

## PENGEMBANGAN SKALA *REVISED PRENATAL DISTRESS QUESTIONNAIRE* (NuPDQ) VERSI BAHASA INDONESIA

**Justinus Budi Santoso**

Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya  
justinus.budi@atmajaya.ac.id

### Abstrak

Dampak kesehatan mental ibu hamil terhadap anak dalam kandungan masih belum mendapat perhatian seluas dampak kesehatan fisik. Salah satu tolok ukur kesehatan mental ibu hamil adalah *pregnancy specific distress* (PSD). PSD berdampak secara langsung maupun tidak langsung terhadap aspek fisik dan mental bayi, baik selama kehamilan maupun setelah lahir. Terdapat sejumlah faktor risiko PSD yang relevan di Indonesia, di antaranya usia ibu yang muda, tekanan ekonomi selama kehamilan, dan kehamilan yang tidak diinginkan. NuPDQ adalah alat ukur PSD yang sudah diterjemahkan ke Bahasa Indonesia. Dalam penelitian ini, validitas internal dan reliabilitas NuPDQ versi Bahasa Indonesia diteliti sebagai bagian dari proses adaptasi alat ukur. Hasilnya terdapat 5 dari 17 soal (*item*) dengan *corrected item-total correlation* yang rendah dengan skor total ( $< 0.3$ ), dua di antaranya negatif. Namun secara keseluruhan reliabilitas NuPDQ masih berada dalam taraf memadai (0.736). Mengingat reliabilitas yang memadai, perlunya mencakup berbagai stresor dalam masa kehamilan, serta sedikitnya jumlah soal NuPDQ, maka soal-soal dengan *corrected item-total correlation* rendah dapat dipertimbangkan untuk digunakan dalam situasi tertentu. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan dengan sampel lebih beragam, termasuk populasi yang rentan PSD. Penelitian lebih lanjut juga diperlukan untuk mengetahui struktur faktor NuPDQ di Indonesia.

**Kata kunci:** kehamilan, kesehatan mental ibu hamil, perempuan, kesehatan bayi, *pregnancy specific distress*

### Abstract

*The impacts of maternal mental health to the unborn child has not been researched as vastly as the impacts of physical health. One of the parameter of mental health during pregnancy is pregnancy specific distress (PSD). PSD can directly and indirectly affect the physical and mental aspects of a child, both during the pregnancy and after birth. There are several PSD risk factors relevant in Indonesia, namely young maternal age, economic pressure during pregnancy, and unwanted pregnancies. NuPDQ is a measure of PSD which have been translated to Indonesian language. The validity and reliability of the Indonesian version of NuPDQ is investigated here as part of its adaptational process. The results shown that 5 of 17 items have low ( $< 0.3$ ) corrected item-total correlation with the total score, with two items having negative correlation coefficients. However, as a whole the NuPDQ still possessed an acceptable reliability (0.736). Considering the adequate reliability, the necessity to include various possible stressors in the instrument, and the small number of items, we suggest that the items with low corrected item-total correlations may still be included in relevant contexts. Further research with more heterogenous sample is necessary, especially in populations with high vulnerability to PSD. Further research is also needed to find the factor structure of the NuPDQ in Indonesia.*

**Keywords:** pregnancy, maternal mental health, infant health, women health, pregnancy specific distress

## PENDAHULUAN

Dampak dari kesehatan fisik ibu hamil terhadap janin sudah diketahui dengan baik. Karena itu, kesehatan fisik ibu hamil mendapat perhatian dari berbagai pihak, seperti pemerintahan, institusi multinasional, dan berbagai LSM. Kesehatan ibu hamil merupakan bagian dari Millenium Developmental Goals (MDGs; United Nations General Assembly, 2000) dan kemudian Sustainable Developmental Goals (SDGs; United Nations General Assembly, 2015). Pemerintah Indonesia turut menjadikan angka kematian ibu dan bayi sebagai indikator dari keberhasilan pembangunan (Kementerian Komunikasi dan Informatika, 2016). Namun dampak kesehatan mental atau psikologis ibu hamil terhadap bayi belum mendapat perhatian seluas kesehatan fisik. Adapun parameter yang umum diukur untuk mengetahui kesehatan mental ibu hamil adalah *pregnancy specific distress* (PSD; Lobel, Cannella, DeVincent, Schneider, Graham, & Meyer, 2008).

PSD berdampak pada berbagai aspek perkembangan bayi. *Distress* pada masa kehamilan telah diasosiasikan dengan kelahiran prematur (Cole-Lewis, Kershaw, Earnshaw, Yonkers, Lin, & Ickovics, 2014; Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993; Lobel et al., 2008), berkorelasi negatif dengan berat badan bayi saat lahir (Cannella, Auerbach, & Lobel, 2013; Lobel et al., 2008; Mitchell & Christian, 2017), atau keduanya (Rondo, Ferreira, Nogueira, Ribeiro, Lobert, & Artes, 2003). Dampak *distress* ibu pada bayi juga sudah diteliti pada masa di dalam kandungan. PSD ditemukan berkorelasi negatif dengan penambahan berat badan, ukuran kepala, dan perkembangan abdomen (Henrichs et al., 2010), tingkat dan variabilitas denyut jantung janin, serta pergerakan janin (Doyle, Werner, Feng, Lee, Altemus, Isler, & Monk, 2015).

