

PREVALENSI DEPRESI PADA WANITA DENGAN RIWAYAT KEGUGURAN: STUDI BERBASIS DATA IFLS-5

Herdiyan Maulana¹, Marty Mawarpury², & Endang Fourianalistyawati^{3,4}

¹Fakultas Pendidikan Psikologi, Universitas Negeri Jakarta, Jalan. R. Mangun Muka Raya No. 1, Jakarta 13220, Indonesia

²Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syah Kuala, Jalan Teuku Nyak Arief No. 441, Aceh 23111, Indonesia

³Fakultas Psikologi, Universitas YARSI, Jalan Letjend Suprpto No. Kav. 13, Jakarta 10510, Indonesia

⁴School of Human Ecology, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, United States

Korespondensi: herdiyan-maulana@unj.ac.id

THE PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG WOMEN WITH A HISTORY OF MISCARRIAGE: STUDY OF IFLS-5

Manuscript type: Original Research

Abstract

Miscarriage (*abortus spontanea*) in women is a traumatic event that is closely related to various psychological problems such as anxiety, emotional disturbances, and depression. Previous studies have shown that a psychological comorbidity, either immediate or later, appears in more than 50% of women with a history of miscarriage. This study examines the contribution of psychological (religiosity and life satisfaction) and demographic (age, education, and employment status) factors to depression symptoms of women with a history of miscarriage. Data were obtained from the fifth wave of Indonesian Family Life Survey (IFLS) with a sample of 1097 adult women with a history of miscarriage ($M_{age} = 35.7$, $SD = 9.36$). Brief Depression measurements were carried out using the Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale (BCES-D-10). The results of multiple regression analysis showed that psychological and sociodemographic factors significantly predicted the level of depressive symptoms. The dynamics of demographic characteristics on depression and their implications are further discussed.

Article history:

Received 3 March 2021

Received in revised form 9 April 2021

Accepted 23 August 2021

Available online 26 May 2022

Keywords:

demographics
depression
Indonesia
miscarriage
women

Abstrak

Keguguran (*abortus spontanea*) pada wanita dalam masa kehamilan adalah peristiwa traumatik yang berhubungan erat dengan berbagai permasalahan psikologis, seperti kecemasan, gangguan emosi, dan depresi. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan kondisi komorbiditas psikologis, baik itu yang bersifat segera atau di kemudian hari. Studi sebelumnya menunjukkan lebih dari 50% wanita memiliki riwayat keguguran. Penelitian ini bertujuan untuk menguji kontribusi faktor-faktor psikologis (religiositas dan kepuasan hidup) dan sosial-demografi (usia, pendidikan, dan status pekerjaan) terhadap gejala depresi pada wanita dengan riwayat keguguran. Data didapatkan dari Indonesian Family Life Survey (IFLS) gelombang ke lima, dengan sampel wanita dewasa yang memiliki riwayat keguguran sebanyak 1097 orang ($M_{usia} = 35.7$; $SD = 9.36$). Pengukuran depresi dilakukan dengan skala *Brief Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale* (BCES-D-10). Hasil analisis regresi ganda menunjukkan faktor psikologi dan sosial-demografi secara signifikan memprediksi tingkat gejala depresi. Dinamika faktor demografi terhadap tingkat depresi dan implikasinya turut didiskusikan.

Kata Kunci: demografi, depresi, Indonesia, keguguran, wanita

Dampak dan Implikasi dalam Konteks Ulayat

Hasil penelitian ini memberikan pemahaman tentang prevalensi depresi pada wanita dengan riwayat keguguran dari sudut pandang ulayat berbasis faktor khas masyarakat Indonesia. Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya (lihat Dira & Wahyuni, 2016) yang menggambarkan faktor demografis (tingkat pendidikan) memengaruhi respons psikologis wanita dalam menghadapi keguguran. Lebih lanjut, penelitian ini menggarisbawahi aspek-aspek psiko-sosial-budaya khas Indonesia, seperti spiritualitas dan kepuasan hidup, yang berperan sebagai faktor-faktor yang melindungi (*protective factors*) individu untuk terhindar dari kondisi kesehatan mental yang lebih serius.

Handling Editor: Christiany Suwanto, Faculty of Psychology, Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Indonesia



This open access article is licensed under [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction, provided the original work is properly cited.

PENDAHULUAN

Depresi tercatat sebagai salah satu faktor penyebab munculnya berbagai kondisi penyakit fisik dan pendorong tingginya angka bunuh diri pada usia dewasa muda. Depresi menjadi salah satu gangguan psikologis yang menyebabkan kematian (*World Health Organization [WHO]*, (2021)). Menurut data WHO pada tahun 2021, kurang lebih 3.8% populasi masyarakat dunia (sekitar 280 juta orang) mengalami depresi. Secara spesifik, angka prevalensi penderita depresi semakin meningkat pada masyarakat di negara-negara berkembang (Ferrari dkk., 2013; Steel dkk., 2014). Tanpa penanganan profesional dan sistematis, depresi merupakan pencetus munculnya gangguan psikologis yang lebih serius, seperti kecenderungan untuk bunuh diri, skizofrenia, dan kepribadian ganda. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari Kementerian Kesehatan RI di tahun 2018 menunjukkan tren kenaikan angka gangguan depresi di Indonesia dari tahun ke tahun. Tercatat bahwa dari kurun waktu 6 tahun (2013–2018), terdapat peningkatan jumlah penderita gangguan depresi sebanyak 4%. Angka ini diduga akan terus meningkat, mengingat tidak semua orang dengan depresi dapat terdeteksi. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor sosiokultural masyarakat Indonesia yang cenderung menganggap gangguan emosi atau psikologis sebagai hal yang tabu, sehingga banyak orang enggan untuk meminta bantuan profesional kesehatan mental dalam mengidentifikasi gangguan ini (Tristiana dkk., 2018).

