



## ***Prenatal Distress* pada Ibu Hamil Usia Remaja dan Faktor yang Memengaruhinya**

Ike Puspasari Ayu<sup>1\*</sup>, Aminah<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

\*Corresponding Author: ike.puspasari@untirta.ac.id

### **Abstrak**

Kehamilan pada masa remaja rentan terhadap masalah psikososial, termasuk *prenatal distress*, yang dapat berakibat buruk pada kesejahteraan ibu dan janin baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi prevalensi *prenatal distress* pada ibu hamil remaja dan faktor-faktor yang memengaruhinya. Penelitian deskriptif analitik dengan desain potong lintang dilakukan terhadap 242 ibu hamil remaja di Kota Serang yang diambil dengan metode *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan meliputi kuesioner sosiodemografi, *PTSD Symptom Scale (PSS)*, *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*, *London Measure of Unplanned Pregnancy Instrument (LMUP)*, *Marital Adjustment Test (MAT)*, dan *Prenatal distress Questionnaire (PDQ)*. Data dianalisis secara multivariat menggunakan regresi logistik. Sebagian besar responden (66,5%) mengalami distres prenatal. Faktor-faktor yang memengaruhi distres prenatal antara lain status gravida, dukungan sosial, perencanaan kehamilan, dan kepuasan pernikahan. Regresi logistik menunjukkan dukungan sosial yang rendah (OR=8,77), ketidakpuasan pernikahan (OR=5,40), kehamilan yang tidak direncanakan (OR=3,80), dan primigravida (OR=2,61) sebagai empat prediktor utama. Dukungan dari berbagai pihak diperlukan untuk mengatasi distres prenatal pada ibu hamil remaja, agar ibu lebih siap menghadapi kehamilannya.

**Kata Kunci:** distres prenatal, dukungan sosial, kehamilan remaja, kesehatan ibu

## ***Prenatal Distress in Pregnant Adolescents and the Influencing Factors***

### ***Abstract***

*Pregnancy during adolescence is vulnerable to psychosocial problems, including prenatal distress, which can have adverse effects on the well-being of the mother and fetus in both the short and long term. This study aims to identify the prevalence of prenatal distress among adolescent pregnant women and its determinants. A descriptive-analytical study with a cross-sectional design was conducted among 242 adolescent pregnant women in Serang City, selected using consecutive sampling. Instruments included a socio-demographic questionnaire, PTSD Symptom Scale (PSS), Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), London Measure of Unplanned Pregnancy Instrument (LMUP), Marital Adjustment Test (MAT), and Prenatal distress Questionnaire (PDQ). Data were analyzed multivariately using logistic regression. Most respondents (66.5%) experienced prenatal distress. Significant determinants included gravida status, social support, pregnancy planning, and marital satisfaction. Logistic regression showed low social support (OR=8.77), marital dissatisfaction (OR=5.40), unplanned pregnancy (OR=3.80), and primigravida (OR=2.61) as the four main predictors. Supports from various parties are needed to overcome prenatal distress in pregnant adolescents, so that mothers are better prepared for their pregnancies.*

**Keywords:** adolescent pregnancy, maternal health, prenatal distress, social support

## Pendahuluan

Kehamilan adalah hal normal dan merupakan masa suka cita. Perempuan akan mengalami perubahan fisik dan psikologis yang signifikan selama kehamilan (Ayu, 2020). Kebanyakan perempuan mengalami kesulitan untuk menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, sehingga menyebabkan banyak perempuan mengalami gejala stres selama periode prenatal. Kondisi psikologis ibu hamil dapat dipengaruhi secara timbal balik oleh perubahan fisik yang dialaminya. Jika ibu hamil tidak dapat menyesuaikan diri, kondisi psikologisnya dapat memburuk (Wójcik et al., 2024).

Sebuah penelitian menyatakan bahwa faktor usia berhubungan dengan kejadian *prenatal distress*, ibu dengan usia muda lebih beresiko mengalami stress selama kehamilannya (Ayu et al., 2019). Masih tingginya angka kehamilan pada ibu usia remaja sangat memprihatinkan sebetulnya, mengingat resiko besar komplikasi yang akan dihadapinya baik pada masa kehamilan, persalinan maupun masa nifas. Bukan hanya komplikasi fisik, ibu hamil di usia remaja, terutama yang tidak siap secara emosional atau finansial, dapat menghadapi tantangan besar dalam mengelola perubahan fisik dan psikologis yang terjadi selama kehamilan. Selain itu, kondisi sosial seperti stigma atau penghakiman dari masyarakat dapat memperburuk aspek psikologisnya (Ayu, Hanafi, et al., 2022).