Di samping aspek fisik, PSD juga berdampak pada aspek mental anak. Tinjauan sistematis oleh Kingston, Tough,

dan Whitfield (2012) terhadap lebih dari 17000 penelitian di berbagai negara menemukan bahwa *distress* psikologis terutama pada masa akhir kehamilan memberi dampak negatif bagi perkembangan kognitif, perilaku, dan psikomotor balita. PSD juga ditemukan masih berkorelasi dengan perkembangan motorik dan perkembangan mental sampai usia 2 tahun (DiPietro, Novak, Costigan, Atella, & Reusing, 2006). Temuan-temuan tersebut mengindikasikan dampak PSD pada perkembangan mental bersifat tidak sesaat dan bisa berkelanjutan.

PSD juga dapat berdampak terhadap kesehatan bayi secara tidak langsung. PSD berkorelasi positif dengan perilaku tidak sehat selama kehamilan seperti merokok (Lobel et al., 2008; Rondo et al., 2003), konsumsi kafein, perilaku makan yang tidak sehat (Lobel et al., 2008); serta berkorelasi negatif dengan perilaku sehat seperti konsumsi vitamin dan olahraga (Cannella, Auerbach, dan Lobel, 2013; Lobel et al., 2008). Artinya PSD yang dialami ibu akan meningkatkan risiko ibu melakukan perilaku tidak sehat yang akan berdampak secara langsung pada janin atau bayi.

Terdapat sejumlah faktor risiko PSD yang relevan dengan kondisi di Indonesia. Pertama, usia ibu yang masih remaja diasosiasikan dengan PSD yang lebih tinggi daripada ibu yang berusia dewasa dan remaja pada umumnya (Mollborn & Morningstar, 2009). Di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI menemukan bahwa 23.9% perempuan menikah pertama kali pada usia 15-19 tahun, dan 2.6% pada usia 10-14 tahun (Litbang Kemkes, 2013). UNDESA (2011) menempatkan Indonesia berada pada peringkat ke-37 dunia dan kedua di Asia Tenggara untuk negara dengan persentase pernikahan usia muda tertinggi. Angka perkawinan remaja yang tinggi disertai dengan angka kehamilan remaja yang cukup tinggi pula. BPS, BKKBN, Kemenkes, dan ICF International

(2010) melaporkan bahwa *age specific fertility rate* (ASFR) pada kelompok usia 15-19 tahun adalah 48 dari 1000 kelahiran. Berdasarkan standar UNDESA (2013) Indonesia tergolong negara dengan tingkat fertilitas remaja menengah, yaitu di antara 19 – 80 per 1000 kehamilan.

Tekanan ekonomi selama ibu mengandung juga menjadi faktor risiko PSD (Mitchell & Christian, 2017). Status ekonomi telah ditemukan berbanding terbalik dengan angka fertilitas yang tinggi, seperti di Indonesia (BPS, BKKBN, Kemenkes & ICF International, 2010). Ibu berusia remaja cenderung berasal dari kelompok ekonomi menengah ke bawah, dan seringkali tingkat pendidikan yang lebih rendah pula. Kondisi demikian juga dapat menuntut ibu hamil untuk tetap bekerja, sehingga dapat menambah sumber stresor bagi ibu (Sanguankalin et al., 2014).

Terakhir, kehamilan yang tidak direncanakan diasosiasikan dengan peningkatan signifikan pada PSD (Barton, Redshaw, Quigley, & Carson, 2017), bahkan kecemasan terhadap kehamilan (Arch, 2012). Stresor yang umum dialami saat kehamilan akan menjadi lebih berat bagi ibu yang kehamilannya tidak diinginkan. Beban dari kehamilan yang tidak diinginkan akan juga menjadi semakin berat jika terjadi di luar ikatan pernikahan. Tekanan sosial yang muncul dari lingkungan sekitar akan menjadi sumber *distress* tambahan bagi ibu (Susanti, 2008). Di Indonesia, angka fertilitas yang dikehendaki adalah 2.0 tetapi kenyataannya adalah 2.6 (BPS, BKKBN, Kemenkes & ICF International, 2010). Data tersebut mengindikasikan bahwa sebagian dari kehamilan yang terjadi sebenarnya tidak diinginkan.