Studi dari Steel dkk. (2014) tentang epidemiologi jangka panjang mengindikasikan bahwa prevalensi depresi terbukti berkorelasi dengan variabel demografi, sosial, dan ekonomi masyarakat. Studi yang dilakukan di lebih dari 170 negara maju dan berkembang menunjukkan bahwa satu dari lima orang dewasa mengalami gangguan mental atau emosional dalam satu tahun terakhir. Berdasarkan studi tersebut, responden wanita cenderung lebih rentan terhadap depresi dibandingkan responden laki-laki (Steel dkk., 2014). Hal ini dikonfirmasi oleh Maji (2018), yang menggarisbawahi perbedaan peran jenis kelamin sebagai variabel signifikan yang memengaruhi tingkat prevalensi depresi. Secara spesifik di Indonesia, Christiani dkk. (2015) mengindikasikan bahwa depresi lebih banyak terjadi pada wanita yang hidup dengan status sosioekonomi menengah ke bawah, serta berada pada kelompok usia remaja hingga dewasa awal, dibandingkan pada wanita yang berada di kelompok usia dewasa menengah hingga dewasa lanjut.

Berdasarkan temuan sebelumnya, telaah tentang korelasi antara depresi dengan variabel demografi (jenis kelamin, usia, dan status ekonomi) belum banyak dikaji dari sudut pandang psikologi. Salah satu faktor pencetus depresi adalah peristiwa keguguran pada wanita. Ferren dkk. (2020) menjelaskan bahwa keguguran memiliki implikasi negatif terhadap kondisi mental wanita

yang mengalaminya. Di antara banyaknya pencetus depresi, yang banyak terjadi pada wanita adalah peristiwa traumatik ketika mengalami keguguran pada masa kehamilan (Ferren dkk., 2020). Keguguran pada masa kehamilan dalam terminologi medis disebut dengan *abortus spontanea*. Umumnya, keguguran terjadi pada wanita dengan masa kehamilan di bawah 20 minggu. Pada kondisi ini, perkembangan fetus atau janin belum sempurna. Selain menimbulkan rasa sakit yang amat sangat dengan ditandai adanya pendarahan dari bagian vagina dan nyeri pada perut bagian bawah, keguguran menyebabkan dampak psikologis yang signifikan bagi wanita. Wanita yang mengalami keguguran secara mendadak, yang pada umumnya diakibatkan oleh kelelahan dan stres, dapat memicu respons emosional yang kuat berupa syok psikologis (*psychological shock*). Menurut Patel dkk. (2002), berakhirnya kehamilan akibat keguguran berkorelasi secara signifikan dengan munculnya depresi. Dalam studinya, Ferren dkk. (2020) menunjukkan bahwa wanita dengan pengalaman keguguran memiliki kecenderungan tinggi untuk mengalami *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD) hingga tiga bulan pasca kejadian tersebut. Dalam literatur klasik, Beutel dkk. (1995) menyebutkan bahwa wanita yang mengalami keguguran akan memiliki kerentanan dan komorbiditas psikologis jangka pendek hingga jangka panjang. Kerentanan jangka pendek pada umumnya terjadi beberapa saat hingga tiga bulan pertama setelah peristiwa tersebut. Sementara dalam jangka panjang, Swanson dkk. (2007) mengindikasikan bahwa perasaan bersalah dan emosi negatif tetap ada, bahkan hingga satu tahun pasca keguguran. Hal ini dapat berakibat pada gangguan emosi secara sistemik dan berpotensi memengaruhi kepribadian, serta relasi sosial individu, terutama dengan pasangan dan keluarga. Keguguran berpotensi memicu komorbiditas psikologis, baik bersifat jangka pendek maupun jangka panjang.

Neugebauer (2003) mengindikasikan bahwa wanita yang pernah mengalami keguguran sebelumnya dan memiliki riwayat depresi juga menunjukkan kecenderungan yang lebih tinggi untuk mengalami depresi kembali setelah kegugurannya. Beberapa gejala psikologis dan klinis yang seringkali muncul pada wanita dengan riwayat keguguran dialami pada spektrum individu, seperti rendahnya harga diri, respons histeris, mimpi buruk berkali-kali mengenai bayi, ingin melakukan bunuh diri, mulai mencoba menggunakan obat-obat terlarang, dan spektrum sosial, seperti terganggunya kualitas hubungan seksual dengan pasangan dan penarikan diri dari lingkungan sekitar (Neugebauer, 2003).