Hormon gonadal yang meningkat selama kehamilan, turut berperan dalam memengaruhi perilaku afektif ibu hamil jika tidak dapat beradaptasi (Chen et al., 2020). Selain hormon gonadal yang meningkat, banyak faktor yang dapat memperburuk kondisi ini. Faktor-faktor yang memengaruhi kondisi emosional ibu hamil diantaranya status gravida, dukungan sosial, pengalaman masa lalu yang dapat menyebabkan trauma mendalam, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, usia kehamilan, kepuasan terhadap dukungan suami serta perencanaan kehamilan. Faktor-faktor tersebut mampu memicu terjadinya *distress* dalam kehamilan (Ayu & Marwiyah, 2019).

Meskipun secara fisiologis dan psikologis terdapat perubahan selama kehamilan, insiden terjadinya gangguan emosional yang serius pada ibu hamil sebenarnya tidak tinggi. Namun, pada beberapa perempuan hamil, memerlukan intervensi yang adekuat (Ayu et al., 2023). Angka kejadian

gangguan emosional yang menyebabkan *prenatal distress* pada perempuan dalam masa kehamilan lebih rendah dibandingkan masa setelah melahirkan (Hill et al., 2021). Namun, semuanya harus terkaji sejak awal karena masalah psikososial yang terkaji secara komprehensif dapat mengidentifikasi terjadinya *distress* dalam masa kehamilan sehingga berguna untuk mencegah masalah kejiwaan pada periode kehamilan dan setelah melahirkan (Howard, 2020).

Masalah psikososial ialah segala perubahan yang terjadi pada kehidupan seseorang yang berpengaruh secara timbal balik dan dianggap memiliki potensi menjadi faktor pemicu gangguan jiwa. Masalah psikososial menjadi penyebab tertinggi gangguan jiwa yang terjadi di Masyarakat (Ayu, Lusiani, et al., 2022). Masalah psikososial dapat memengaruhi kualitas hidup dan perkembangan manusia, dan peningkatan kualitas hidup harus dilakukan dalam setiap tugas perkembangan. Kesehatan jiwa harus memberikan perhatian khusus pada masa kehamilan, melahirkan, nifas, dan menyusui karena menjadi bagian dari tugas perkembangan (Chen et al., 2020).

*Distress* dalam kehamilan mengacu pada ketakutan dan kekhawatiran ibu terkait dengan kehamilannya. Kekhawatiran yang dirasakan ibu selama periode prenatal yaitu seputar kesehatan bayi, perawatan di rumah sakit, kesehatan ibu, proses persalinan dan kesiapan dalam berperan menjadi orang tua (Noviana et al., 2022). Sebuah riset di Indonesia pada 214 ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan, hasilnya menyatakan bahwa 55,6% ibu mengalami *distress* tinggi (Ayu et al., 2019).

*Distress* dalam kehamilan telah terbukti berpengaruh pada ibu dan janinnya. Terganggunya kesehatan mental ibu dapat berpotensi menimbulkan dampak negatif jangka panjang pada perkembangan fisik dan kognitif bayi (Ayu, Masruroh, et al., 2022). Tekanan psikologis yang memicu terjadinya *prenatal distress* juga memiliki dampak yang cukup besar pada kehidupan ibu hamil, seperti perubahan dalam kebiasaan makan, penurunan energi, sering menangis, perubahan gaya hidup dan perubahan pola pekerjaan. Selain itu, hasil riset lainnya membuktikan bahwa *prenatal distress* memiliki dampak jangka pendek berupa kelahiran prematur, persalinan lama,

kelahiran dengan sesar dan berat badan lahir rendah (Zulaekah & Kusumawati, 2021).

