

---

## GANGGUAN PSIKIATRI PADA KEHAMILAN : REVIEW

Renita Rizkya Danti<sup>1</sup> dan Rima Nur Khasanah<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Pendidikan Profesi Bidan STIKES Banyuwangi  
<sup>2</sup>S1 Kebidanan STIKES Banyuwangi  
Email Korespondensi: [renitadanti@gmail.com](mailto:renitadanti@gmail.com)

### ABSTRAK

**Pendahuluan :** Gangguan kesehatan mental didunia dan di Indonesia banyak pada ibu hamil. Dampaknya, tidak dapat menikmati kehamilan, peraliniannya, dan postpartum. Sebuah studi ditemukan 20% wanita hamil menderita gangguan mood dan kecemasan, Hal ini memperberat kondisi ibu hamil, partner dan janin.

**Metode :** *Scoping review* terdiri dari mendidentifikasi pertanyaan; mencari *evidence*; menyeleksi studi; memetakan data; dan mediskusikan, menyimpulkan dan melaporkan hasil.

**Hasil :** Gangguan kesehatan mental ibu hamil seperti depresi, kecemasan pada kehamilan, dan psikosis seperti bipolar dan skizofrenia jika tidak ditangani dengan baik.

**Kesimpulan :** Gangguan kesehatan mental semuanya dapat diterapi dengan baik dan komprehensif, agar tidak terjadi kekambuhan

**Kata Kunci :** *Kesehatan mental, kehamilan, psikiatri*

### PENDAHULUAN

Setiap wanita selalu menginginkan dapat menikmati kehamilannya dengan penuh rasa bahagia dan normal. Kehamilan yang normal akan memberikan efek yang baik bagi tubuh dan psikologisnya (Salerno *et al.*, 2019). Namun, tidak semua kehamilan berjalan dengan baik, masih banyak wanita hamil yang memiliki risiko tinggi dan penyulit kehamilan, sehingga berdampak pada psikologisnya. Apabila

psikologis ibu hamil tidak dapat ditangani dengan baik maka akan berdampak lebih buruk dan timbul gangguan psikiatri pada kehamilan (Yamakawa *et al.*, 2010). Selama kehamilan psikis ibu dianggap sebagai masa kesejahteraan emosional, penelitian terbaru menunjukkan bahwa hingga 20% wanita menderita gangguan *mood* atau kecemasan selama kehamilan (Achadi, 2019). Kondisi yang paling rentan adalah wanita dengan riwayat penyakit

psikiatris yang telah menghentikan pengobatan psikotropika padahal akan jauh efektif jika pengobatan tetap dipertahankan (Telles, Shirley. Singh, 2013)

## **METODE**

Studi yang digunakan dalam penelitian ini adalah *scoping review*. *Scoping review* merupakan tinjauan sistematis yang dapat digunakan untuk menginterpretasikan hasil dengan berbasis bukti yang ada, dapat digunakan untuk memetakan konsep yang mendasari area penelitian, sumber bukti, dan jenis bukti yang tersedia (Fleeson *et al.*, 2017). Menurut (Andreas & Lilie, 2018) ada 5 tahapan yang dilakukan dalam ulasan *scoping review* yang kemudian dikembangkan oleh Peters *et al.*, 2015 adalah sebagai berikut:

### **A. Menentukan dan menyelaraskan tujuan dan pertanyaan**

Tinjauan ini berisi pertanyaan penelitian yaitu “Bagaimana mekanisme dan tatalaksana gangguan psikiatri pada kehamilan?”. Dalam *scoping review* ini dibutuhkan tinjauan literatur yang bertujuan untuk memetakan literatur pada topik psikiatri dalam kehamilan dengan membahas jenis-jenis gangguan dan pengobatannya di negara maju, supaya dapat diadopsi di Indonesia