Para ahli psikologi mengindikasikan bahwa banyak faktor yang menyebabkan depresi pada wanita dengan riwayat keguguran. Penelitian ini membagi faktor tersebut menjadi dua, yaitu faktor psikologis dan faktor sosial. Faktor psikologis dalam studi ini akan berfokus pada aspek religiositas

dan kepuasan hidup. Arshad dan Hafeez (2016) menunjukkan bahwa secara umum praktik beragama dan religiusitas berperan sebagai faktor protektif dalam meredam dampak kecemasan dan depresi. Hackney dan Sanders (2003) menggambarkan religiusitas sebagai sebuah keyakinan terhadap nilai-nilai dan praktik keagamaan. Religiusitas adalah upaya individu untuk menyandarkan sikap, perasaan, dan perilaku terhadap nilai-nilai keagamaan yang diyakini. Mann dkk. (2008) menjelaskan bahwa religiusitas membantu individu dalam proses mengatasi stres dengan memberikan cara bagi individu untuk memahami kondisi yang dialami. Sebagai contoh, ketika sakit, religiusitas membantu individu untuk merasa bahwa kondisi ini adalah bentuk ujian dari Tuhan dan mempersepsikan bahwa Tuhan tidak akan memberikan ujian di luar kemampuan individu. Cara pikir ini membantu individu untuk bertahan dan berpikir positif terhadap kondisi yang dialami. Aspek kepuasan hidup, di sisi lain, menjadi bagian penting dari kebahagiaan dan kesehatan mental individu. Koivumaa dkk. (2004) mengindikasikan bahwa kepuasan hidup berkorelasi negatif dengan gejala depresi. Individu dengan tingkat kepuasan hidup yang tinggi cenderung menunjukkan gejala depresi yang rendah. Secara khusus pada kasus wanita dengan riwayat keguguran, Brier (1999) mengungkapkan bahwa keguguran adalah peristiwa traumatik yang sangat mendalam, tetapi bukan berarti kepuasan hidup individu tidak dapat dibangun kembali. Kepuasan hidup dapat muncul kembali apabila individu mendapatkan penanganan medis segera setelah mengalami keguguran, serta adanya dukungan sosial dan emosional dari pasangan dan keluarga (Brier, 1999).

Pada faktor sosiodemografis, Sham dkk. (2010) menunjukkan bahwa setelah mengalami keguguran, wanita dengan usia yang lebih muda jauh lebih rentan mengalami depresi dibandingkan wanita dengan usia yang lebih tua. Hal ini berkaitan dengan kematangan psikologis atau emosional individu ketika harus menghadapi peristiwa traumatis. Terkait dengan faktor ekonomi, Swanson (2000) menyatakan bahwa wanita yang pernah mengalami keguguran dengan latar belakang sosial ekonomi menengah-bawah memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi dibanding wanita yang memiliki status sosial-ekonomi yang lebih tinggi. Temuan serupa juga ditunjukkan oleh Mutiso dkk. (2018) bahwa wanita dengan usia yang lebih muda dan hidup dalam kondisi sosial-ekonomi rendah lebih rentan terhadap depresi ketika mengalami keguguran. Hal ini secara jelas menggambarkan dampak psikologis status sosioekonomi terhadap kerentanan psikologis seseorang. Status sosial dan status ekonomi memiliki peran penting sebagai peredam dalam menghadapi peristiwa-peristiwa buruk yang terjadi pada diri seseorang. Toedter dkk. (1988) menjelaskan bahwa wanita dengan tingkat sosial ekonomi rendah cenderung merasakan dampak fisik dan psikologis yang lebih besar ketika mengalami masalah kesehatan, termasuk keguguran pada kehamilan, dibandingkan wanita

yang secara ekonomi lebih mapan. Veenhoven (2014), melalui *Livability Theory*, menyebutkan bahwa individu akan mampu mencapai kebahagiaan atau kesejahteraan apabila mampu menggunakan kapasitas ekonomi untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar (fisiologis dan rasa aman). Konsep ini sangat tepat dalam menjelaskan bahwa kapasitas ekonomi individu membantu untuk meredam dampak buruk dari peristiwa-peristiwa hidup yang tidak diinginkan.

Hingga saat ini, belum banyak studi di Indonesia yang membahas tentang dampak psikologis wanita yang mengalami keguguran, melalui perspektif psikologis dengan berbasis data yang berjumlah besar. Sebagian besar penelitian psikologi tentang depresi pada wanita dengan riwayat keguguran dilakukan dengan pendekatan kualitatif (Adawiyah, 2019; Rahayu & Wahyuni, 2020; Wijaya & Erawan, 2020) dengan jumlah responden yang sangat terbatas dan dalam lingkup lokal. Pendekatan kualitatif mungkin memberikan penjelasan mendalam tentang dinamika psikologis para wanita dengan riwayat keguguran, tetapi jumlah responden yang terbatas membuat hasil penelitian tersebut sulit untuk dapat digeneralisasi. Generalisasi hasil riset tentang depresi pada wanita dengan riwayat keguguran penting untuk dilakukan untuk memberkan bukti empiris pola hubungan kedua variabel tersebut. Hal ini penting untuk para tenaga kesehatan (contoh: psikiater, psikolog, konselor) dan para pembuat kebijakan dalam mengembangkan dan menerapkan intervensi yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup para wanita di kelompok tersebut. Dengan demikian, penelitian ini bertujuan untuk melihat prevalensi depresi pada wanita yang mengalami keguguran berbasiskan faktor-faktor psiko-sosial-demografi dengan basis data *Indonesia Family Life Survey (IFLS)* gelombang kelima (2014).

