

Depresi dan Kesejahteraan Spiritual pada Ibu Hamil Risiko Tinggi

Depression and Spiritual Well-Being Among High-Risk Pregnant Women

Fitrias Putri Handayani, Endang Fourianalisyawati

Fakultas Psikologi Universitas YARSI, Jakarta

Abstract: *This study aimed to investigate the relationship between depression and spiritual well-being among women with high-risk pregnancy. A quantitative method with correlational design was employed. Eighty-five participants were recruited for this study using accidental sampling technique. All participants were pregnant women with a high-risk pregnancy (between 24 and 36 weeks of gestation). Data were collected using two instruments, namely an adapted CESD-R (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale Revised) to measure depression and an adapted Gomez & Fisher's SWBQ (Spiritual Well-Being Questionnaire) to measure spiritual well-being. Results showed that there was a significant negative relationship between depression and spiritual well-being ($r = -0,422$ in the significance level of 0.01). It can be concluded from the result that the low level of depression correlates with the high spiritual well-being.*

Key words: *Depression, spiritual well-being, high-risk pregnancy*

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk melihat depresi dan kesejahteraan spiritual pada ibu hamil risiko tinggi. Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain korelasional. Dalam penelitian ini depresi dan kesejahteraan spiritual diukur dengan alat ukur yang telah diadaptasi, depresi diukur dengan *Center For Epidemiological Studies - Depression Scale Revised* (CESD-R) sedangkan kesejahteraan spiritual diukur dengan *Spiritual Well-being Questionnaire* (SWBQ). Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik accidental sampling dan sebanyak 89 ibu hamil risiko tinggi dengan usia kehamilan diatas 6 bulan (24 – 36 minggu) menjadi partisipan dalam penelitian ini. Hasil menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan dan bernilai negatif antara depresi dengan kesejahteraan spiritual sebesar $r = - 0,422$ (hubungan sedang) dengan signifikansi 0,01. Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah tingkat depresi yang rendah memiliki hubungan dengan kesejahteraan spiritual yang tinggi.

Kata Kunci: Depresi, kesejahteraan spiritual, kehamilan risiko tinggi

Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan adanya pembuahan atau konsepsi, masa pembentukan bayi dalam rahim, dan diakhiri dengan lahirnya sang bayi (Manuaba, 2007). Banyak yang berubah saat kehamilan, mulai dari kondisi fisik maupun psikososial karena pertumbuhan dan perkembangan alat reproduksi

dan janin (Fourianalisyawati, 2018). Pertumbuhan dan perkembangan alat reproduksi yang dimaksudkan adalah persiapan ibu untuk menyusui dan saluran kelahiran untuk persalinan. Perubahan ini dapat menimbulkan beberapa rasa sakit atau nyeri pada ibu hamil (Triwulandari & Fourianalisyawati, 2017).

Korespondensi tentang artikel ini dapat dialamatkan kepada Fitrias Putri Handayani melalui email: fitrias.putri08@gmail.com, atau Endang Fourianalisyawati melalui email: endangfouriana@gmail.com

Secara normal, kehamilan umumnya berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Selain kehamilan normal, ada juga yang disebut dengan kehamilan risiko tinggi (KRT). Kehamilan risiko tinggi adalah kondisi kehamilan yang menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar terhadap ibu maupun janin yang dikandung (Manuaba, 2007). Prawiroharjo (2008) menyatakan bahwa kehamilan risiko tinggi dapat berlangsung kurang atau lebih dari 280 hari.

Ibu-ibu hamil yang memiliki riwayat penyakit tertentu atau komplikasi, seperti pre-eklampsia, diabetes dan darah tinggi termasuk dalam kondisi kehamilan resiko tinggi. Selain itu, anemia, sakit jantung, obesitas, penyakit terkait saluran kencing, penyakit hati, dan penyakit paru-paru yang diderita ibu-ibu hamil juga membuat mereka termasuk dalam kondisi kehamilan dengan risiko tinggi (Vasquez, Acuna, & Montanez, 2012).