### **B. Mengembangkan dan menyelaraskan kriteria inklusi dengan tujuan dan pertanyaan**

Peneliti menggunakan *Framework PEOS (Population, Exposure, Outcome, dan Study Design)*. Fokus pencarian artikel adalah penelitian kualitatif, sehingga PEOS dinilai tepat untuk digunakan :

Tabel 1. Framework PEOS

<i>Population</i>	<i>Expoure</i>	<i>Outcome</i>	<i>Study Design</i>
1. <i>Pregnant women</i>	1. <i>Psychological disorder</i>	1. <i>View</i>	<i>Semua</i>
2. <i>Pregnancy</i>	2. <i>Maternal mental health</i>	2. <i>Experience</i>	<i>penelitian</i>
3. <i>Maternal disorder</i>	3. <i>Parental mental health</i>	3. <i>Perspective</i>	<i>yang</i>
4. <i>Wife</i>	4. <i>Mental health</i>	4. <i>Opinion</i>	<i>berhubungan</i>
5. <i>Antenatal care</i>	5. <i>Anxiety</i>	5. <i>Outcome</i>	<i>dengan</i>
	6. <i>Depression</i>		<i>psikiatri pada</i>
			<i>kehamilan</i>

### C. Mengidentifikasi Studi yang Relevan

Strategi pencarian artikel, peneliti hanya berfokus pada *peer review* artikel yaitu menggunakan *databases*. Penggunaan *peer review* artikel diharapkan dapat menjaga kredibilitas dalam menjamin informasi yang ada dalam sebuah karya

ilmiah lebih benar dan akurat dan seluruh isinya dapat digunakan sebagai sumber *review*. Adapun *databases* yang digunakan adalah PubMed

### D. Pemilihan Studi

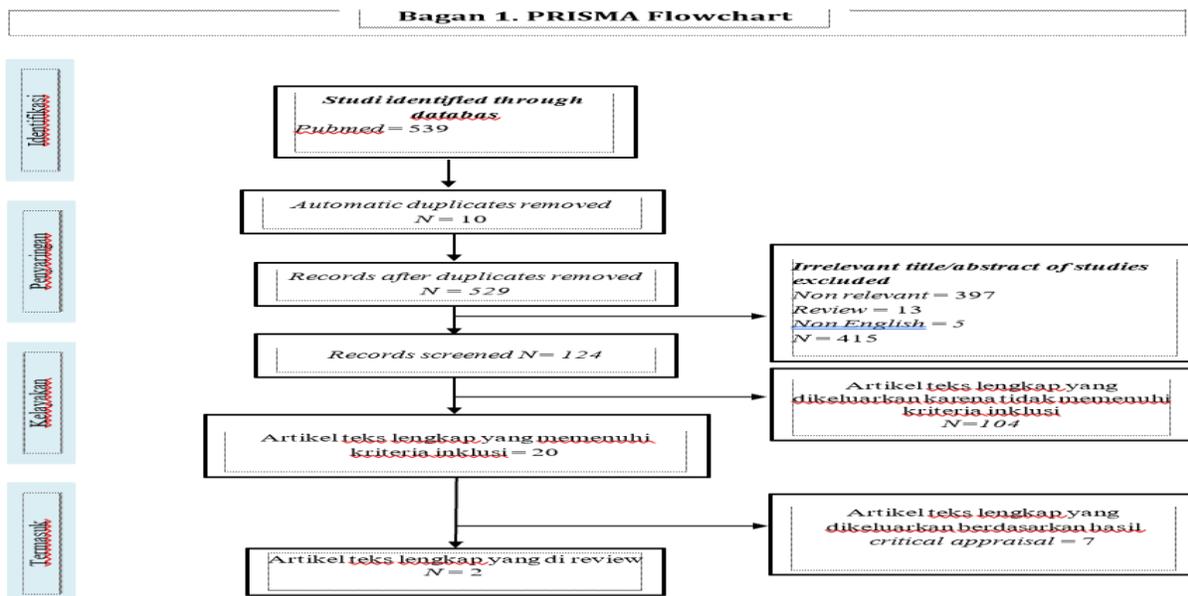
Pemilihan studi menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

