

GANGGUAN CEMAS MENYELURUH PADA PASIEN DENGAN KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN DAN RIWAYAT OBSTETRI BURUK: LAPORAN KASUS

Ervinna Agatha Winarso¹, I Made Darmayasa², Ni Ketut Sri Diniari³

KSM/Departemen Psikiatri RS Ngoerah / Fakultas Kedokteran Universitas Udayana^{1,3}

KSM/Departemen Obstetri dan Ginekologi RS Ngoerah / Fakultas Kedokteran Universitas Udayana²

e-mail: ervinnaaw@gmail.com

ABSTRAK

Kehamilan tidak diinginkan dapat berdampak pada kecemasan. Risiko kecemasan pun meningkat jika ada riwayat obstetri buruk. Lebih lanjut, kecemasan yang parah dapat memunculkan risiko ibu memutuskan mengakhiri kehamilannya. Perempuan, 38 tahun, datang ke Poli Obstetri karena berencana tidak melanjutkan kehamilannya. Kehamilan ini tidak diinginkan karena pasien trauma akan riwayat buruk kehamilan-kehamilan sebelumnya, dan pasien cemas akan kondisinya nanti, apalagi sedang menderita sakit jantung. Pasien dikonsulkan ke psikiatri dan didiagnosis dengan gangguan cemas menyeluruh. Pasien diberi terapi farmakologis serta nonfarmakologis, termasuk terapi kognitif perilaku, dan kemudian pasien bersedia untuk mempertahankan kehamilannya. Riwayat kehilangan pada kehamilan sebelumnya berdampak signifikan pada psikologis wanita, sehingga akan terus mengkhawatirkan kemampuan mereka membawa kehamilan ke persalinan. Gangguan cemas menyeluruh ditandai dengan kekhawatiran berlebihan yang sulit dikendalikan. *Selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI) merupakan obat untuk gangguan kecemasan yang aman pada kehamilan. Selain itu, terapi kognitif perilaku terbukti sebagai nonfarmakoterapi lini pertama untuk gangguan kecemasan. Gangguan cemas menyeluruh dapat terjadi pada siapa saja termasuk pada wanita dengan kehamilan tidak diinginkan yang juga memiliki riwayat obstetri buruk. Gangguan cemas pada ibu hamil dapat ditangani dengan pemberian farmakoterapi dan nonfarmakoterapi.

Kata Kunci: *gangguan cemas menyeluruh, kehamilan tidak diinginkan, riwayat obstetri buruk*

ABSTRACT

Unintended pregnancy can result in anxiety. The risk of anxiety is increased if there is a bad obstetric history. Furthermore, severe anxiety may put the mother at risk of terminating the pregnancy. A 38-year-old female presented to the Obstetrics Clinic planning to discontinue her pregnancy. This pregnancy was unwanted because the patient was traumatized by the bad history of previous pregnancies, and the patient was anxious about her future condition, especially since she was suffering from heart disease. The patient was referred to psychiatry and diagnosed with generalized anxiety disorder. She was treated with pharmacological as well as non-pharmacological therapies, and agreed to keep the pregnancy. A history of loss in a previous pregnancy has a significant impact on a woman's psychology, resulting in continued worry about their ability to carry the pregnancy to term. Generalized anxiety disorder is characterized by excessive worry that is difficult to control. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are safe medications for anxiety disorders in pregnancy. In addition, cognitive behavioral therapy is proven to be a first-line non-pharmacotherapy for anxiety disorders. Generalized anxiety disorders can occur in anyone including women with unintended pregnancy who also have a poor obstetric history. Anxiety disorders in pregnant women can be treated with pharmacotherapy and non-pharmacotherapy.