Indonesia merupakan salah satu dari negara-negara dengan angka kematian ibu hamil yang cukup tinggi. Setiap tahunnya, dari 5.000.000 persalinan, diperkirakan sekitar 18.500-19.000 ibu meninggal dunia (Manuaba, 2007). Angka kematian ibu di Indonesia rata-rata mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2014). Angka kematian ibu paling tinggi disebabkan oleh kasus perdarahan (28%) dan hipertensi dalam kehamilan (24%) (Kemenkes RI, 2014). Laporan Rutin Tahunan Program Kesehatan Ibu Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia juga menunjukkan penyebab kematian ibu hamil masih didominasi oleh pendarahan (32%), hipertensi dalam kehamilan (25%), dan baru diikuti oleh infeksi (5%), partus lama (5%) dan abortus (1%) (Kemenkes RI, 2014). Beberapa penyebab kematian ibu hamil sekaligus merupakan faktor dari kehamilan risiko tinggi.

Namun, selain persoalan fisik, aspek psikologis juga dapat memengaruhi kondisi kehamilan ibu. Kehamilan merupakan

krisis maturasi yang dapat menimbulkan stres pada setiap ibu (Susanti, 2006). Jika krisis tersebut dapat ditanggulangi, maka seorang ibu menjadi siap untuk memasuki fase baru, yaitu mengemban tanggung jawab dan merawat kehamilannya. Konsep diri pun berubah, menyiapkan peran baru dan menjadi orang tua (Susanti, 2006). Namun, jika berbagai perubahan yang dialami ibu hamil tidak berhasil diatasi, maka masalah psikologis dapat muncul.

Terutama saat kehamilan pertama, ibu hamil sering takut akan perubahan yang terjadi secara fisik pada dirinya, seperti khawatir penampilannya akan berubah setelah kehamilan, atau mulai timbul ketidakpercayaan diri karena perubahan yang terjadi. Selain itu, dapat dimungkinkan munculnya rasa takut tidak mendapat perhatian dari pasangan karena bentuk fisik yang berubah (Susanti, 2006). Jika tidak mampu diatasi, perubahan-perubahan tersebut dapat mengakibatkan timbulnya masalah psikologis yang serius, seperti stres, kecemasan dan depresi (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012).

Menurut Hawari (2006), kehilangan rasa percaya diri dan harga diri merupakan beberapa gejala stres berat. Jika muncul gejala menarik diri dari lingkungan, jarang berkumpul dengan sesamanya, lebih suka menyendiri, mudah tersinggung, mudah marah dan mudah emosi, maka individu-individu yang mengalami gejala ini dapat mengalami depresi (Hawari, 2006).

Sekitar 10-20% wanita di Amerika mengalami gejala depresi, dan seperempat sampai setengah dari mereka terkena depresi yang berat (Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner, & Swinson, 2005). Pada studi lain di Amerika terhadap 360 ibu hamil, 10% dari mereka mengalami depresi saat kehamilan dan 6,8% yang mengalami depresi pasca kehamilan. Pada kondisi tertentu, kehamilan risiko tinggi juga dapat menyebabkan depresi (Kessler, Berglund, & Demler, 2003). Berdasarkan penelitian sebelumnya di Indonesia, 21.8% dari ibu hamil yang

berisiko tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan ibu hamil yang tidak mengalami kehamilan risiko tinggi (Fourianalistyawati & Caninsti, 2014).