Tabel 2. Kriteria Inklusi dan Eksklusi *Scoping review*

Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
Berbahasa Inggris	Review Artikel
Original Artikel	<i>Systematic review</i>
Humans	
Negara Maju dan berkembang	

Proses pemilihan artikel akan dideskripsikan menggunakan *flowchart PRISMA*. *PRISMA* dinilai tepat digunakan karena penggunaannya dapat meningkatkan

kualitas pelaporan publikasi (Peters *et al.*, 2015). Adapun tahap-tahap penyaringan data sebagai berikut:



## HASIL

### 1. Depresi pada kehamilan

Saat kehamilan, gejala depresi seperti perubahan pola tidur, gangguan nafsu makan, dan menurunnya energi sulit dibedakan pada kehamilan normal (Devi, Sulastriningsih and Tiawaningrum, 2018). Meskipun lebih dari 70% perempuan melaporkan hasil negatif terhadap gangguan suasana hati selama kehamilan, data dari WHO prevalensi wanita yang memenuhi kriteria diagnostik untuk kejadian depresi menunjukkan antara 13,6% pada usia kehamilan 32 minggu dan 17% pada usia kehamilan 35 – 36 minggu (Geneva, 2000). Tentunya depresi bervariasi sepanjang kehamilan, banyak studi melaporkan adanya puncak gejala selama trimester pertama, ketiga dan perbaikan selama trimester kedua (Williams, 2015). Pada studi terakhir, banyak wanita menjadi depresi antara usia kehamilan 18 dan 32 minggu daripada pada usia kehamilan 32 minggu dan 8 minggu postpartum (Evans & Heron, 2001).

Depresi adalah gangguan umum kejiwaan yang berhubungan dengan kehamilan (Koh *et al.*, 2014). Ibu hamil mungkin juga menderita mulai dari gangguan kecemasan, seperti gangguan

panik, *obsessive compulsive disorder*, dan anoreksia. Tingkat kambuh sangat tinggi pada wanita yang kehamilan sebelumnya didagnosis dengan hal yang sama yaitu psikosis (Hofbergh, 2002).

Beberapa faktor risiko dan korelasi psikososial sedang diidentifikasi sebagai kontribusi terjadinya depresi kehamilan. Banyak cara identifikasi yang benar terhadap faktor risiko termasuk depresi pada kehamilan sebelumnya, pengobatan yang berhenti oleh wanita yang memiliki riwayat depresi, wanita yang memiliki riwayat psikologi saat postpartum sebelumnya, dan riwayat depresi pada keluarganya (Chatterji *et al.*, 2018). Beberapa kunci menghubungkan psikososial selama depresi kehamilan yaitu perilaku negatif terhadap kehamilannya, kurangnya dukungan keluarga, stres kehamilan berhubungan dengan kejadian hidup yang buruk, dan seorang partner atau anggota keluarga yang tidak bahagia tentang kehamilannya (Adele, 2001).

Depresi yang tidak ditangani pada kehamilan, karena gejala yang tidak pasti atau karena keprihatinan tentang efek samping pada pengobatan, dapat menyebabkan konsekuensi negatif, termasuk kurangnya komunikasi dengan

---

tenaga medis, kurang gizi, kurang merawat diri, kurangnya mengobati diri sendiri, konsumsi alkohol, penggunaan obat-obatan terlarang, memiliki pikiran untuk bunuh diri, memiliki pikiran untuk menyakiti janinnya, dan berkembangnya pada depresi postpartum setelah bayi lahir. Implikasi pada tidak diobatinya depresi kehamilan akan memberikan efek pada psikologinya bahkan hingga ke janinnya (Chen, Kuei-Min. Chen, Ming-Hsien. Chao, Hui-Chen. Hung, Hsuan-Man. Lin, Huey-Shyan. Li, 2009). Satu studi menguji 1123 ibu yang memiliki bayi dilaporkan bahwa bayi pada ibu yang depresi saat kehamilan menunjukkan kurangnya frekuensi wajah yang positif dan vokalisasi yang baik, serta bayi tersebut susah merasakan bahagia atau terhibur serta cenderung mudah rewel (Jossefson, 2001).