METODE

Partisipan

Dari total sampel survei IFLS-5 sejumlah 31,442 responden, didapatkan sebanyak 1,097 responden ($M_{usia} = 35.7$; $SD = 9.36$) yang memenuhi kriteria penelitian ini, yaitu wanita dengan riwayat keguguran (*miscarriage*). Responden wanita didominasi wanita yang berusia dewasa muda (26–40 tahun), sementara latar belakang pendidikan responden didominasi oleh wanita yang menyelesaikan pendidikan hingga SMA (32%) dan SMP (22%). Lebih dari separuh responden tidak bekerja atau berstatus sebagai ibu rumah tangga. Detail karakteristik sosial-demografi responden disajikan dalam Tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1.

Hasil Statistika Deskriptif (N = 1,097)

<i>Variabel</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Frekuensi</i>	<i>Presentase (%)</i>
Usia	35.77	9.36		
Pendidikan				
Tidak tamat SD			30	2.73
SD			306	27.89
SMP			241	21.96
SMA			348	31.72
D3 – S1			165	15.04
S2 – S3			7	.63
Status Kerja				
Bekerja			475	43.3
Tidak bekerja			622	56.7
Usia	35.7	9.36		
16 – 20 tahun			27	2
21 – 25 tahun			121	11
26 – 30 tahun			218	20
31 – 35 tahun			230	21
36 – 40 tahun			167	15
41 – 45 tahun			127	12
46 – 50 tahun			119	11
51 – 57 tahun			88	8
Religiositas	2.93	.66		
Kepuasan Hidup	3.06	.52		

Desain

Penelitian ini menggunakan pendekatan desain kuantitatif *cross-sectional* dengan berbasis data survei *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) gelombang kelima. IFLS adalah sebuah survei skala nasional dan bersifat *longitudinal* yang dilakukan oleh konsorsium tiga lembaga, yaitu *Research and Development Corporation* (RAND), Survey Meter, Pusat Demografi Universitas Indonesia (UI), dan Pusat Studi Kependudukan Universitas Gadjah Mada (UGM). Survei IFLS bertujuan untuk mengumpulkan informasi komprehensif tentang kondisi sosial, demografi, budaya, dan kesehatan masyarakat Indonesia. Survei IFLS dilakukan secara longitudinal dan diawali dari gelombang pertama pada tahun 1993-1994. Saat ini, IFLS sudah dilakukan sebanyak lima kali dengan pengambilan data terakhir dilakukan pada tahun 2014-2015 (IFLS gelombang kelima). Sejak gelombang pertama, survei IFLS telah melibatkan lebih dari 7,000 keluarga di Indonesia dengan jumlah 20,000 responden. Pada IFLS gelombang kelima (2014-2015), tercatat 31,442 responden dewasa ($M_{usia} = 37.3$ tahun; $SD = 14.9$) dari 13 provinsi di Indonesia berpartisipasi dalam survei ini.

Prosedur

Meskipun survei IFLS bersifat longitudinal, pada penelitian ini peneliti hanya akan menggunakan data dari IFLS gelombang kelima. Seluruh responden penelitian telah memberikan kesediaan (*informed consent*), serta izin etik survei IFLS gelombang kelima telah didapatkan dari RAND dan Universitas Gadjah Mada. Data survei IFLS mendokumentasikan kondisi kesehatan responden wanita dalam masa kehamilan. Pada penelitian ini, kriteria inklusi responden adalah wanita dengan riwayat keguguran berusia 15 tahun ke atas. Riwayat keguguran ditanyakan melalui butir tunggal “*Apakah anda pernah mengalami keguguran?*” dalam buku kode 3A IFLS. Dalam panduan IFLS versi Bahasa Inggris, “keguguran” diterjemahkan menjadi “*miscarriage*” yang dapat diartikan kehilangan janin secara spontan pada wanita pada masa kehamilan. Pengolahan data dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama adalah pemilahan data IFLS yang dilakukan dengan perangkat lunak STATA versi 14. Kemudian, setelah data yang dikehendaki didapatkan, maka pada tahap kedua dilakukan analisa regresi berganda terhadap variabel-variabel tersebut.

Instrumen

Tingkat Depresi

Tingkat depresi pada responden diukur dengan skala *Brief Centers for Epidemiological Studies Depression Scale (BCES-D 10)* (Radloff, 1977). Skala singkat BCES-D 10 versi Bahasa Indonesia digunakan dalam survey IFLS-5 untuk mengevaluasi kesehatan mental seseorang. Kuesioner ini memiliki 10 pertanyaan yang bertujuan untuk mengevaluasi gejala-gejala depresi pada individu berdasarkan kondisi psikologis yang dirasakan selama 30 hari terakhir. Responden diminta untuk merespons setiap butir pertanyaan dengan skala *Likert* yang memiliki rentang angka 1-5 (1 = “Tidak Pernah”; 5 = “Sangat/Ekstrem”). Semakin tinggi skor total yang didapatkan, maka semakin tinggi kecenderungan depresi individu. Berdasarkan studi terdahulu, skala singkat BCES-D 10 terbukti reliabel (*Cronbach's Alpha = .71*) (Peltzer & Pengpid, 2018).