Depresi selama kehamilan merupakan gangguan *mood* yang sama seperti halnya pada depresi yang terjadi pada orang pada umumnya, dimana pada kejadian depresi akan terjadi perubahan kimiawi pada otak. Perubahan kimiawi pada otak ibu hamil ini akan mempengaruhi kondisi psikologisnya (Kurniawan, Ratep, & Westa, tanpa tahun). Depresi juga terjadi karena adanya perubahan hormon yang memengaruhi *mood* ibu hamil, sehingga mereka merasa kesal, jenuh atau sedih tanpa alasan. Selain itu, gangguan tidur yang kerap terjadi menjelang proses kelahiran, dan adanya kekhawatiran akan kandungannya dapat menyebabkan ibu menjadi merasa tertekan dan depresi (Dietz, Williams, Callaghan, Bachman, Whitlock, & Hornbrook, 2007).

Perubahan psikologis dan risiko munculnya kecemasan, stres, dan depresi lebih mungkin terjadi pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi (Hawari, 2006). Pada kehamilan yang berisiko tinggi, permasalahan psikologis seperti stres dan depresi bukan hanya terjadi pada saat kehamilan, namun juga masih berlangsung setelah kelahiran (Vasquez, Acuna, & Montanez, 2012). Kondisi stres ibu dan masalah depresinya yang dialami sebelum kelahiran akan berdampak buruk terhadap janin. Sementara depresi ibu yang terjadi setelah kelahiran dapat berdampak buruk terhadap perkembangan kognitif, perilaku dan psikomotorik bayi (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012).

Depresi merupakan kondisi dimana individu mengalami gejala seperti perasaan sedih, tertekan, kesepian, merasa pesimis, berkurang nafsu makan, membutuhkan usaha yang lebih besar untuk melakukan sesuatu, sulit tidur, sulit melakukan sesuatu dan memiliki hubungan sosial yang kurang baik (Radloff, 1977). Eaton, Muntaner, Smith, Tien, dan Ybarra (2004) meny-

takan ada sembilan dimensi yang bisa digunakan untuk menilai adanya depresi, yaitu: 1) kesedihan; 2) kehilangan minat; 3) nafsu makan; 4) tidur; 5) berpikir dan konsentrasi; 6) rasa bersalah dan tidak berharga; 7) kelelahan; 8) pergerakan; 9) keinginan untuk bunuh diri.

Banyak faktor yang terkait dengan depresi ibu hamil. Selain kondisi sosial, ekonomi, dan psikologis, spiritualitas juga memiliki kaitan dengan depresi ibu hamil. Hasil penelitian Maselko, Gilman, dan Buka (2008) menunjukkan bahwa tingkat spiritualitas yang tinggi dapat mengurangi 30% gejala depresi. Hasil dari penelitian Chairunnisa dan Fourianalistyawati (2017) juga menunjukkan bahwa spiritualitas dapat menurunkan depresi pada ibu hamil. Hal ini terjadi karena spiritualitas dapat memberikan kekuatan psikologis (Price, 2007). Spiritualitas memiliki hubungan yang positif dengan kesejahteraan psikologis individu (Fourianalistyawati, 2017).

Selain itu, dilaporkan bahwa memiliki pengetahuan tentang spiritualitas saja sudah dapat mengurangi kecemasan dan depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang spiritual membantu individu dalam mengontrol stres dan depresi yang terjadi pada keluarga ibu hamil risiko tinggi (Sittner, DeFrain, & Hudson, 2005). Spiritualitas yang tinggi juga berpengaruh signifikan terhadap dukungan sosial yang baik, keberhargaan diri yang tinggi dan dapat mengurangi masalah psikososial pada ibu hamil risiko tinggi (Jesse & Reed, 2006). Hasil penelitian Bowen, Baetz, dan D'Arcy (2006) bahkan menunjukkan bahwa spiritualitas sebagian subjek studi mereka meningkat pada saat timbul gejala depresi. Beberapa hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa depresi berkaitan dengan spiritualitas. Dalam hal ini, konsep spiritualitas dalam penelitian-penelitian tersebut umumnya merujuk pada kesehatan spiritual (*spiritual health*) atau kesejahteraan spiritual (Moodley, 2008). "Kesejahteraan spiritual" lebih dipilih sebagai nama variabel dalam

penelitian ini dengan alasan istilah atau konsep tersebut lebih dapat melingkupi isu-isu terkait kondisi spiritual dan kesehatan spiritual.