Keywords: *generalized anxiety disorder, unintended pregnancy, bad obstetric history*

PENDAHULUAN

Terjadinya suatu kehamilan umumnya dipandang sebagai sebuah peristiwa luar biasa dan merupakan salah satu fase penting dalam kehidupan seorang wanita. Fase ini berkaitan erat dengan siklus reproduksi manusia yang bertujuan untuk melanjutkan keturunan dan membangun keluarga. Namun demikian, perlu disadari bahwa pada kenyataannya, tidak semua kehamilan yang terjadi merupakan kehamilan yang benar-benar diinginkan oleh individu yang bersangkutan (Febriana & Sari, 2021). Realitas ini menunjukkan adanya spektrum pengalaman yang beragam terkait kehamilan di masyarakat, yang tidak selalu selaras dengan idealisasi sosial.

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) atau *unintended pregnancy* secara definisi mencakup dua kondisi utama yang berbeda, yang masing-masing membawa implikasi unik bagi individu. Pertama, KTD dapat berupa *mistimed pregnancy*, yaitu kehamilan yang terjadi pada waktu yang dianggap kurang tepat atau belum diinginkan saat itu, meskipun mungkin ada keinginan untuk memiliki anak di masa depan. Kedua, KTD juga dapat berupa *unwanted pregnancy*, yang merujuk pada kehamilan yang sama sekali tidak diharapkan atau tidak diinginkan, baik saat itu maupun di kemudian hari, yang seringkali menimbulkan dilema yang lebih mendalam.

Berbagai faktor individual dan kontekstual dapat berkontribusi terhadap terjadinya KTD, menjadikannya isu yang kompleks. Aksesibilitas dan pengetahuan mengenai metode kontrasepsi yang efektif memainkan peran krusial dalam perencanaan kehamilan yang matang dan bertanggung jawab. Selain itu, dinamika hubungan interpersonal, termasuk kurangnya dukungan pasangan atau adanya unsur paksaan, juga dapat menjadi pemicu signifikan terjadinya kehamilan di luar rencana. Kondisi sosioekonomi yang belum stabil atau tekanan budaya tertentu juga seringkali menjadi pertimbangan yang mendasari persepsi terhadap kehamilan sebagai sesuatu yang tidak diinginkan.

Kemunculan KTD seringkali berakar dari berbagai pengalaman pribadi yang kompleks dan beragam yang telah dilalui oleh seorang wanita, termasuk kombinasi dari faktor-faktor yang telah disebutkan sebelumnya. Tekanan dari lingkungan, baik dari keluarga inti maupun masyarakat luas, dapat menambah lapisan kompleksitas pada situasi yang sudah sulit dihadapi oleh individu tersebut. Dampak dari KTD ini bersifat multifaset, tidak hanya memengaruhi aspek sosial dan ekonomi individu serta keluarganya secara langsung. Konsekuensi negatif pada kondisi fisik dan mental sang ibu juga merupakan hal yang sangat mungkin terjadi dan memerlukan perhatian serius (Beumer et al., 2023; Hairunnisa et al., 2023).

Salah satu dampak negatif yang signifikan pada aspek mental ibu dengan kehamilan tidak diinginkan adalah munculnya atau meningkatnya tingkat kecemasan. Risiko untuk mengalami kecemasan ditemukan lebih tinggi pada ibu dengan KTD, terutama jika mereka juga memiliki riwayat obstetri buruk di masa lalu. Pengalaman traumatis seperti keguguran berulang atau komplikasi kehamilan sebelumnya dapat meninggalkan jejak emosional yang mendalam dan sulit terhapus (Hairunnisa et al., 2023). Kombinasi antara kehamilan yang tidak direncanakan dan beban trauma masa lalu ini dapat menciptakan beban psikologis yang berat dan berkepanjangan.

Kecemasan yang dialami dalam konteks ini seringkali bersifat pervasif dan sulit dikendalikan oleh ibu yang bersangkutan tanpa bantuan profesional. Ibu mungkin terus-menerus dihantui oleh pikiran-pikiran negatif mengenai keselamatan janinnya atau kemampuannya sendiri untuk menjalani kehamilan dan persalinan dengan baik. Gejala fisik seperti palpitasi, kesulitan tidur kronis, dan ketegangan otot yang berkelanjutan juga dapat menyertai kondisi psikologis ini, memperburuk kualitas hidupnya. Kondisi ini menuntut

