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekol Pol*. 2016;87(6):442-447. doi:10.5603/GP.2016.0023
 26. Rademaker D, Hukkelhoven CWPM, van Pampus MG. Adverse maternal and perinatal pregnancy outcomes related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the Netherlands: A population-based cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(5):941-948. doi:10.1111/AOGS.14064
 27. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
 28. Sari OP, Suharto A. Hubungan Usia Dan Paritas Ibu Dengan Kejadian Postpartum Blues Di PMB "W" Magetan. *Gema Bidan Indonesia*. 2021;10(2). doi:10.36568/GEBINDO.V10I2.3
 29. Wulan N, Mawati IP, Sutandi A. Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian baby blues syndrome pada ibu postpartum. *Journal of Nursing Practice and Education*. 2023;4(1):189-196. doi:10.34305/JNPE.V4I1.952
 30. Zhang K, He L, Li Z, et al. Bridging Neurobiological Insights and Clinical Biomarkers in Postpartum Depression: A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences* 2024, Vol 25, Page 8835. 2024;25(16):8835. doi:10.3390/IJMS25168835
 31. Stefana A, Mirabella F, Gigantesco

- A, Camoni L. The screening accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to detect perinatal depression with and without the self-harm item in pregnant and postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2024;45(1). doi:10.1080/0167482X.2024.2404967
32. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):490-498. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2013.87
 33. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord.* 2013;146(2):224-230. doi:10.1016/J.JAD.2012.09.009
 34. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2020;371. doi:10.1136/BMJ.M4022
 35. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. *J Clin Med Res.* 2014;6(5):374. doi:10.14740/jocmr1883w
 36. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1). doi:10.1186/S12884-016-0859-2
 37. Lin J, Huang J, Zhu Q, Kuang Y, Cai R, Wang Y. Effect of Maternal Age on Pregnancy or Neonatal Outcomes Among 4,958 Infertile Women Using a Freeze-All Strategy. *Front Med (Lausanne).* 2020;6:316. doi:10.3389/FMED.2019.00316
 38. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186287. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0186287
 39. Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;70:2-9. doi:10.1016/J.BPOBGYN.2020.06.006
 40. Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010 10:1. 2010;10(1):1-8. doi:10.1186/1471-2393-10-36
 41. Ladores S, Corcoran J. Investigating Postpartum Depression in the Adolescent Mother Using 3 Potential Qualitative Approaches. *Clin Med Insights Pediatr.* 2019;13:1179556519884042. doi:10.1177/1179556519884042
 42. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort. *PLoS One.* 2013;8(2). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0056583
 43. Hadiwinata G, Djuwantono T, Suardi D. Effect of Advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome: A Retrospective Study from Three Academic Teaching Hospitals in Indonesia. *Journal of Obstetrics,*

- Gynecology and Cancer Research*. 2025;10(5):383-389.
doi:10.30699/JOGCR.10.5.383
44. Yaman FK, Ezveci H, Dogru S, Harmanci MS, Bahçeci P, Gezginç K. The Impact of Advanced Maternal Age on Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes. *J Clin Med*. 2025;14(15).
doi:10.3390/JCM14155387
 45. Deng Q, Ji T, Chu G, Tan H. Pregnancy Outcomes Following Assisted Reproductive Technology in Advanced Maternal Age Primiparous Women: A Retrospective Cohort Study. *Int J Womens Health*. 2025;17:2443-2449.
doi:10.2147/IJWH.S538128
 46. Tenaw LA, Ngai FW, Bessie C. Effectiveness of Psychosocial Interventions in Preventing Postpartum Depression Among Teenage Mothers—Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Prevention Science*. 2024;25(7):1091.
doi:10.1007/S11121-024-01728-0
 47. Muzik M, Kirk R, Alfafara E, Jonika J, Waddell R. Teenage mothers of black and minority ethnic origin want access to a range of mental and physical health support: a participatory research approach. *Health Expect*. 2016;19(2):403-415.
doi:10.1111/HEX.12364
 48. Angley M, Divney A, Magriples U, Kershaw T. Social support, family functioning and parenting competence in adolescent parents. *Matern Child Health J*. 2015;19(1):67-73.
doi:10.1007/S10995-014-1496-X
 49. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: a review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(3):172-178.
doi:10.1016/J.JPAG.2009.09.003
 50. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018;39(3):168-175.
doi:10.1080/0167482X.2017.1334051
 51. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Rineka Cipta; 2018.
 52. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*. 2020;158(1):S65-S71.
doi:10.1016/j.chest.2020.03.012
 53. Dahlan M. *Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*. Edisi ke-3. Salemba Medika; 2013.
 54. Kurniawati D, Septiyono EA. Determinants of Postpartum Blues in Indonesia. *Pedimatern Nursing Journal*. 2022;8(1):45-52.
doi:10.20473/PMNJ.V8I1.27649
 55. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Alfabeta; 2017.
 56. McHugh ML. The chi-square test of independence. *Biochem Med (Zagreb)*. 2013;23(2):143-149.
doi:10.11613/BM.2013.018
 57. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationship. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*. 2024;14(3).
doi:10.3390/BS14030147
 58. Bhakta M, Satapathy DM, Padhy M, et al. Assessing the Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression: A Cross-Sectional Study Conducted in the Urban Areas of Ankuli in Southern Odisha. *Cureus*. 2024;16(6).
doi:10.7759/CUREUS.61503