Kesejahteraan spiritual adalah suatu keadaan yang merefleksikan perasaan positif, perilaku dan kognisi dari hubungan dengan diri sendiri dan orang lain, serta hubungan dengan Yang Maha Kuasa (*transcedent*) dan alam, yang pada akhirnya memberikan individu suatu rasa identitas, keutuhan, kepuasan, suka cita, rasa puas, keindahan, cinta, rasa hormat, sikap positif, kedamaian dan keharmonian batin, serta tujuan dan arah dalam hidup (Gomez & Fisher, 2005).

Spiritualitas merupakan salah satu aspek yang dapat memengaruhi depresi ibu dengan kehamilan risiko tinggi. Keadaan kesejahteraan spritual ibu hamil dengan risiko kehamilan tinggi berkaitan dengan kemungkinan depresi yang mereka alami dan kemampuan dalam mengatasi kondisi tersebut. Berdasarkan hal tersebut perlu dilakukan penelitian untuk menguji apakah ada hubungan antara depresi dengan kesejahteraan spiritual pada ibu hamil yang memiliki risiko kehamilan tinggi.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian korelasional untuk menguji hubungan antara variabel bebas (X) dan variabel terikat (Y). Variabel bebas (*independen*) dalam penelitian ini adalah depresi, sedangkan variabel terikatnya (*dependen*) adalah kesejahteraan spiritual

Sampel

Sampel pada penelitian ini berjumlah 89 partisipan ibu hamil resiko tinggi yang berada di wilayah Jakarta Timur. Lokasi penelitian yang digunakan adalah beberapa rumah sakit atau klinik bersalin yang berada di daerah Jakarta Timur. Penentuan tempat pengambilan sampel ini didasari oleh pertimbangan bahwa wilayah Jakarta

Timur memiliki angka kematian ibu dengan hamil risiko tinggi yang lebih besar dibandingkan wilayah lainnya.

Penelitian ini menggunakan *non-probability sampling*, artinya tidak semua populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi sampel dari penelitian. Dalam hal ini, hanya ibu hamil yang sesuai dengan kriteria saja yang dapat direkrut menjadi subjek penelitian. Selain itu, teknik *accidental sampling* juga digunakan. Teknik *sampling* ini merupakan cara pengambilan sampel secara kebetulan. Artinya, siapa saja yang sesuai kriteria yang bertemu saat itu dengan peneliti bisa dijadikan sampel.

Karakteristik sampel pada penelitian ini adalah ibu hamil dengan resiko tinggi, dengan karakteristik dari Manuaba (2007) yaitu: (1) Pernah melakukan operasi pada rahim atau operasi saat persalinan; (2) Mengalami keguguran yang berulang, kematian intrauteri (3) Sering mengalami pendarahan, nyeri abdomen, serviks inkompeten atau serviks yang tidak berfungsi, kista ovarium dan terjadi infeksi saat kehamilan; (4) Persalinan prematur; dan (5) Usia kehamilan 6 bulan keatas. Pemilihan sampel dengan usia kehamilan 6 (enam) bulan ke atas didasari alasan bahwa alat ukur kesejahteraan spiritual dalam penelitian ini lebih tepat untuk melihat pengalaman spiritual individu dalam 6 bulan terakhir.

Tekni pengumpulan data

Depresi diukur menggunakan CESD-R (*Center For Epidemiological Studies-Depression Scale Revised*) yang telah diadaptasi.. Semakin tinggi skor yang didapatkan subjek, maka semakin tinggi depresi seseorang. Sebaliknya, semakin rendah skor yang didapatkan subjek, maka semakin rendah tingkat depresinya.