Aspek psikososial ibu hamil sangat berperan dalam kesejahteraan ibu dan janinnya terutama pada ibu hamil usia remaja. Kesejahteraan ibu dan janin dapat tercapai jika ibu mampu beradaptasi selama proses kehamilannya (Ayu et al., 2024). Salah satu upaya dalam mencapai kesejahteraan ibu dan janin yaitu dengan upaya perencanaan kehamilan sebaik mungkin. Ibu hamil dan suami dapat melakukan perencanaan persalinan yang aman, harus tahu akan bersalin dimana, siapa yang akan menolong, transportasi yang digunakan, siapa yang mengantar, golongan darah dan siapa calon pendonornya serta perencanaan keuangan, Keluarga Berencana (KB), dan *Ante Natal Care* (ANC) rutin (Lagadec et al., 2018). Masyarakat sekitar harus tahu jika ada ibu hamil di sekitarnya dan siap sedia membantu, pemantauan intensif oleh masyarakat, kader memberi penyuluhan, suami terlibat proses ANC, persalinan dan setelah melahirkan (Rosdiana, 2017).

*Prenatal distress* merupakan gangguan emosional yang terjadi pada 1 dari 4 perempuan hamil. Namun, hal tersebut bukan merupakan suatu hal yang istimewa karena gejala ini selalu terjadi pada hampir seluruh perempuan yang sedang hamil (Boutib et al., 2022). Perempuan hamil sering tidak menyadari munculnya gejala tersebut karena mereka beranggapan bahwa gejala tersebut lumrah terjadi pada ibu hamil. Selain itu, *prenatal distress* dikategorikan sebagai sindrom gangguan mental ringan sehingga tidak dipedulikan dan cenderung diabaikan (Tang et al., 2019). Oleh sebab itu, masalah ini jarang terdiagnosa serta tidak diberikan asuhan sebagaimana mestinya. Dampaknya, kejadian *prenatal distress* akan berkembang menjadi *postpartum blues*, depresi postpartum hingga psikosis. Kondisi ini akan semakin rentan terjadi pada ibu hamil usia remaja yang sebetulnya masih mengalami krisis identitas dengan mencari jati diri (Davis & Narayan, 2020). Maka dari itu, prevalensi *prenatal distress* pada ibu hamil usia remaja dan faktor yang memengaruhinya penting untuk diidentifikasi mengingat dampaknya yang berkelanjutan hingga setelah melahirkan.

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif analitik. Desain deskriptif analitik dipilih karena akan dideskripsikan fenomena yang ditemukan berupa

faktor resiko, setelah itu dilakukan pencarian hubungan antar variabel. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik potong lintang (*cross sectional*) yang tujuannya untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel dependen dan variabel independen dan variabel tersebut diukur secara simultan dalam waktu bersamaan.

Alat pengumpulan data ataupun instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan diantaranya *Socio-demographic questionnaire* yang berisi empat pertanyaan, diantaranya status obstetric yang dikategorikan menjadi primigravida atau multigravida, tingkat Pendidikan yang dikategorikan menjadi Pendidikan dasar, menengah dan tinggi, tingkat pendapatan dikategorikan rendah atau cukup berdasarkan UMR Kota Serang serta usia kehamilan yang dibagi menjadi trimester I, II dan III. *PTSD Symptom Scale (PSS)* terdiri dari tujuh belas pernyataan tentang peristiwa yang berpotensi menimbulkan traumatis. Skala yang digunakan yaitu skala likert dengan rentang nilai 0-3. Kuesioner PSS sudah ada dalam versi Bahasa Indonesia. Kuesioner tersebut dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil nilai  $r$  *alpha*: 0,89 (Ayu et al., 2019).

Kuesioner *Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)* terdiri dari dua belas pernyataan tentang penilaian diri terhadap dukungan sosial yang dirasakan. Skala yang digunakan yaitu skala likert dengan rentang nilai 1-7. Pernyataan dalam kuesioner ini dikelompokkan menjadi tiga kategori dukungan yaitu dari keluarga, teman dan orang lainnya yang dianggap penting. Kuesioner MSPSS sudah ada dalam versi Bahasa Indonesia. Kuesioner tersebut dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil nilai  $r$  *alpha*: 0,92 (Ayu et al., 2019). *London Measure of Unplanned Pregnancy Instrument (LMUP)* terdiri dari enam pernyataan tentang perencanaan kehamilan ibu. Pernyataan tersebut diantaranya terkait kontrasepsi sebelum hamil, ketepatan waktu datangnya kehamilan, intensitas untuk mendapatkan kehamilan, keinginan untuk memiliki anak, diskusi dengan suami sebelum hamil dan persiapan yang dilakukan sebelum hamil. Skala yang digunakan yaitu skala likert dengan rentang nilai 0-2. Kuesioner tersebut dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil nilai  $r$  *alpha*: 0,85 (Ayu et al., 2019).