Faktor Psikologis

Faktor psikologis dalam penelitian ini mencakup kepuasan hidup dan religiositas. Kepuasan hidup dalam IFLS diukur menggunakan skala tunggal yang menanyakan sejauh mana kepuasan hidup responden dengan rentang angka 1-5 (1 = “Sangat Tidak Puas”; 5 = “Sangat Puas”). Sementara itu, tingkat religiositas dalam IFLS diukur melalui butir tunggal yang menanyakan tingkat ketaatan

menjalankan agama secara umum oleh responden, yaitu skor ditandai dengan rentang angka 1-5 (1 = “Sangat Tidak Taat”; 5 = “Sangat Taat dalam Beragama”).

Faktor Sosial-demografi

Informasi sosial-demografi responden didapatkan dari pertanyaan-pertanyaan tentang usia, pendidikan terakhir, dan pekerjaan. Usia responden dikategorikan menjadi kelompok usia per 5 tahun. Sementara pendidikan terakhir diklasifikasikan berdasarkan lima kategori (Tidak Sekolah, Tidak Tamat SD, Tamat SD, Tamat SMP, Tamat SMA, Tamat D3/S1, dan Tamat S2/S3). Berdasarkan informasi dari data IFLS, variasi pekerjaan responden cukup beragam, tetapi pada penelitian ini, peneliti mengelompokkan jenis pekerjaan menjadi dua, yaitu bekerja dan tidak bekerja.

Teknik Analisis

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan urutan analisis sebagai berikut: 1). analisa deskriptif dan korelasional untuk menguji hubungan antar variabel penelitian; dan 2). analisis *post-hoc* dengan menggunakan regresi berganda (*multiple regression*) digunakan untuk menguji kontribusi variabel bebas (*independent variable*), yang mencakup faktor psikologis dan sosial-demografi terhadap variabel tergantung (*dependent variable*), yaitu tingkat depresi. Faktor psikologis mencakup religiositas dan kepuasan hidup, sementara faktor sosial-demografi digambarkan melalui tingkat pendidikan terakhir, usia, dan status pekerjaan. Semua variabel bebas yang berjenis nominal dikonversi terlebih dahulu ke dalam variabel kategorik dengan nominasi 1/0 sebelum dilakukan analisis regresi. Analisis dan pengelolaan data IFLS-5 dilakukan dengan aplikasi statistik STATA versi 14.

HASIL

Berdasarkan analisis statistik deskriptif, dari total responden sejumlah 1,097 orang ditemukan sebanyak 805 wanita (73.3 %) memiliki skor gejala depresi rendah (skor < 10), 191 wanita (17.4%) memiliki skor gejala depresi sedang (skor 10–14), dan 101 wanita (9.2%) memiliki gejala depresi tinggi (skor > 14). Kriteria *cutoff* ini ditentukan berdasarkan norma CES-D (Andresen dkk., 1994). Bila ditinjau berdasarkan analisis tabulasi silang, maka dapat diketahui bahwa tingkat depresi tingkat tinggi banyak dialami wanita dengan latar belakang pendidikan SMP (17 orang) dan SMA (35 orang). Hasil uji *Durbin-Watson* menunjukkan data tidak memiliki autokorelasi (1.980). Uji multikolinearitas

berdasarkan skor VIF (*Variance Inflation Factor*) menunjukkan semua variabel berada pada kisaran skor 1.000, yang berarti tidak ada multikolinieritas data. Secara keseluruhan, uji asumsi menunjukkan data bersifat normal dan linear, sehingga dapat dilakukan analisis lebih lanjut.

Berdasarkan hasil uji regresi ganda (*multiple regression*), ditemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor-faktor psiko-sosial (religiositas, kepuasan hidup) dan demografis (usia, pendidikan, dan status pekerjaan) terhadap tingkat gejala depresi pada wanita dengan riwayat keguguran, $R^2 = .083$, $F(5,1091) = 19.838$, $p < 0.001$. Sementara itu berdasarkan skor *standardized beta* (uji- t) (Tabel 2), pada setiap variabel bebas menunjukkan hanya variabel usia, $t(9.36) = -4.35$, $p < .001$, dan kepuasan hidup, $t(.52) = -8.66$, $p < .001$, yang secara berkontribusi signifikan terhadap tingkat depresi. Hal ini mengindikasikan bahwa dua variabel ini memiliki derajat kepentingan yang tinggi, $B = .134$, $p < .001$, dan, $B = -.259$, $p < .001$, dibandingkan variabel lain dalam menjelaskan variabel depresi. Dengan demikian, persamaan regresi pada hasil analisis adalah sebagai berikut: Gejala depresi = $18.336 + .010$ (Status_kerja) – $.134$ (Usia) – $.057$ (Pendidikan) – $.033$ (Religiusitas) – $.259$ (Kepuasan_hidup).