Variabel kesejahteraan spiritual diukur dengan skala hasil adaptasi *spiritual well-being questionnaire* (SWBQ) yang dikembangkan oleh Gomez dan Fisher

(2005). Terdapat empat dimensi dalam alat ukur ini, yaitu *personal, communal, environmental* dan *transcendental*. Skor pada masing masing dimensi akan di dapatkan melalui respon dari individu pada tiap-tiap butir atau aitem dari dimensi tersebut. Semakin tinggi skor seseorang maka semakin tinggi pula kesejahteraan spiritualnya. Sebaliknya, semakin rendah skor seseorang maka semakin rendah kesejahteraan spiritualnya.

Dalam penelitian ini, digunakan teknik analisis korelasi *product moment* dari *Pearson* dengan bantuan SPSS.

Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini menghasilkan analisis data terkait uji asumsi, dan hipotesis Skor pada alat ukur depresi (CESDR) merupakan skor tunggal, memiliki rentang antara 0-80. Berikut merupakan gambaran statistik deskriptif skor depresi:

Tabel 1. Hasil Data Depresi

Skor Minimum	0
Skor Maksimum	42
Skor Rata-rata	10.46
Std. Deviasi	9.703

Untuk mengetahui tingkat depresi maka skor total dibandingkan dengan norma. Pembuatan norma atau kategori dilakukan untuk membuat skor lebih yang bermakna (Nisfanoor, 2012). Kategorisasi digunakan dalam penelitian ini adalah kategorisasi dari norma alat ukur CESD-R.

Hasil data seperti tercantum dalam Tabel 2 menunjukkan bahwa 80% dari responden tidak menunjukkan adanya gejala depresi. Sedangkan 20% dari total

jumlah responden, memiliki gejala depresi. Peneliti tidak dapat mengetahui dari 20% responden, berapa saja yang berada pada depresi rendah, sedang atau tinggi, karena

Tabel 2. Kategorisasi Depresi

Kategori	Rentang Skor	Persen
Tidak terdapat gejala depresi	0 – 16	80%
Terdapat gejala depresi	17 – 42	20%

memerlukan pemeriksaan lebih lanjut oleh praktisi medis yang dalam hal ini adalah psikiater.

Selanjutnya, hasil analisis data dari pengukuran kesejahteraan spiritual. Skor pada alat ukur kesejahteraan spiritual (SWBQ) adalah skor tunggal, memiliki rentang antara 0-100. Untuk mengetahui tingkat kesejahteraan spiritual maka skor total dibandingkan dengan norma.

Tabel 3. Hasil Data Kesejahteraan Spiritual

Skor Minimum	59
Skor Maksimum	100
Skor Rata-rata	73.93
Std. Deviasi	9.902

Hasil perhitungan seperti tercantum dalam Tabel 3 menunjukkan nilai variabel kesejahteraan spiritual memiliki *mean* sebesar 73,93 dan standar deviasi 9,902. Setelah dimasukkan ke tabel rumus kategorisasi, maka didapatkan hasil seperti dipaparkan dalam Tabel 4. Hasil kategorisasi menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual pada tingkat sedang paling banyak dimiliki subjek (67%). Sementara 19% dari total subjek memiliki kesejahteraan spiritual

Tabel 4. Kategorisasi Kesejahteraan Spiritual

Rentang Nilai	Kategori	Rentang Skor	Frekuensi	Persen
$x \leq 64,028$	Rendah	0-64	17	19%
$64,028 < x \leq 83,832$	Sedang	65-83	60	67%
$83,832 \leq x$	Tinggi	84-100	12	14%

yang rendah, dan 14 % memiliki kesejahteraan spiritual yang tinggi.

Selanjutnya uji normalitas menghasilkan data seperti tercantum dalam Tabel 5. Kedua variabel yang digunakan dalam penelitian ini diketahui berdistribusi normal dengan skor depresi (K-SZ=1,326 $p=0,060$, $p>0,05$), dan kesejahteraan spiritual (KSZ=1,094 $p=0,183$, $p>0,05$).