Kuesioner *Marital Adjustment Test* (MAT) terdiri dari 15 pertanyaan untuk mengukur kepuasan terhadap dukungan yang diberikan suami selama kehamilan. Kuesioner tersebut dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil nilai *r alpha*: 0,74 (Ayu et al., 2019). *Prenatal distress Questionnaire* (PDQ) terdiri dari tujuh belas pertanyaan tentang kekhawatiran dan keprihatinan tertentu yang berhubungan dengan kehamilan, termasuk kekhawatiran tentang perubahan fisik dan emosional, hubungan dengan orang lain, proses persalinan serta citra tubuh. Skala yang digunakan yaitu skala likert dengan rentang nilai 0-2. Untuk kategori distress rendah atau tinggi digunakan nilai *cut of point*. Kuesioner tersebut dinyatakan valid dan reliabel dengan hasil nilai *r alpha*: 0,85 (Ayu et al., 2019).

Penelitian dilakukan di 16 wilayah kerja Puskesmas yang ada di Kota Serang. Sampel penelitian ini adalah sebagian ibu hamil usia remaja yang ada di Kota Serang. Kriteria inklusi pada sampel ini adalah ibu hamil usia remaja yang tinggal dengan suami, ibu hamil usia remaja yang dapat membaca dan menulis serta berstatus menikah. Kriteria eksklusi pada sampel ini adalah ibu hamil usia remaja yang mempunyai riwayat abortus, mengalami darah tinggi, diabetes dan penyakit penyerta lainnya dalam kehamilan. Berdasarkan rumus Lameshow, jumlah sampel minimal penelitian ini adalah 242 orang yang diambil dengan cara *consecutive sampling* yaitu semua calon responden yang memenuhi kriteria bisa dijadikan responden sampai jumlah sample terpenuhi. Dengan *consecutive sampling*, proses rekrutmen menjadi lebih cepat, sederhana, dan sistematis, karena setiap subjek yang datang dan memenuhi kriteria langsung diikutsertakan tanpa prosedur randomisasi yang rumit. Selain itu, teknik ini cenderung menurunkan risiko kehilangan partisipan di awal, karena responden direkrut secara berurutan sesuai ketersediaan, bukan dipilih secara acak yang berpotensi ditolak atau sulit dihubungi. Dalam penelitian ini membutuhkan waktu 12 hari untuk pengumpulan data. Sebelum mengumpulkan data, peneliti melakukan uji etik dan dinyatakan lolos uji etik dalam surat keterangan No.118/ITKES-WHS/KEPK/EC/2025. Data dianalisis melalui tahapan analisis univariat untuk melihat karakteristik responden dan variable yang diteliti, analisa bivariat untuk mencari faktor yang berhubungan dengan *prenatal distress* dan

analisa multivariat untuk mencari faktor yang dominan.

## Hasil dan Pembahasan

**Tabel 1.** Karakteristik Responden (n=242)

Variabel	n	%
<b>Pendidikan</b>		
Tinggi	75	31
Menengah	85	35,1
Dasar	82	33,9
<b>Pendapatan</b>		
Cukup	129	53,3
Rendah	113	46,7
<b>Pengalaman traumatis</b>		
Tidak ada gejala PTSD	143	59,1
Ada gejala PTSD	99	40,9
<b>Usia kehamilan</b>		
Trimester 1	81	33,5
Trimester 2	86	35,5
Trimester 3	75	31
<b>Status obstetri</b>		
Primigravida	146	60,3
Multigravida	96	39,7
<b>Dukungan sosial</b>		
Tinggi	79	32,6
Sedang	59	24,4
Rendah	104	43
<b>Perencanaan kehamilan</b>		
Direncanakan	95	39,3
Tidak direncanakan	147	60,7
<b>Kepuasan pernikahan</b>		
Puas	117	48,3
Tidak puas	125	51,7
<b>Prenatal distress</b>		
Rendah	81	33,5
Tinggi	161	66,5