Hal itu, berhubungan antara depresi kehamilan dan masalah bayi baru lahir yang mungkin bagian dari urutan mulainya gejala depresi selama kehamilan. Pengobatan depresi pada kehamilan akan bergantung pada terapi yang sama selama digunakan untuk depresi kapan saja selama hidup, dengan tambahan yang dibutuhkan untuk memastikan keamanan pada janin.

Psikoterapi yang telah diakui sebagai pengobatan yang efektif untuk depresi termasuk terapi perilaku kognitif dan psikoterapi interpersonal. Pendidikan dan dukungan juga sangat penting, terutama pada pengalaman kehamilan pertama, beberapa di antaranya mungkin tidak tahu apa yang diharapkan. Terapi farmakologi juga diakui efektif sebagai pengobatan depresi. Namun, keduanya memiliki risiko dan manfaat sebagai jenis pengobatan antidepresan yang seharusnya untuk pasien dan mungkin untuk partnernya yang sebelumnya untuk dimulai pengobatan farmakologi (Ronald & Kessler, 2004).

## **2. Gangguan Kecemasan pada kehamilan**

Data yang tersedia adanya beberapa gangguan yang dapat memengaruhi kehamilan diantaranya sebagai berikut :

### **a. Gangguan Kepanikan**

Timbulnya gangguan panik selama kehamilan sangat bervariasi dan tandanya tidak jelas. Pada laporan kasus kehamilan dengan gangguan kepanikan yang sudah ada sebelumnya atau *pre-existing panic* telah memaparkan adanya penurunan gejala selama kehamilan, dalam studi skala besar yang telah

dilaporkan bahwa tidak terdapat penurunan gejala pada wanita hamil dengan *pre existing panic disorder* (Hofbergh, 2002).

Sebuah sub kelompok perempuan yang memiliki pengalaman rasa panik pertama kalinya saat kehamilan. Perempuan tersebut mempresentasikan serangan panik pada kali pertama. Kemungkinan efek kecemasan dan panik selama kehamilan dan perkembangan janin tidak dirasakan. Sebuah studi menunjukkan adanya hubungan antara peningkatan kecemasan dan peningkatan resistensi pada aliran darah di pembuluh darah uterus (Magdalena & Tamara, 2020).

Korelasi antara kadar plasma pada kortisol oleh ibu dan janin dapat terlibat dalam perkembangan otak janin. Perawatan gangguan panik pada ibu hamil termasuk terapi farmakologi, terutama benzodiazepam untuk sedasi dimalam hari, pereda simptomatis, dan antidepressant sebagai terapi non farmakologi seperti terapi perilaku kognitif, psikoterapi suportif, teknik relaksasi, kualitas tidur, dan konseling diet (Blais, 2003).

b. *Obsesive compulsive disorder* (OCD)

Obsessive compulsive disorder (OCD) adalah karakteristik dari pikiran yang tidak dapat terkontrol (obsesi) dan perilaku repetitif/mengulang atau ritual yang tidak dapat dikontrol (kompulsif) di respon oleh pikiran. Rata-rata laporan menyarankan bahwa wanita dapat meningkat risiko terjadinya OCD onset selama kehamilan dan periode postpartum. Salah satu studi wanita dengan diagnosis OCD, 39 % partisipan melaporkan bahwa OCD mereka dimulai selama kehamilan. Tatalaksana OCD pada kehamilan sama dengan kondisi remaja yang tidak sedang hamil dan termasuk terapi perilaku kognitif serta farmakoterapi. Wanita dengan OCD berat dapat terjadi akan perlahan lumpuh dan membutuhkan perawatan .

c. *Generalized anxiety disorder* (GAD)