Tabel 5. Normalitas Data

	Depresi	Kesejahteraan Spiritual
K-SZ	1,326	1,094
Sig (2-tailed)	0,060	0,183

Dalam melihat hubungan antara depresi dengan kesejahteraan spiritual pada ibu hamil risiko tinggi, dilakukan uji hipotesis. Uji ini dilakukan dengan cara mengkorelasikan skor total depresi dengan skor total pada kesejahteraan spiritual. Hasil uji korelasi produk momen dari Pearson seperti tampak pada Tabel 6 menunjukkan nilai korelasi yang negatif ($r=-0,422$) dengan nilai signifikansi $p=0,01$.

Tabel 6. Hasil Uji Korelasi

	Depresi	Kesejahteraan Spiritual
Depresi	0,01	-0,422**
Kesejahteraan Spiritual	-0,422**	0,01

Hasil uji korelasi tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ($p<0,05$) dan bernilai negatif antara depresi dengan kesejahteraan spiritual. Kekuatan hubungan ada di level sedang ($r = -0,422$). Hubungan yang bersifat negatif ini memiliki arti bahwa semakin tinggi depresi, semakin rendah kesejahteraan spiritualnya. Sebaliknya, semakin rendah depresi, maka semakin tinggi kesejahteraan spiritualnya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis yang diajukan penelitian

ini dapat diterima, yaitu ada hubungan antara depresi dan kesejahteraan spiritual. Secara teoritis hubungan tersebut juga diasumsikan bersifat negatif. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa pada ibu hamil yang berisiko tinggi, depresi memiliki korelasi negatif dengan setiap aspek kualitas hidup seperti kesejahteraan psikologis, dan hubungan sosial (Fauzy & Fourianalisyawati, 2016). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual yang tinggi memiliki hubungan yang signifikan dengan penurunan tingkat depresi (Bekelman, Dy, Becker, Wittstein, Hendricks, Yamashita, & Gottlieb, 2007).

Penjelasan yang dapat diberikan terhadap hasil penelitian ini adalah bahwa kehamilan risiko tinggi berkaitan dengan emosi negatif seperti kecemasan atau depresi akibat kondisi negatif yang dialaminya. Kesejahteraan spiritual yang mereka miliki berperan penting dalam membantu mengatasi emosi negatif tersebut. Semakin baik kesejahteraan spiritual para ibu hamil risiko tinggi, semakin besar peluang mereka untuk dapat mengatasi gejala depresi. Sebaliknya, jika kesejahteraan spiritualnya rendah, maka mereka akan lebih sulit menangani emosi negatif tersebut. Hasil penelitian sebelumnya juga mendukung penjelasan ini bahwa ibu hamil risiko tinggi cenderung memiliki kesejahteraan spiritual rendah, sehingga cenderung mengalami depresi lebih besar (Dunn, Handley, & Shelton, 2007).

Namun, data penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan tidak memiliki gejala depresi (80%). Hal ini dapat dikaitkan dengan tingkat kesejahteraan spiritual sebagian besar subjek penelitian ini yang berada dalam keadaan sedang (67%) dan tinggi (14%).

Dari hasil analisis data demografis, penelitian ini menemukan bahwa suku bangsa Jawa adalah yang paling besar (46%), sedangkan yang paling sedikit adalah Melayu (4%). Sedangkan, berdasarkan analisis statistik, berdasarkan suku

bangsa, diperoleh data bahwa ibu hamil dengan suku bangsa Melayu memiliki nilai rata-rata (*mean*) depresi paling tinggi (25,50), sedangkan ibu hamil dari suku bangsa Minangkabau memiliki *mean* depresi yang paling rendah (4,33).