Tabel 2.
Koefisien Regresi Ganda (n = 1,097)

<i>Model</i>	<i>SD</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Collinearity Statistics</i>	
					<i>Tolerance</i>	<i>VIF</i>
H_0 (<i>Intercept</i>)	.15		43.98	< .00		
H_1 (<i>Intercept</i>)	1.24		14.73	< .00		
Status kerja	.30	.01	.35	.72	.96	1.03
Usia	.01	-.13	-4.35	< .001*	.89	1.12
Pendidikan	.13	-.05	-1.87	.06	.91	1.08
Religiositas	.22	-.03	-1.10	.26	.93	1.06
Kesejahteraan	.29	-.25	-8.66	< .00*	.93	1.06

Catatan: * = Signifikan pada level .001

Secara umum, kontribusi faktor-faktor psiko-sosial dan demografi berada pada tingkat rendah (*small effect size*), yaitu sebesar 8.3%. Kategori ini mengacu pada panduan dalam menginterpretasi *magnitude R-Squared* dalam analisa regresi (Cohen, 1988). Hal ini dapat disebabkan beberapa hal. Pertama, dari total keseluruhan faktor psikososial dan demografi, hanya terdapat dua faktor, yaitu usia dan kepuasan hidup, yang berkontribusi secara signifikan terhadap prevalensi depresi. Kedua, model yang peneliti uji tidak secara optimal menjelaskan variasi prevalensi depresi dalam konteks data IFLS. IFLS adalah sebuah survei skala besar yang melibatkan berbagai aspek. Aspek-aspek ini mencakup hal-hal terkait konstruk psikologis (depresi, kepribadian, kebahagiaan, dan fungsi kognitif) dan konstruk non-psikologis lainnya (contoh: pendapatan, migrasi, kesehatan fisik). Peneliti

berasumsi bahwa besar kemungkinan variasi pengukuran aspek yang beragam tersebut, bersamaan dengan profil responden yang luas (melibatkan 80% populasi Indonesia dari berbagai budaya dan suku) membuat penjelasan terhadap suatu variabel memerlukan detail spesifikasi yang lebih dengan melibatkan variabel lainnya (contoh: lokasi, suku, status sosioekonomi). Tanpa proses ini, model yang diajukan berpotensi menunjukkan hasil koefisien regresi statistik yang lemah.

Berdasarkan hasil analisis di atas (lihat Tabel 2), ditemukan bahwa dari keseluruhan faktor demografi, hanya variasi usia yang berkontribusi terhadap tingkat gejala depresi pada wanita yang mengalami keguguran, dengan semakin muda usia responden, maka semakin tinggi tingkat depresi. Dengan kata lain, tingkat depresi responden akan turun sebesar -0.134 untuk setiap pertambahan usia responden. Sementara perbedaan status kerja (1 = Bekerja; 0 = Tidak Bekerja) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap gejala depresi. Sementara pada variabel psiko-sosial, kepuasan hidup secara signifikan memberikan kontribusi negatif terhadap skor gejala depresi, yaitu tingkat depresi akan turun sebanyak -0.259 untuk setiap satu poin kenaikan tingkat kepuasan hidup. Walaupun pada koefisien regresi menunjukkan bahwa pengaruh religiositas terhadap depresi adalah negatif, yaitu semakin tinggi religiositas responden menyebabkan semakin rendahnya skor depresi, tetapi variabel religiositas tidak berkontribusi secara signifikan terhadap gejala depresi.

DISKUSI

Berdasarkan hasil analisis data, variasi usia berperan dalam menentukan tingkat depresi pada wanita yang mengalami keguguran. Hasil penelitian mengindikasikan bahwa semakin muda usia wanita ketika mengalami keguguran, maka semakin rentan wanita tersebut terhadap gangguan depresi, dimana hal ini sesuai dengan hasil penelitian Mutiso dkk. (2018). Sementara itu, walaupun variabel demografi lainnya (tingkat pendidikan dan status pekerjaan) tidak berkontribusi secara signifikan terhadap prevalensi depresi, tetapi uji model regresi menunjukkan skor korelasi positif. Hal ini menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan wanita, maka semakin rendah prevalensi depresi yang dialami. Hasil studi ini sesuai dengan temuan penelitian sejenis di Indonesia. Sebuah studi yang dilakukan di Bali menunjukkan persentase terbesar, yaitu sebesar 40%, dari penderita depresi pada wanita yang mengalami keguguran memiliki latar belakang pendidikan Sekolah Dasar (Dira & Wahyuni, 2016). Penelitian ini juga menunjukkan bahwa status bekerja (bekerja atau tidak bekerja) tidak berpengaruh terhadap prevalensi depresi. Hasil ini juga didukung oleh Lindayani dan Marhaeni (2020) yang menunjukkan hasil empiris tentang hubungan faktor

pekerjaan dan penghasilan keluarga dengan prevalensi depresi yang tidak signifikan pada wanita yang mengalami keguguran.