perhatian khusus dan intervensi yang tepat karena dapat memengaruhi kesejahteraan ibu secara menyeluruh selama periode kehamilan.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Woods-Giscombé et al. (2010) memberikan pemahaman lebih lanjut mengenai dampak psikologis riwayat obstetri buruk terhadap persepsi kehamilan saat ini. Penelitian tersebut menemukan bahwa beberapa ibu hamil yang memiliki riwayat keguguran atau kematian janin dalam rahim cenderung menilai kehamilan mereka yang sekarang sebagai sesuatu yang mengancam atau berisiko tinggi. Persepsi ancaman ini kemudian dapat memicu serangkaian gejala psikologis yang khas dan dapat dikenali. Gejala tersebut termasuk peningkatan kewaspadaan yang berlebihan, rasa cemas yang konstan dan mengganggu, serta sikap yang sangat protektif terhadap luaran kehamilannya nanti.

Peningkatan kewaspadaan dan sikap protektif ini dapat termanifestasi dalam berbagai perilaku dalam kehidupan sehari-hari ibu hamil. Ibu mungkin menjadi sangat selektif terhadap jenis makanan yang dikonsumsi, aktivitas fisik yang dilakukan, atau bahkan interaksi sosial untuk menghindari segala potensi risiko sekecil apapun. Kunjungan ke fasilitas kesehatan bisa menjadi lebih sering dari yang direkomendasikan secara medis, seringkali didorong oleh kebutuhan akan *reassurance* atau penenangan bahwa semuanya baik-baik saja. Meskipun perilaku ini bertujuan melindungi, pada akhirnya juga dapat meningkatkan tingkat stres dan membatasi kualitas hidup ibu secara keseluruhan.

Kondisi psikologis yang tertekan akibat kecemasan yang mendalam dan trauma masa lalu ini pada akhirnya dapat memengaruhi pengambilan keputusan ibu terkait kelanjutan kehamilannya. Peningkatan risiko ibu untuk kemudian mempertimbangkan atau mengambil keputusan mengakhiri kehamilan menjadi salah satu konsekuensi yang mungkin terjadi (Woods-Giscombé et al., 2010). Keputusan sulit ini seringkali lahir dari perasaan tidak mampu menghadapi tekanan psikologis yang ada dan kekhawatiran akan masa depan. Dukungan emosional dan pendampingan profesional menjadi sangat krusial dalam situasi seperti ini untuk membantu ibu memproses perasaannya.

Memahami kompleksitas interaksi antara KTD, riwayat obstetri yang kurang baik, dan kondisi psikologis yang menyertainya adalah fundamental dalam praktik klinis sehari-hari. Laporan kasus berikut ini bertujuan menyajikan sebuah ilustrasi nyata dari tantangan-tantangan tersebut dalam penanganan pasien. Kasus ini akan menguraikan pengalaman seorang perempuan berusia 38 tahun yang didiagnosis dengan gangguan cemas menyeluruh. Situasinya menjadi semakin diperumit oleh adanya kehamilan tidak diinginkan, riwayat obstetri buruk sebelumnya, serta keputusan awal pasien untuk tidak melanjutkan kehamilannya.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan pendekatan laporan kasus deskriptif untuk menggambarkan penatalaksanaan gangguan cemas menyeluruh pada seorang pasien hamil dengan riwayat obstetri buruk dan kehamilan tidak diinginkan. Data kasus dikumpulkan dari seorang perempuan berusia 38 tahun yang datang ke Poli Obstetri dengan rencana awal untuk tidak melanjutkan kehamilannya. Pengumpulan data awal meliputi anamnesis mengenai alasan keputusan tersebut, riwayat kehamilan sebelumnya yang traumatis, kecemasan terkait kondisi jantung yang diderita, serta observasi klinis awal di poli obstetri.