Selain itu, hasil analisis tambahan menemukan bahwa tidak ada perbedaan *mean* yang signifikan antara skor depresi ibu ditinjau dari aspek demografis seperti usia kehamilan, karakteristik ibu, agama, pendidikan, penghasilan, usia ibu dan status pernikahan. Hal ini dapat disebabkan oleh persebaran data yang tidak merata, misalnya usia 20-30 paling banyak pada partisipan dibandingkan usia 31-41. Sarafino (1998) menyatakan banyak faktor psikososial yang memengaruhi depresi, diantaranya kematian orang terdekat, kehilangan pekerjaan, dan adanya perubahan dalam kehidupan seseorang. Hal ini bisa menjelaskan mengapa tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antara depresi dengan tingkat penghasilan, pendidikan, usia, agama, dan status pernikahan.

Simpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara depresi dengan kesejahteraan spiritual pada ibu hamil risiko tinggi. Depresi memiliki korelasi negatif yang signifikan dengan kesejahteraan spiritual. Artinya, semakin tinggi depresi individu, kesejahteraan spiritual-

nya juga akan semakin rendah. Sebaliknya, semakin rendah depresinya, maka akan semakin tinggi kesejahteraan spiritualnya. Kekuatan hubungan atau korelasi pada penelitian ini menunjukkan level sedang. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan sebanyak 80% dari ibu hamil risiko tinggi yang menjadi subjek penelitian ini tidak menunjukkan adanya gejala depresi dan 67% dari total jumlah subjek memiliki kesejahteraan spiritualitas dalam kategori sedang.

Saran

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara depresi dengan kesejahteraan spiritual pada ibu hamil risiko tinggi. Diharapkan praktisi medis seperti psikiater atau psikolog agar dapat memberikan intervensi untuk ibu hamil yang memiliki risiko kehamilan tinggi terkait dengan cara mengatasi depresi dan meningkatkan kesejahteraan spiritualnya.

Selain itu, metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*, hal ini lah yang dapat menjadi salah satu penyebab tidak ditemukannya hubungan yang signifikan antara data demografis dengan depresi dan kesejahteraan spiritual. Penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan metode pengambilan sampel yang lebih sistematis, agar lebih terstruktur dan lebih merata dalam pembagian sampel.

Daftar Pustaka

- Bekelman, D. B., Dy, S. M., Becker, D. M., Wittstein, I. S., Hendricks, D. E., Yamashita, T. E., & Gottlieb, S. H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (4), 470-477. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0044-9>
- Bowen, R., Baetz, M., & D'Arcy, C. (2006). Self-rated importance of religion predicts one year outcome of patients with panic disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, 23, 266-273. DOI: 10.1002/da.20157.
- Chairunnisa, A & Fourianalistyawati, E. (2017). The Role of Self-Compassion and Spirituality Toward Depression Among Pregnant Women. *Presented*