Hasil penelitian serupa ditemukan pada studi sebelumnya oleh Gausia dkk. (2009) di Bangladesh, yaitu signifikansi aspek sosio-demografi sebagai faktor risiko depresi *postpartum*. Faktor sosio-demografi ini meliputi: umur wanita yang lebih dari 35 tahun, tingkat pendidikan, riwayat depresi, penyakit terdahulu, dan riwayat keluarga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status pekerjaan (bekerja atau tidak bekerja) tidak berkontribusi terhadap depresi paska keguguran. Hal ini berbeda dengan studi yang dilakukan Wahyuni dkk. (2014) yang menemukan sebanyak 65% depresi pasca keguguran di pengaruhi diantaranya oleh status tidak bekerja. Berbasis data besar dari IFLS gelombang kelima, hasil penelitian ini memberikan penjelasan alternatif tentang pengaruh variasi usia dan tingkat pendidikan sebagai faktor penting yang memengaruhi prevalensi depresi pada wanita dengan riwayat keguguran.

Pada aspek psikologis, kepuasan hidup dan religiositas masing-masing memiliki karakteristik korelasi yang berbeda dengan tingkat depresi. Berdasarkan hasil analisis data, kepuasan hidup berkontribusi signifikan terhadap gejala depresi. Hal ini menunjukkan bahwa pada kelompok wanita yang memiliki kepuasan hidup yang tinggi, maka kecenderungan untuk mengalami depresi semakin rendah. Hasil ini sesuai dengan preposisi Koivumma dkk. (2004) bahwa kepuasan hidup berperan penting dalam menekan prevalensi depresi pada individu. Sementara itu, religiositas individu ternyata tidak berkontribusi terhadap tingkat depresi. Artinya, tinggi atau rendahnya religiositas tidak memengaruhi kecenderungan depresi pada wanita paska keguguran. Walaupun hasil ini terkesan tidak sesuai dengan prediksi teoretis, hasil serupa juga ditemukan pada beberapa studi lainnya. Contohnya, pada studi yang dilakukan di Pakistan oleh Arshad dan Hafeez (2016) mengemukakan bahwa aktivitas religius tidak berkaitan dengan tingkat tekanan dan kecenderungan depresi. Butir dalam IFLS-5 mengevaluasi tingkat religiositas berdasarkan tingkat ketaatan individu terhadap ajaran agamanya. Religiositas tidak secara luas diukur berdasarkan aspek lain terkait religiositas, seperti afiliasi pada kelompok agama, frekuensi berdoa atau beribadah, atau perasaan kedekatan pada Tuhan. Seperti yang dikemukakan pada bagian pendahuluan di atas, agama berperan untuk mengatasi stres melalui mekanisme emosi dan kognitif individu. Pada penelitian ini, tidak ada butir yang secara spesifik mengeksplorasi dampak religiositas terhadap disposisi emosi dan cara berpikir individu, sehingga penjelasan yang menunjukkan religiositas tidak berpengaruh terhadap depresi perlu dikaji lebih lanjut.

Penelitian ini bukan tanpa catatan. Terdapat beberapa keterbatasan penelitian yang perlu diperhatikan agar menjadi catatan untuk rekomendasi pengembangan topik penelitian ini di masa yang akan datang. Pertama, klasifikasi usia responden yang dibagi per lima tahun dalam studi ini tidak memiliki landasan teoretis. Hal ini dilakukan semata-mata sebagai implikasi dari luasnya rentang usia responden yang terlibat. Kedua, IFLS memiliki variasi data yang sangat besar dan luas, sehingga ada kemungkinan konteks penelitian menjadi terlalu melebar dan tidak spesifik. Selain itu, melibatkan lebih banyak variabel dalam data IFLS sebagai kontrol akan membuat studi sejenis menjadi lebih tajam dan kuat.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran prevalensi depresi pada perempuan Indonesia dengan riwayat keguguran pada saat kehamilan (*miscarriage*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada tingkat menengah hingga tinggi ditemukan pada 25% dari total perempuan yang menjadi responden dalam penelitian ini. Beberapa faktor risiko yang terkait dengan prevalensi depresi adalah usia muda dan tingkat kepuasan hidup yang rendah.

Saran Teoretis

Hasil penelitian ini memiliki implikasi teoretis berupa konfirmasi terhadap hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Neugebauer (2003) yang menyebutkan bahwa perempuan dengan riwayat keguguran berpotensi mengalami kondisi kerentanan mental dalam jangka waktu tertentu. Penelitian ini menunjukkan bahwa kematangan psikologis yang diindikasikan dengan tingkat kepuasan hidup yang tinggi dan usia yang lebih tua dapat menjadi faktor pelindung dari kemungkinan terjadinya depresi bagi perempuan yang mengalami keguguran dalam kehamilannya.

Saran Praktis

Terlepas dari catatan keterbatasan di atas, hasil temuan ini dapat menjadi alternatif referensi untuk penelitian lebih lanjut terkait kebijakan dan intervensi psikososial untuk meningkatkan kualitas kehidupan perempuan dan ibu dalam menjalani masa kehamilan. Beberapa faktor penting terkait dengan depresi pasca keguguran perlu mendapat perhatian pemerintah dan tenaga kesehatan mental. Sebagai contoh, perempuan yang melakukan pernikahan dalam usia muda memiliki kerentanan

psikologis apabila ia mengalami permasalahan dalam kehamilannya. Demikian juga dengan pentingnya penekanan pada aspek kepuasan hidup sebagai aspek krusial dalam menentukan kesehatan mental perempuan pasca kondisi tersebut.