Lebih dari separuh responden berpendidikan rendah dan berstatus primigravida. Hal ini menandakan adanya *double burden* kerentanan: keterbatasan kognitif dalam mengakses informasi kesehatan serta minimnya pengalaman praktis dalam menghadapi kehamilan (Ayu, et al., 2022). Pada kelompok ini terlihat dalam analisis kuesioner yang diberikan, risiko distress meningkat karena kurangnya strategi koping, masih minimnya *health literacy*, dan keterbatasan akses pada layanan antenatal yang berkualitas.

Sebesar 60,7% responden mengalami kehamilan yang tidak direncanakan. Berdasarkan

hasil analisis kuesioner yang diisi oleh responden, Sebagian besar responden yang kehamilannya tidak direncanakan menyatakan keterbatasan edukasi reproduksi serta kontrasepsi. Kehamilan yang tidak direncanakan sering dikaitkan dengan *unwanted pregnancy* atau *mistimed pregnancy*, yang keduanya meningkatkan risiko distress psikologis, depresi antenatal, bahkan perilaku kekerasan dalam rumah tangga (Chen et al., 2020).

Sebanyak 51,7% mengalami ketidakpuasan pernikahan. Berdasarkan hasil analisis item pada kuesioner paling tinggi muncul pada aspek kurangnya dukungan emosional dari pasangan. Hal ini memperkuat literatur yang menyebutkan bahwa kualitas hubungan perkawinan mempengaruhi kondisi psikologis ibu selama kehamilan. Angka distress yang tinggi (66,5%) menandakan adanya kerentanan psikologis yang serius. Hasil ini konsisten dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa kehamilan remaja tanpa kesiapan emosional dan sosial cenderung menimbulkan stres dan kecemasan. Selain itu, kondisi sosial-ekonomi dan kurangnya dukungan

keluarga juga dapat memperberat beban psikologis (Krzepota et al., 2018).

Analisis bivariat memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan antara status obstetri, dukungan sosial, perencanaan kehamilan, dan kepuasan pernikahan dengan kejadian *prenatal distress* ( $p < 0,05$ ). Sebaliknya, Pendidikan, pendapatan, pengalaman traumatis dan usia kehamilan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna. Hal ini mengindikasikan bahwa faktor psikososial lebih berpengaruh dibanding faktor demografi. Ibu primigravida tampak lebih rentan karena minimnya pengalaman, sementara dukungan sosial rendah meningkatkan kemungkinan distress hingga 54%. Ketidakpuasan pernikahan juga tampak dominan sebagai faktor risiko. Penelitian ini mendukung teori koping yang menekankan pentingnya dukungan sosial dalam mengurangi stres. Penemuan ini juga sejalan dengan sebuah studi yang menegaskan bahwa relasi pernikahan dan dukungan sosial merupakan protektor utama kesehatan mental ibu hamil (Howard, 2020).

**Tabel 2.** Hubungan Variabel Independen dengan *Prenatal distress*

Variabel	Kategori	Distress n (%)	Tidak Distress n (%)	p-value
Pendidikan	Tinggi	51 (31,7)	24 (29,6)	0,587
	Menengah	53 (32,9)	32 (39,5)	
	Dasar	57 (35,4)	25 (30,9)	
Pendapatan	Cukup	87 (54,0)	42 (51,9)	0,748
	Rendah	74 (46,0)	39 (48,1)	
Pengalaman traumatis	Tidak ada gejala PTSD	93 (57,8)	50 (61,7)	0,554
	Ada gejala PTSD	68 (42,2)	31 (38,3)	
Usia kehamilan	Trimester 1	55 (34,2)	26 (32,1)	0,942
	Trimester 2	57 (35,4)	29 (35,8)	
	Trimester 3	49 (30,4)	26 (32,1)	
Status obstetri	Multigravida	51 (31,7)	45 (55,6)	<0,001
	Primigravida	110 (68,3)	36 (44,4)	
Dukungan sosial	Tinggi	32 (19,9)	47 (58,0)	<0,001
	Sedang	42 (26,1)	17 (21,0)	
	Rendah	87 (54,0)	17 (21,0)	
Perencanaan kehamilan	Direncanakan	48 (29,8)	47 (58,0)	<0,001
	Tidak direncanakan	113 (70,2)	34 (42,0)	
Kepuasan pernikahan	Puas	57 (35,4)	60 (74,1)	<0,001
	Tidak puas	104 (64,6)	21 (25,9)	