Tidak ada data prevalensi atau ujian pada *generalized anxiety disorder* (GAD) pada kehamilan. Kebanyakan wanita merasa cukup, khawatir tentang Kesehatan janinnya dan bagaimana mereka akan menghadapi persalinan dan perubahan bentuk tubuh. Rasa khawatir yang berlebihan, memungkinkan gejala GAD atau depresi.

d. Gangguan sosial

Tidak ada data pada onset pertama gangguan sosial atau gangguan sosial awal saat kehamilan. Sangat sedikit jumlah wanita dengan pengalaman tokophobia, dan sangat tidak rasional ketakutan pada bayi baru lahir. Wanita yang lebih rentan pada depresi postpartum ditolak dengan metode persalinan yang mereka pilih sendiri contohnya section caesarea (Hofbergh, 2002).

### 3. Gangguan makan pada kehamilan

Prevalensi gangguan makan pada kehamilan sekitar 4.9 %. Dimana studi menyarankan bahwa gejala berat dapat menurun sebenarnya selama kehamilan, dimana banyak konsekuensi yang negatif terhadap keduanya yaitu ibu dan janin (Debra, 2001). Satu study terakhir melaporkan bahwa wanita hamil dengan gangguan makan secara aktif muncul menjadi lebih berisiko terhadap proses persalinannya nanti dengan sectio caesarea dan depresi postpartum. Gangguan makan selama kehamilan dapat berhubungan dengan skala kejadian keguguran yang lebih besar dan bayi berat lahir rendah (Blais, 2003).

### 4. Psikosa pada kehamilan

Kejadian episode baru psikosis selama kehamilan sangat langka. Namun, pada wanita dengan riwayat psikosis, terutama psikosis pada kehamilan sebelumnya, angka kekambuhannya tinggi. Manifestasi terbanyak kejadian penyakit bipolar, diikuti depresi psikotik dan schizofrenia.

#### a. *Bipolar mood disorder*

Informasi mengenai kasus gangguan bipolar pada kehamilan masih sedikit. Tampaknya beberapa wanita dengan pengalaman gangguan bipolar terbantu dari gejala selama kehamilan tapi risiko kekambuhan pada periode postpartum tinggi (Lakshmi & Kennedy, 2018). Sebuah studi terkini yang dilaporkan bahwa gangguan bipolar tidak berdampak pada kehamilan berlangsung yang menggunakan terapi sebelum konsepsi, dengan kejadian kekambuhan pada depresi lainnya atau gangguan jiwa pada wanita hamil yang hampir sama dengan yang tidak hamil.

Pada studi yang lain, kehamilan tampaknya memiliki efek perlindungan terhadap meningkatnya gejala pada wanita dengan gangguan bipolar I

lithium responsive dimana lithium dilanjutkan selama kehamilan, namun terdapat 14 % kejadian kambuh pada usia 5 minggu kehamilan. Pada kedua study, risiko kambuh saat periode postpartum sangatlah tinggi, sekitar 25 – 70% (Grof, 2002). Wanita dengan riwayat gangguan bipolar keputusan apakah akan menggunakan *mood stabilisator* harus ditentukan dari nilai risiko dan manfaatnya. Faktor-faktor pertimbangan dalam menghitung episode yang berat sebelumnya, tingkat wawasan, dukungan keluarga, dan harapan wanita. Pemantauan dengan cermat pada gejala psikologis pada kehamilan sangatlah penting (Wasseloo & Liu, 2017)

#### b. Schizophrenia

Keterbatasan data skizofrenia pada kehamilan menyarankan bahwa penyakit ini memiliki variable tertentu, dengan beberapa wanita mengalami peningkatan gejala sementara yang lain mengalami kondisi yang buruk. Mengenai penyakit tentunya wanita dengan riwayat psikosis yang membutuhkan pemantauan secara tertutup sebagai profesional perawatan Kesehatan selama kehamilan (Rosso &

Albert, 2016). Psikosis selama kehamilan dapat memiliki konsekuensi untuk menghancurkan keduanya yaitu ibu dan janin, termasuk kesalahan mendapatkan asuhan kehamilan yang layak, dampak negatif pada kehamilan seperti bayi berat lahir rendah, prematuritas, neonaticide, dan bunuh diri. Penatalaksanaan pada psikosis akut pada kehamilan adalah hal yang wajib dan termasuk dukungan mobilisasi, farmakoterapi, dan hospitalisasi. Terapi electroconvulsive dapat digunakan untuk depresi psikotik (Adele, 2001).