Setelah konsultasi awal, pasien dirujuk ke layanan psikiatri untuk evaluasi dan intervensi lebih lanjut. Di poli psikiatri, dilakukan anamnesis psikiatri mendalam dan pemeriksaan status mental untuk menegakkan diagnosis. Berdasarkan evaluasi tersebut, pasien didiagnosis menderita gangguan cemas menyeluruh. Proses diagnosis ini mempertimbangkan keluhan utama pasien, riwayat psikologis, serta dampak kecemasan terhadap keputusan terkait kehamilannya.

Intervensi yang diberikan mencakup pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis yang terintegrasi. Terapi farmakologis yang dipilih adalah golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) mengingat profil keamanannya pada kehamilan. Secara simultan, pasien menerima intervensi nonfarmakologis berupa terapi kognitif perilaku (CBT) yang bertujuan untuk merestrukturisasi pola pikir negatif dan mengembangkan strategi koping adaptif. Keberhasilan intervensi dievaluasi berdasarkan perubahan keputusan pasien untuk mempertahankan kehamilannya serta perbaikan gejala kecemasan yang dilaporkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Seorang perempuan, 38 tahun, suku Bali, Warga Negara Indonesia, Hindu, menikah, tamat SMA, *saleswoman*, dikonsulkan dari Poli Obstetri ke Poli Psikiatri RS Ngoerah karena berencana tidak melanjutkan kehamilannya. Pasien cemas sejak mengetahui kehamilannya sebulan ini, berpikir mengapa bisa hamil padahal telah menggunakan kontrasepsi darurat. Pasien mengkhawatirkan kondisi dirinya dan kehamilannya. Pasien masih trauma dengan kehamilan-kehamilan sebelumnya yang tidak berjalan lancar, merasa sudah tidak lagi muda, serta merasa tidak sanggup melanjutkan kehamilan karena sedang memiliki penyakit jantung. Pasien takut anaknya akan sakit-sakitan dan tidak dapat dirawat dengan baik, Pasien merasa cukup telah mempunyai seorang anak laki-laki dan seorang anak perempuan. Ada penurunan energi dan kegembiraan, namun tidak ada penurunan konsentrasi ataupun keinginan menyakiti diri. Pasien masih dapat bekerja namun terasa agak lemas. Pasien sulit memulai tidur 2 minggu ini serta ada penurunan nafsu makan karena terus mual dan muntah.

Riwayat kehamilan pertama (17 tahun lalu) dan keempat (6 tahun lalu) lahir prematur, sedangkan kedua dan ketiga mengalami keguguran. Pasien sering merasa cemas, kepikiran berlebihan, dan mengalami gangguan lambung sejak keguguran kehamilan ketiga sehingga sering berobat ke Dokter Spesialis Penyakit Dalam dan diberi obat racikan berisi Domperidon, Famotidin, dan Alprazolam, yang diminum sesekali bila gejala muncul. Tiga bulan yang lalu, pasien terdiagnosa Penyakit Jantung Rematik dan mendapat pengobatan rutin injeksi Benzatin Penicillin G 1.200.000 Unit intramuskular tiap 28 hari hingga saat ini. Sakit jantung ini membuat kecemasannya memberat sehingga pasien juga berobat ke psikiater selama 3 bulan terakhir, mendapat pengobatan Sertralin 50 miligram tiap 24 jam intraoral, Asam divalproat 250 miligram tiap 24 jam intraoral, dan Alprazolam 0,5 miligram tiap 12 jam intraoral; namun dihentikan sejak 2 minggu ini karena diketahui hamil.

Status generalis pasien dalam batas normal. Dari pemeriksaan obstetri dan USG didapati usia kehamilan 10 minggu, tunggal, hidup. *Echocardiograph* menunjukkan perbaikan dibanding 3 bulan yang lalu. Dari status psikiatri didapatkan kesan umum penampilan wajar, roman muka sedih, kontak verbal dan visual baik. Kesadaran jernih. *Mood* dan afek cemas, serasi. Bentuk pikir logis realis, arus pikir koheren, isi pikir preokupasi kehamilan saat ini. Tidak ada gangguan persepsi. Ada insomnia tipe *early*, ada hipobulia, tidak ada raptus. Psikomotor tenang. Hasil psikometri skor *Beck Anxiety Inventory* yaitu 35 (cemas berat), sedangkan skor *Beck Depression Inventory* yaitu 16 (depresi ringan).