**Tabel 3.** Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Prenatal Distress*

Variabel	B	Wald	p-value	OR (95% CI)
Status obstetri (Primigravida)	0,961	7,875	0,005	2,614 (1,336–5,115)
Dukungan sosial rendah	2,171	28,411	<0,001	8,768 (3,946–19,481)
Kehamilan tidak direncanakan	1,334	14,785	<0,001	3,795 (1,923–7,491)

Ketidakpuasan pernikahan	1,687	22,590	<0,001	5,403 (2,695–10,832)
--------------------------	-------	--------	--------	----------------------

Analisis multivariat memperlihatkan bahwa dukungan sosial rendah merupakan faktor paling dominan dengan odds ratio sebesar 8,77. Hal ini menunjukkan bahwa ibu dengan dukungan sosial rendah hampir sembilan kali lebih berisiko mengalami distress dibanding yang memiliki dukungan tinggi. Kepuasan pernikahan yang rendah dan kehamilan yang tidak direncanakan juga berkontribusi signifikan. Status primigravida meningkatkan risiko distress lebih dari dua kali lipat. Penelitian terdahulu juga menemukan bahwa ketidakpuasan pernikahan dan kurangnya dukungan keluarga berkontribusi terhadap gangguan psikologis ibu hamil (Chen et al., 2020).

Analisis ini memiliki implikasi penting pada praktik nyata. Temuan bahwa dukungan sosial rendah menjadi faktor paling dominan menunjukkan perlunya program pendampingan yang terstruktur bagi ibu hamil, khususnya mereka yang primigravida atau mengalami kehamilan tidak direncanakan. Pendampingan yang dimaksud bukan sekadar konseling medis, melainkan dukungan psikososial yang melibatkan pasangan, keluarga inti, maupun kader kesehatan di masyarakat. Bentuk pendampingan dapat berupa kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi dan pemantauan emosional, kelompok dukungan sebaya (*support group*) bagi ibu hamil untuk saling berbagi pengalaman, serta konseling pasangan untuk meningkatkan komunikasi dan kepuasan pernikahan. Keterlibatan keluarga diharapkan mampu meningkatkan rasa aman, mengurangi perasaan terisolasi, dan menurunkan tingkat distress. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat langsung diintegrasikan ke dalam program pelayanan kesehatan maternal di Puskesmas maupun Posyandu sebagai strategi *promotif-preventif*. Saran penelitian selanjutnya dapat berupa studi longitudinal di masa depan untuk memperkuat bukti kausalitas.

### Simpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa prenatal distress cukup tinggi pada ibu hamil usia remaja. Faktor yang paling dominan adalah rendahnya dukungan sosial. Oleh karena itu, intervensi kesehatan maternal tidak cukup hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga harus menitikberatkan pada penguatan dukungan sosial. Pendekatan berbasis keluarga dan pasangan perlu

dikembangkan untuk menekan risiko distress pada ibu hamil. Dengan demikian, strategi promotif dan preventif yang komprehensif dapat meningkatkan kesejahteraan ibu hamil remaja dan kualitas kesehatan maternal secara keseluruhan.

### Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Universitas Sultan Ageng Tirtayasa dan seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

### Referensi

- Ayu, I. P. (2020). *Prenatal Distress pada Primigravida* (K. Rosyidi, Ed.; 1st ed.). KHD Production.
- Ayu, I. P., Alifiani, H., Alpredo, D., & Al-Hurry, S. (2023, August 4). Effectiveness of ``Paket BerSIH`` on Prenatal Distress. *KnE Social Sciences*.  
<https://doi.org/10.18502/kss.v8i14.13819>
- Ayu, I. P., Hanafi, W., Susanto, A., Evi, S., Hayyun, A., Yunike, A., Gultom, R., Nuraeni, E. A., Syamsi, N., & Lalla, N. (2022). *Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga* (N. Sulung & R. M. Sahara, Eds.; 1st ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.  
[www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)
- Ayu, I. P., Harwijayanti, B. P., Riyanti, E., Filia, A., Tiwatu, V., Kartini, M., Nur, I., Yunita, I., & Suardi, S. (2024). *Keperawatan Maternitas 2* (Oktavianis, Ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Ayu, I. P., Lusiani, M., Alifiani, H., & Yulidar, E. (2022). Relationship between Management of Family Functions and Marriage Satisfaction with the Event of Postpartum Blues in Postpartum Mothers in the Work Area of Kramatwatu Public Health Center. *Journal of Industrial Engineering & Management Research*, 3(3). <http://www.jiemar.org>
- Ayu, I. P., & Marwiyah, N. (2019). Pengaruh Sikap Asertif dan Konsep Diri Terhadap Perilaku Seksual Pranikah Siswa SM P Negeri di Kota Serang. *Faletehan Health Journal*, 6(2), 56–63.
- Ayu, I. P., Masruroh, A., Bagus, G., Ika Novita Sari, K., Panjaitan, N., Rahardjo, N., Darmi, P., Bestfy, A., Dary, A., Metti, E., Dwi, N. M., & Putri, P. (2022). *Keperawatan Maternitas*

- (M. Sari & R. M. Sahara, Eds.). PT Global Eksekutif Teknologi.  
www.globaleksekutifteknologi.co.id
- Ayu, I. P., Rachmawati, I. N., & Ungsianik, T. (2019). Maternal age as a main factor influencing prenatal distress in Indonesian Primigravida. *Enfermeria Clinica*, 29, 310–314.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.039>
- Boutib, A., Chergaoui, S., Marfak, A., Hilali, A., & Youlyouz-Marfak, I. (2022). Quality of Life During Pregnancy from 2011 to 2021: Systematic Review. In *International Journal of Women's Health* (Vol. 14, pp. 975–1005). Dove Medical Press Ltd.  
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S361643>
- Chen, J., Guo, Y., Liao, Z., Xia, W., & She, S. (2020). Does pregnancy make women more cautious and calm? The impact of pregnancy on risk decision-making. *Judgment and Decision Making*, 15(5), 807–822.  
<https://doi.org/10.1017/s1930297500007944>
- Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625–1639.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- Hill, B., Awoke, M. A., Bergmeier, H., Moran, L. J., Mishra, G. D., & Skouteris, H. (2021). Lifestyle and psychological factors of women with pregnancy intentions who become pregnant: Analysis of a longitudinal cohort of Australian women. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 1–12.  
<https://doi.org/10.3390/jcm10040725>
- Howard, L. M. (n.d.). *Perinatal mental health: a review of progress and challenges*.
- Krzepota, J., Sadowska, D., & Biernat, E. (2018). Relationships between physical activity and quality of life in pregnant women in the second and third trimester. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15122745>
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou, N., & Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- Noviana, I., Varadhila Peristiano, S., Muliati Abdullah, S., Psikologi, F., Mercur Buana Yogyakarta, U., & Studi Magister Psikologi Profesi, P. (n.d.). *Dinamika Psikologis Ibu Hamil dengan Kecemasan yang Diberikan Relaksasi Berbasis Kelompok*.  
<https://doi.org/10.26858/talenta.v7i1.35383>
- Rosdiana. (2017). *Kualitas Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Kota Serang*. Univeritas Sultan Ageng Tirtayasa.
- Tang, X., Lu, Z., Hu, D., & Zhong, X. (2019). Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *Journal of Affective Disorders*, 253, 292–302.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.003>
- Wójcik, M., Aniśko, B., & Siatkowski, I. (2024). Quality of life in women with normal pregnancy. *Scientific Reports*, 14(1).  
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-63355-7>
- Zulaekah, S., & Kusumawati, Y. (2021). Kecemasan sebagai Penyebab Gangguan Kesehatan Mental pada Kehamilan di Layanan Kesehatan Primer Kota Surakarta. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 17(1), 59–73.  
<https://doi.org/10.31101/jkk.2064>