## PEMBAHASAN

Harapan sebuah keluarga adalah memiliki anak yang cerdas, hidup harmonis, dan dapat memenuhi segala kebutuhan hidupnya. Pada sebuah keluarga peran istri saat hamil sangatlah besar untuk melahirkan anak yang berkualitas (Evans & Heron , 2001). Namun, tidak semua kehamilan dapat erjalan dengan normal. Banyak penyulit dan ketidaknyamanan yang dihadapi oleh ibu hamil, sehingga dapat memengaruhi psikologi ibu hamil tersebut. Gangguan dalam psikiatri pada ibu hamil sangat tidak nyaman dan dapat mengancam jiwa serta janinnya. Gangguan

---

tersebut seperti depresi, cemas, gangguan makan, dan psikosa. Gangguan ini masih bisa diobati sehingga dapat mencegah angka kesakitan dan lama gangguan tersebut apalagi hingga masa postpartum berlangsung (Claesson & Joseffson, 2010).

Pada depresi kehamilan gejalanya terlihat seperti biasa, seperti adanya perubahan pola tidur, anorexia, sering merasa letih, dan pikiran tidak dapat dikontrol. Perubahan pola tidur yang biasanya normal berubah menjadi lebih sulit, insomnia (Grof, 2002), waktu tidur menjadi kurang dan durasinya pendek, tidak nyenyak, dan bahkan hingga mengalami mimpi buruk. Hal ini dapat memengaruhi metabolisme tubuh dan sering merasa lelah dan nafsu makan berkurang. Apabila anorexia ini tidak dapat tertangani maka dapat menyebabkan kekurangan energi dan kurang gizi. Hal ini dapat membahayakan kondisi ibu dan janin. Janin dapat mengalami prematuritas dan lahir dengan berat lahir rendah (BBLR).

Pengobatan yang diharapkan jika hal ini terjadi yaitu dengan terapi non farmakologi dan farmakologi. Non farmakologi dengan terapi perilaku kognitif dan untuk farmokologi dengan cara

pemberan antidepresan yang dapat diberikan oleh ahli psikiater. Gangguan kecemasan pada kehamilan disini terbagi menjadi gangguan panik, *obsessive compulsive disorder* (OCD), *generalized anxiety disorder* (GAD), dan gangguan sosial. Rasa panik yang tiba-tiba muncul dengan tanda tak jelas dan alasan yang kadang tidak jelas atau rasional dapat menurun jika level panik masih dalam kondisi dapat di control atau pre existing disorder (Gambadauro & Illiadis, 2017). Namun, jika pada kejadian panik onset dapat meningkatkan kecemasan dan meningkatkan resistensi pada aliran darah di pembuluh darah uterus. Hal ini, menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah, sehingga suplai oksigen dan nutrisi pada janin dapat berkurang dan mengancam nyawa janin tersebut.

Pada *obsessive compulsive disorder* (OCD) merupakan kondisi pikiran yang ada dalam otak manusia dan sifatnya tidak dapat terkontrol. *Obsessive compulsive disorder* (OCD) ini karekateristiknya dapat mengulang atau repetitif dan dapat mengalami kekambuhan. Pemberian terapi dengan non farmakologi seperti meditasi, sharing, dan terapi perilaku kognitif dapat membantu berkurangnya gangguan

Kesehatan mental ini (Li & Seabrook, 2016).