- in ASIA International Multi-disciplinary Conference. 1-2 Mei 2017. Johor Bahru: Universiti Teknologi Malaysia. DOI:10.13140/RG.2.2.22185.29287
- Dietz, P. M., Williams, S. B., Callaghan, W M., Bachman, D. J., Whitlock, E. P., & Hornbrook, M. C. (2007). Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*, 164 (10), 1515-1520. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06111893
- Dunn, L. L., Handley, M. C., & Shelton, M. M. (2007). Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (11), 1235-1246. DOI:10.1080/01612840701651504
- Eaton, W., Muntaner, C., Smith, C., Tien., & Ybarra, M. (2004). *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R)*. New Jersey: Lawrence Elbaum.
- Fauzy, R., & Fourianalistyawati, E. (2016). Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pada ibu hamil berisiko tinggi. *Jurnal Psikogenesis*, 4 (2), 207-214.
- Fourianalistyawati, E. (2017). Mindfulness: Membawa Kesadaran sebagai Langkah Awal Memaknai Perjalanan Hidup. In Tim Pengajar Fakultas Psikologi YARSI (Ed.), *Warna-warni Psikologi untuk Negeri: Pemikiran dan Aplikasinya* (pp. 23–30). Jakarta: Deepublish. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Fourianalistyawati, E. (2018). Mindfulness: suatu pendekatan dalam menghadapi rasa sakit pada ibu hamil. *Buletin KPIN (Konsorsium Psikologi Ilmiah Nusantara)*, 4(2). Diakses pada tanggal 26 Maret 2018 dari <http://buletin.k-pin.org/index.php/arsip-artikel/226-mindfulness-suatu-pendekatan-dalam-menghadapi-rasa-sakit-pada-ibu-hamil>
- Fourianalistyawati, E., & Caninsti, R. (2014). *Kualitas hidup pada ibu dengan kehamilan risiko tinggi*. Dipresentasikan pada Konferensi Nasional II Psikologi Kesehatan Universitas YARSI, Jakarta. Diakses pada 26 Maret 2018 dari https://www.researchgate.net/publication/320597324_Kualitas_Hidup_pada_Ibu_dengan_Kehamilan_Risiko_Tinggi
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106 (5, Pt 1):1071-1083. DOI:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2005). Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38 (5), 1107-1121. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.07.009>
- Hawari, D. (2006). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Indonesia.
- Jesse, D. E., & Reed, P. G. (2006). Effect of Spirituality and Psychosocial Well-Being on Health Risk Behaviors in Appalachian Pregnant Women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33 (6) : 739-747. DOI: 10.1177/0884217504270669
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2014). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI: Situasi Kesehatan Ibu*. Diperoleh pada 15 Desember 2018 dari: <http://www.>

- depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf
- Kessler R. C., Berglund, P., & Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289 (23), 3095-105. DOI:10.1001/jama.289.23.3095
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield., H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Journal of Child Psychiatry Human Development*, 43 (5), 683-714. DOI: 10.1007/s10578-012-0291-4
- Kurniawan, E. S., Ratep, N., & Westa, W. (tanpa tahun). Faktor penyebab depresi pada ibu hamil selama asuhan antenatal setiap trimester. Diperoleh pada 9 November 2017 dari: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=14481&val=970>
- Manuaba (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Maselko, J., Gilman, S. E., & Buka, S. (2008). Religious Service Attendance and Spiritual Well-Being are Differentially Associated with Risk of Major Depression. *Psychol Med*, 39 (6), 1009-1017. DOI: 10.1017/S0033 291708004418
- Moodley, T. (2008). The relationship between coping and spiritual well-being during adolescence. (*PhD Theses*). Department of Psychology Faculty of Humanities, University of The Free State Bloemfontein. Diperoleh pada 15 November 2017 dari:<http://scholar.ufs.ac.za:8080/xmlui/bitstream/handle/11660/1827/MoodleyT.pdf?sequence=1>
- Nisfianoor, M. (2012). *Pendekatan Statistik Modern Untuk Ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Price, S. (2007). The Spiritual Experience of High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36 (1), 63-70. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00110.x
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401. DOI: 10.1177/014662167700100306
- Sarafino, C. P. (1998). *Health psychology Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley and Sons.
- Sittner, B., DeFrain, J., & Hudson, D. (2005). Effects of high-risk pregnancies on families. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30, 121-126. DOI: 10.1097/00005721-200503000-00010
- Susanti, N. (2006). *Psikologi Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Triwulandari, D., & Fourianalistyawati, E. (2017). Is optimism can reduce pregnant pain?. *Konselor*, 6 (4), 138-149. DOI: 10.24036/02017648089-000
- Vasquez, C. L., Acuna, G. P. P., & Montanez, R. A. C. (2012). The phenomenology of the study of the experience of high-risk pregnancy. *Enfermeria Global*, 306-315. Diperoleh pada 15 November 2017 dari:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/en_ensayo1.pdf.