SPONSOR

Tidak ada sponsor yang terlibat dalam penelitian ini

ASPEK ETIK STUDI

Pernyataan Etik

Seluruh prosedur yang dilakukan pada studi ini telah sesuai dengan Deklarasi Helsinki tahun 1964 dan segala adendumnya atau dengan standar etika yang relevan. Aspek etik dari studi ini telah disetujui oleh Lembaga RAND sebagai pelaksana survei IFLS gelombang ke-5 melalui proses registrasi via surat elektronik yang dikirimkan peneliti kepada RAND *Coorporation*. Pernyataan kesediaan berpartisipasi dari seluruh partisipan telah diperoleh.

Konflik Kepentingan

Semua penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan dalam penulisan artikel ini.

Ketersediaan Data

Data yang digunakan dalam studi ini dapat diakses dengan menghubungi penulis melalui surel atau melalui tautan publik: <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS/ifls5.html>.

REFERENSI

- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D. *American journal of preventive medicine, 10*(2), 77-84.
- Arshad, T., & Hafeez, N. (2016). Religiosity social support and distress in miscarriage. *Pakistan Journal of Professional Psychology Research and Practice, 7*(1), 46–58. <https://www.prdb.pk/article/religiosity-social-support-and-distress-in-miscarriage-3231>
- Adawiyah, F. S. (2019). *Terapi realitas dengan metode tawakal untuk mengurangi depresi akibat keguguran* [Disertasi Doktoral, UIN Sunan Ampel Surabaya]. Digital Library UIN Sunan Ampel. <http://digilib.uinsby.ac.id/id/eprint/31531>

- Beutel, M., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 517–526. https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1995/11000/Grief_and_Depression_After_Miscarriage_Their.3.aspx
- Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstetrics & Gynaecology*, 93(1), 151–155. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(98\)00294-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00294-4)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Christiani, Y., Byles, J., Tavener, M., & Dugdale, P. (2015). Socioeconomic related inequality in depression among young and middle-adult women in Indonesia's major cities. *Journal of Affective Disorders*, 182, 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.042>
- Dira, I. K. P. A., & Wahyuni, A. A. S. (2016). Prevalensi dan faktor risiko depresi postpartum di kota Denpasar menggunakan edinburgh postnatal depression scale. *E-Jurnal Medika Udayana*, 5(7), 1–5. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Theo Vos, & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), 1–12, e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Ferren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., ... Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: A multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1–367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Gausia, K., Fisher, C., Ali, M., & Oosthuizen, J. (2009). Magnitude and contributory factors of postnatal depression: A community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. *Psychological Medicine*, 39(6), 999–1007. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004455>
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43–55. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.t01-1-00160>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil utama Riskesdas 2018*. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf

- Koivumaa, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994–999. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0833-6>
- Lindayani, I. K., & Marhaeni, G. A. (2020). Prevalensi dan faktor risiko depresi post partum di Kota Denpasar tahun 2019. *Jurnal Midwifery Update (MU)*, 2(2), 100–109. <https://doi.org/10.32807/jmu.v2i2.94>
- Maji, S. (2018). Society and ‘good woman’: A critical review of gender difference in depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 396–405. <https://doi.org/10.1177/0020764018765023>
- Mann, J. R., McKeown, R. E., Bacon, J., Vesselinov, R., & Bush, F. (2008). Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 274–279. <https://doi.org/10.1080/01674820802015366>
- Mutiso, S. K., Murage, A., & Mukaindo, A. M. (2018). Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women - A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1619-9>
- Neugebauer, R. (2003). Depressive symptoms at two months after miscarriage: Interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depression and Anxiety*, 17(3), 152–161. <https://doi.org/10.1002/da.10019>
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43–47. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.43>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). High prevalence of depressive symptoms in a national sample of adults in Indonesia: Childhood adversity, sociodemographic factors and health risk behaviour. *Asian Journal of Psychiatry*, 33, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.017>
- 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. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rahayu, T., & Wahyuni, S. (2020). Respon psikologis pada perempuan pasca keguguran. *NURSCOPE: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 5(2), 17–25. <http://dx.doi.org/10.30659/nurscope.5.2.17-25>

- Sham, A. K. H., Yiu, M. G. C., & Ho, W. Y. B. (2010). Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 284–293. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.12.002>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., & Patel, V (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Swanson, K. M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(2), 191–206. <https://doi.org/10.1089/152460900318696>
- Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S.N., Pettinato, M. & Wang, T.-J. (2007), Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health*, 30(1), 2–16. <https://doi.org/10.1002/nur.20175>
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The perinatal grief scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435–449. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>
- Tristiana, R. D., Yusuf, A., Fitriyasaki, R., Wahyuni, S. D., & Nihayati, H. E. (2018). Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.003>
- Veenhoven, R. (2014). Liveability theory. Dalam A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopaedia of quality of life and well-being research* (hlm. 3645-3647). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1669
- Wahyuni, S., Murwati, M., & Supiati, S. (2014). Faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi depresi postpartum. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(2), 131–137. <http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/view/92/0>
- Wijaya, G. P., & Erawan, E. (2020). Pengalaman traumatis pada wanita yang mengalami keguguran berulang. *EXPERIENTIA: Jurnal Psikologi Indonesia*, 6(2), 67–78. <https://doi.org/10.33508/exp.v6i2.2722>
- World Health Organization. (2021, September 13). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>