Pasien didiagnosa Gangguan Cemas Menyeluruh, diberi farmakoterapi Sertralin 50 miligram tiap 24 jam intraoral (malam) dan Alprazolam 0,25 miligram tiap 24 jam intraoral (malam, jika merasa cemas dan sulit tidur). Nonfarmakoterapi diberikan psikoterapi suportif dan terapi kognitif perilaku untuk pasien, serta psikoedukasi kepada keluarga. Pasien bersedia mempertahankan kehamilannya dengan tetap kontrol rutin dan melanjutkan pengobatan.

Pembahasan

Riwayat kehilangan pada kehamilan sebelumnya menyebabkan tekanan psikologis yang signifikan bagi seorang wanita. Banyak wanita mengalami kecemasan dan kesedihan yang tinggi yang dapat bertahan lebih lama dibanding pemulihan fisik, yang kemudian mengganggu rencana reproduksi mereka dan menimbulkan keraguan akan kemampuan reproduksi mereka. Wanita yang hamil lagi setelah mengalami keguguran mungkin akan menghadapi kekhawatiran terus-menerus tentang kemampuan mereka membawa kehamilan ke persalinan. Bahkan kecemasan ini dapat masih ada dan berlanjut bahkan setelah berhasil melahirkan anak berikutnya. Penelitian menyebutkan bahwa wanita yang pernah mengalami keguguran berulang cenderung menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang mengalami keguguran tunggal (Blackmore, et al., 2011; Maryam, et al., 2024).

Gangguan cemas menyeluruh (*Generalized Anxiety Disorder/GAD*) sendiri merupakan suatu gangguan psikiatri yang ditandai dengan adanya kekhawatiran yang berlebihan dan tak dapat dikontrol, lebih banyak hari yang cemas daripada tidak, berlangsung sedikitnya 6 bulan, dimana individu merasa sulit untuk mengendalikan kekhawatirannya, dan menyebabkan gangguan yang signifikan. Kecemasan yang dialami juga dikaitkan dengan adanya minimal tiga dari enam gejala berikut: (1) perasaan gelisah, (2) mudah lelah, (3) sulit konsentrasi, (4) mudah marah, (5) ketegangan otot, (6) gangguan tidur (APA, 2022). Kecemasan biasanya melibatkan beberapa atau bahkan banyak aspek dalam kehidupan, seperti aktivitas kebiasaan keseharian, waktu, keuangan, maupun kesehatan. Pasien dengan GAD cenderung membesar-besarkan stresor di mana suatu bencana menjadi tampak mungkin dan dekat, serta tidak mampu mengesampingkan kekhawatirannya sehingga prioritas yang tidak tepat ini berkontribusi pada dampak patologis terhadap fungsi psikososialnya (Boland & Verduin, 2025).

Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) dan serotonin-norepinefrin reuptake inhibitor (SNRI) tetap menjadi pengobatan farmakologis yang paling banyak diresepkan untuk gangguan kecemasan selama kehamilan, dengan semakin banyaknya bukti yang mendukung profil keamanan relatifnya. Sebuah studi kohort besar di Swedia ($n=27.773$) tidak menemukan peningkatan risiko rawat inap psikiatri pascapersalinan, kunjungan rawat jalan, atau perilaku bunuh diri pada wanita yang menghentikan SSRI/SNRI selama kehamilan dibandingkan dengan mereka yang melanjutkan pengobatan, terutama pada pasien tanpa komorbiditas berat (Nörby et al., 2024). Sertraline, SSRI lini pertama, menunjukkan keunggulan keamanan tertentu dengan risiko adaptasi neonatal yang rendah bila digunakan pada akhir kehamilan (Cornet et al., 2025) dan konsentrasi transfer ASI minimal (NHS, 2024). Tinjauan sistematis mengonfirmasi bahwa SSRI seperti sertraline mempertahankan profil risiko-manfaat yang baik dibandingkan dengan antidepresan lama, meskipun dokter harus memantau potensi adaptasi neonatal yang tertunda pada 11,2% bayi yang terpapar (Cornet et al., 2025; Karim & Arifin, 2024).