*Generalized anxiety disorder* (GAD) pada kehamilan merupakan kondisi yang berat bagi ibu hamil. Hal ini disebabkan karena otak dan pikiran kita terus berpikir secara kompleks sehingga dapat meningkatkan hormon adrenalin tubuh (Blais, 2003). Rasa khawatir yang berlebihan jika terus terjadi dan tidak tertangani dengan baik, maka akan menyebabkan depresi berat atau psikosa pada ibu hamil tersebut. Kasus ini dapat ditangani dengan beberapa kali terapi psikiatri, relaksasi, dan meditasi (Petrozzi & Gagliardi, 2013).

Dari beberapa gangguan diatas dapat mempengaruhi kondisi sosial ibu hamil. Rasa malu, minder, takut, tidak dapat menerima kondisi, dan rasa kecewa dapat memengaruhi interaksi sosial ibu hamil pada orang disekeliling dan lingkungannya (Pereira & Lima, 2012). Hal ini apabila terus terjadi akan berdampak Panjang pada fase postpartumnya, dan anak juga dapat menjadi kurang dalam biopsikososial pada lingkungan sekitarnya (Pereira & Lima, 2012).

Telah dijelaskan pada gangguan depresi akan memengaruhi pola makan dan

nafsu makan ibu hamil. Apabila ibu hamil mengalami anorexia hingga bulimia dan nutrisi tubuhnya tidak tercukupi, maka sangat mmbahayakan nanti saat persalihan (Debra, 2001). Ibu hamil akan rentan terhadap perdarahan, bayi yang dilahirkan juga perlu penatalaksanaan khusus akibat berat bayi lahir rendah (BBLR), prematuritas, bahkan dapat mengalami intra unit fetal disease (IUFD) (Rohayem & Bayle, 2007).

Kondisi psikologis yang dapat terlihat gejalanya dan tidak dapat terlihat gejalanya, harus segera ditegakkan diagnosanya supaya tidak mengancam nyawanya dan janinnya, apalagi jika ibu sampai mengalami ganggan kesehatan mental hingga tingkat psikosa yang dapat berkembang menjadi gangguan bipolar dan skizofrenia (Adele, 2001). Jika gangguan bipolar dan skizofrenia kondisi ini sangat sulit untuk dikendalikan dan diberikan tatalaksana terapi, karena cenderung memberontak dan tidak dapat menerima terapi. Positifnya, apabila hal ini dapat tertangani secara comprehensive ibu hamil dapat melahirkan dengan normal dan kemungkinan kekambuhan sangat kecil ika ditangani dengan farmakologi terapi

dengan baik dan rutin (Ketil & Alda, 2016),

## KESIMPULAN

Berdasarkan jurnal yang sudah di review, didapatkan hal-hal yang belum dikaji berkaitan dengan perspective medikolegal ahli psikiatri dalam dosis obat supportif untuk Kesehatan mental.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E. L. (2019) 'Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia', *Rakerkernas 2019*, pp. 1–47.
- Adele, 2001. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in Pregnant and Nonpregnant Women After Discontinuing Lithium Maintenance. *American Journal of Psychiatry*.
- Andreas, C. & Lilie, E., 2018. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*.
- Blais, 2003. Pregnancy: Outcome and Impact on Symptomatology in a Cohort of Eating-Disordered Women. *International Journal of Eating Disorders*.
- Claesson, I. & Joseffson, A., 2010. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. *bmc Public Health*.
- Debra, 2001. Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*.
- Evans, j. & Heron , J., 2001. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*.
- Gambadauro, P. & Illiadis, S., 2017. Conception by means of in vitro fertilization is not associated with maternal depressive symptoms during pregnancy or postpartum. *American Society for Reproductive Medicine*.
- Grof, 2002. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive. *Journal of Affective Disorders*.
- Groleuu, D. & Chorney, j., 2019. Hyperemesis Gravidarum in the context of migration: when the absence of cultural meaning gives rise to “blaming the victim. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Hofbergh, 2002. Tokophobia : an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*.
- Jossefson, 2001. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scotland*.
- Ketil, J. & Alda, M., 2016. The Pharmacogenomics of Bipolar Disorder study (PGBD): identification of genes for lithium response in a prospective sample. *BMC Psychiatry*.
- Lakshmi, Y. & Kennedy, S., 2018. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and