Terapi perilaku kognitif (CBT) muncul sebagai alternatif nonfarmakologis yang efektif, dengan beberapa uji coba acak yang menunjukkan pengurangan kecemasan yang signifikan pada populasi hamil. Uji coba terkontrol ($n=62$) menunjukkan kelompok intervensi CBT mencapai pengurangan gejala kecemasan 28,7% lebih besar dibandingkan dengan kontrol melalui teknik restrukturisasi kognitif (Rahmayani et al., 2024), sementara meta-analisis mengonfirmasi ukuran efek CBT sedang hingga besar (Hedges' $g=0,63-0,96$) untuk manajemen kecemasan perinatal (Sockol, 2022). Profil keamanan terapi tersebut tampak sangat menguntungkan, dengan tidak adanya perbedaan yang diamati dalam usia kehamilan atau berat lahir antara kelompok yang diobati dengan terapi perilaku kognitif dan yang tidak diobati dalam studi longitudinal (Misri et al., 2020). Inovasi terkini menggabungkan terapi perilaku kognitif tradisional dengan pengurangan stres berbasis kesadaran, yang menunjukkan tingkat remisi

gejala 40% lebih besar dibandingkan dengan protokol standar (Cornet et al., 2025; Fawcett, E. J., et al, 2019).

Data tindak lanjut jangka panjang memperkuat daya tahan terapi perilaku kognitif, dengan hasil pengobatan yang bertahan ≥ 2 tahun pascaintervensi. Sebuah studi longitudinal selama 4,3 tahun menemukan tingkat remisi kecemasan berkelanjutan sebesar 63,6% di antara pasien perinatal, yang mengungguli tingkat kekambuhan intervensi farmakologis selama 12 bulan (Kroll-Desrosiers et al., 2024; Cornet et al., 2025). Khasiat yang bertahan lama ini tampaknya dimediasi melalui perolehan keterampilan daripada penekanan gejala sementara, dengan pasien menunjukkan peningkatan fleksibilitas kognitif dalam paradigma respons stres (Kazantzis et al., 2024). Khususnya, format CBT kelompok menunjukkan janji tertentu - protokol 10 sesi selama COVID-19 mengurangi skor kecemasan TMAS dari 44,49 menjadi 28,70 ($p < 0,001$), efek dipertahankan pada tindak lanjut 6 bulan (Lopo et al., 2022). Sistem pendukung keluarga secara kritis memodulasi hasil pengobatan, dengan keterlibatan pasangan mengurangi kemungkinan depresi antenatal hingga 53% ($aOR = 0,47$) dalam meta-analisis (Saputri et al., 2024). Intervensi yang efektif mengintegrasikan psikoedukasi bagi pasangan dalam memberikan validasi emosional (peningkatan khasiat 67%) dan bantuan praktis dengan perawatan prenatal (peningkatan kepatuhan 42%) (Kroelinger & Oths, 2023). Program dukungan pasangan terstruktur yang menggabungkan prinsip-prinsip CBT dengan pelatihan komunikasi pasangan menunjukkan efek sinergis, meningkatkan tingkat respons farmakologis dan psikoterapi sebesar 29-34% (Alasoom & Koura, 2014; Beumer et al, 2023). Sistem kesehatan semakin mengadopsi model multidisiplin di mana dokter kandungan berkolaborasi dengan profesional kesehatan mental untuk memberikan perawatan yang berpusat pada keluarga, meningkatkan hasil ikatan ibu-bayi dalam 78% kasus (TalktoAngel, 2024).