- International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Wiley Bipolar Disorder*.
- Li, Q. & Seabrook, G., 2016. Analysis of 23andMe antidepressant efficacy survey data: implication of circadian rhythm and neuroplasticity in bupropion response. *Trans sychiatry*.
- Magdalena , C. & Tamara, W., 2020. Antenatal and postnatal depression are polis midwives really ready for them?. *Midwifery* .
- Pereira, P. & Lima, L., 2012. Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. *World Journal of Clinical Pediatrics*.
- Peterson , J., 2017. ‘Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process’. *Journal American Association of Nurse Practitioners*.
- Petrozzi, A. & Gagliardi, L., 2013. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *Journal Perinatal Medicine*.
- Rohayem, J. & Bayle, J., 2007. Predictors the response prophylactique of lithium. *Lencephale Journal*.
- Ronald , C. & Kessler, 2004. Prevalence, Severity, and Unmet Need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *American Medical Association Journal*.
- Rosso, G. & Albert, U., 2016. Lithium prophylaxis during pregnancy and the postpartum period in women with lithium-responsive bipolar I disorder. *Arch Womens Mental Health Journal*.
- Wasseloo, R. & Liu, X., 2017. Risk of postpartum episodes in women with bipolar disorder after lamotrigine or lithium use during pregnancy: a population-based cohort study. *Journal of Affective Disorder*
- Achadi, E. L. (2019) ‘Kematian Maternal dan Neonatal di Indonesia’, *Rakerkernas 2019*, pp. 1–47.
- Chatterji, S. *et al.* (2018) ‘World Mental Health Surveys in 21 countries’, 35(3), pp. 195–208. doi: 10.1002/da.22711.Treatmen.
- Chen, Kuei-Min. Chen, Ming-Hsien. Chao, Hui-Chen. Hung, Hsuan-Man. Lin, Huey-Shyan. Li, C.-H. (2009) ‘Sleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises: Cluster randomized trial’, *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), pp. 154–163. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.09.005.
- Devi, T. E. R., Sulastriningsih, K. and Tiawaningrum, E. (2018) ‘Pengaruh Yoga Prenatal Dan Hypnobirthing Terhadap Proses Persalinan Kala I Pada Ibu Bersalin Di Bpm Restu Depok Periode Januari-Juni Tahun 2017’, *Jurnal Bidan*, 5(01), pp. 26–32.
- Fleeson, W. *et al.* (2017) ‘No {Title}’, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(1), pp. 1188–1197. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02280.x.

- 
- Geneva, W. H. O. (2000) 'Women's mental health: An evidence based review', *Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence.*, pp. 0–121.
- Koh, Y. W. *et al.* (2014) 'The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong', *Depression Research and Treatment*, 2014(May). doi: 10.1155/2014/127632.
- Salerno, S. *et al.* (2019) '[Mental health in the hospital. Analysis of conditions of risk by department, age and gender, for the creation of best practices for the health of nurses].', *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 37(1), pp. 46–55. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26193741>.
- Telles, Shirley. Singh, N. (2013) 'Science of the Mind. Ancient Yoga texts and Modern Studies.', *Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), pp. 93–108. doi: 10.1016/j.psc.2013.01.010.
- Williams, A. N. (2015) 'The impact of mindfulness-based prenatal yoga on maternal attachment', (May).
- Yamakawa, N. *et al.* (2010) 'Mission in Sukesuku cohort, Mie: A study focusing on the characteristics of participants and the mental health of the mothers raising children', *Journal of Epidemiology*, 20(SUPPL.2), pp. 413–418. doi: 10.2188/jea.JE20090167.