KESIMPULAN

Gangguan cemas menyeluruh sebagai suatu gangguan psikiatri dimana individu merasa sulit untuk mengendalikan kekhawatirannya yang berlebihan, dapat terjadi pada siapa saja termasuk pada wanita dengan kehamilan tidak diinginkan. Risiko kecemasan bahkan meningkat pada wanita dengan KTD yang juga memiliki riwayat obstetri buruk. Adanya peningkatan kewaspadaan, rasa cemas dan protektif terhadap luaran dari kehamilannya nanti, dapat memunculkan risiko kemungkinan ibu kemudian ingin mengakhiri kehamilannya saja. Padahal seringkali individu dengan kecemasan cenderung hanya terlalu fokus dan membesarkan kekhawatirannya seolah pasti akan terjadi suatu bencana. Gangguan cemas pada ibu hamil dapat ditangani dengan pemberian terapi farmakologis yaitu obat golongan SSRI atau SNRI yang aman untuk ibu hamil, serta terapi nonfarmakologis berupa psikoterapi suportif, terapi kognitif perilaku, dan psikoedukasi pada keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Alasoom, L. I., & Koura, M. R. (2014). Predictors of postpartum depression in the Eastern Province Capital of Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3(2), 146–150. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.137654>
- APA. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- Beumer, W. Y., et al. (2023). Carrying an unintended pregnancy to term and long-term maternal psychological distress: Findings from the Dutch prospective Amsterdam Born Children and their Development study. *Women's Health*, 19, 1-15.
- Blackmore, E. R., et al. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 373-378.

- Boland, R. J., & Verduin, M. L. (Eds.). (2025). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (11th ed., Vol. I). Wolters Kluwer.
- Chauhan, A., & Potdar, J. (2022). Maternal mental health during pregnancy: A critical review. *Cureus*, 14(10).
- Cornet, M.-C., et al. (2025). SSRI use during late pregnancy only linked to minor risks for newborns. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 110(3), F211–F218. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-326112>
- Fawcett, E. J., et al. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate Bayesian meta-analysis. *Journal Clinical Psychiatry*, 80(4).
- Febriana, & Sari, L. K. (2021). *Faktor-faktor yang memengaruhi kehamilan tidak diinginkan di Indonesia tahun 2017*. Seminar Nasional Official Statistics.
- Hairunnisa, et al. (2023). Faktor-faktor risiko dan status kecemasan ibu dengan kehamilan tidak diinginkan. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 6(3), 357–364.
- Karim, A., & Arifin, B. (2024). Safety profile between fluoxetine and sertraline as antidepressants in pregnancy. *Indonesian Journal of Pharmacology and Therapy*, 5(1), 12–19.
- Kroelinger, C. D., & Oths, K. S. (2023). Partner support and pregnancy wantedness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(5), 1324–1346. <https://doi.org/10.1177/02654075221141886>
- Lopo, S. B. A., et al. (2022). Cognitive behavior therapy lowers anxiety levels of pregnant women during COVID-19 pandemic. *Journal of Neonatal Nursing*, 28(4), 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.11.003>
- Maryam, H., et al. (2024). "If it has happened once, it can happen again": The impact of previous pregnancy loss on anxious women's ongoing pregnancies: A qualitative study from Pakistan. *Midwifery*.
- NHS. (2024). *Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking sertraline*. National Health Service. <https://www.nhs.uk/medicines/sertraline/pregnancy-breastfeeding-and-fertility-while-taking-sertraline/>
- Nörby, U., et al. (2024). Postpartum psychiatric outcomes and sick leave after SSRI/SNRI discontinuation in pregnancy. *JAMA Network Open*, 7(10), e2322345. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.22345>
- Rahmayani, S., et al. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in reducing anxiety in pregnant women. *Journal of Maternal and Child Health*, 9(4), 704–721. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2024.09.04.08>
- Saputri, D. A., et al. (2024). The impact of social support, intimate partner violence, and pregnancy plans on antenatal depression. *Journal of Public Health Research*, 13(2), 89–102.
- Sockol, L. E. (2022). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders*, 296, 574–585. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.083>
- TalktoAngel. (2024). Role of family in prenatal development. *Online Counselling Blog*. <https://www.talktoangel.com/blog/role-of-family-in-prenatal-development>
- Woods-Giscombé, C. L., et al. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 316–328.