Walaupun banyak ibu di Indonesia yang rentan mengalami PSD, penelitian empirik mengenai *distress* ibu yang mengandung di Indonesia masih sedikit jumlahnya. Salah satu kesulitan untuk meneliti permasalahan ini adalah belum tersedianya alat ukur yang valid dan reliabel untuk mengukur PSD. Adanya alat

ukur PSD juga akan bermanfaat untuk melakukan penyaringan terhadap ibu hamil untuk mengidentifikasi individu-individu dengan PSD yang signifikan, khususnya pada kelompok-kelompok yang rentan mengalami PSD.

PSD dapat diukur dengan alat ukur Revised Prenatal Distress Questionnaire (NuPDQ; Lobel et al., 2008). Untuk digunakan di Indonesia, NuPDQ versi Bahasa Indonesia perlu dikembangkan dengan prosedur psikometrik yang memadai. NuPDQ sudah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh Caestara (2016). Namun proses adaptasi alat ukur psikologis ke dalam bahasa lain menuntut adanya analisis lebih mendalam terhadap validitas dan reliabilitas alat ukur tersebut (International Test Commission, 2010).

Penelitian ini dilakukan untuk menelaah lebih jauh properti psikometrik dari NuPDQ versi Bahasa Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui validitas internal dan reliabilitas NuPDQ versi Bahasa Indonesia sebagai salah satu parameter psikometrik yang mendasar. Dengan mengetahui properti psikometrik NuPDQ yang mendasar, maka pengguna NuPDQ versi Bahasa Indonesia mengetahui kelebihan dan kekurangan alat ukur ini dan dapat melakukan analisis yang lebih peka untuk kepentingan penelitian dan diagnosis di lapangan.

## METODE

### Partisipan

Partisipan penelitian ini adalah 120 perempuan yang sedang hamil, berusia 15 sampai dengan 19 tahun, berdomisili di Kalimantan Barat dan sudah menyelesaikan setidaknya pendidikan setingkat Sekolah Dasar (SD). Kalimantan Barat dipilih sebagai provinsi dengan ASFR tertinggi di Indonesia (BPS, BKKBN, Kemenkes, dan ICF International, 2010). Usia partisipan yang tergolong dalam masa remaja juga menjadi faktor risiko PSD. Batasan pendidikan minimal setingkat SD ditentukan agar partisipan dapat memahami

isi alat ukur yang digunakan. Sampel yang diperoleh berjumlah 120 orang. Domisili partisipan tersebar di 12 Kabupaten yang terdapat di Provinsi Kalimantan barat, yaitu Melawi (30.83%), Senggau (10%), Sintang (9.17%), Kapuas Hulu (5.83%), Ketapang (5%), Sekadau (4.17%), Mempawah (3.33%), Sambas (3.33%), Kayong Utara (2.5%), Bengkayang (2.5%), Kubu Raya (2.5%), dan Landak (1.67%); serta 2 Kota di Kalimantan Barat yaitu Kota Pontianak (13.33%), Kota Singkawang (5.83%). Usia partisipan terbanyak adalah 19 tahun (34.17%), dilanjutkan dengan 18 tahun dan 17 tahun (masing-masing 21.67%), 16 tahun (16.67%), serta 15 tahun (5.83%). Seluruh partisipan sudah pernah bersekolah, terbagi menjadi tingkat SMA atau SMK (54.17%), SMP (40.83%), dan SD (5%). Etnis dengan jumlah terbesar adalah etnis Dayak (50%), dilanjutkan dengan Tionghoa (22.5%), Melayu (21.67%), Jawa (5%), dan Bugis (0.83%). Sebagian besar partisipan (94.9%) sudah menikah dan sisanya (5.1%) belum menikah. Pekerjaan partisipan terbagi menjadi ibu rumah tangga (85%), pelajar (1.67%), mahasiswa (7.5%), dan karyawan swasta (5.83%).

### **Alat Ukur**

Terdapat dua alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini. Pertama adalah kuesioner data demografis. Kedua adalah *Revised Prenatal Distress Questionnaire* (NuPDQ; Lobel et al. 2008). Alat ukur ini merupakan versi revisi dari *Prenatal Distress Questionnaire* (PDQ; Yali & Lobel, 1999). NuPDQ berisi 17 pernyataan mengenai perasaan-perasaan yang dapat dialami oleh ibu selama kehamilan, serta satu pertanyaan terbuka agar partisipan dapat menyebutkan pengalaman yang tidak termasuk dalam soal-soal (*item*) NuPDQ, jika ada. NuPDQ dapat diisi secara mandiri ataupun ditanyakan secara lisan oleh pewawancara. Partisipan mengisi NuPDQ dengan memilih salah satu pilihan dalam skala nol (0) sampai dengan dua (2) untuk setiap

pernyataan yang ada, di mana pilihan nol berarti “tidak sama sekali”, satu berarti “agak sering”, dan dua berarti “sangat sering”. Skor total dari NuPDQ diperoleh dengan menjumlahkan skor dari setiap soal (di luar pertanyaan tambahan). Pada soal nomor 8 (terkait gejala fisik) dan 10 (terkait perubahan hubungan sosial) terdapat pertanyaan terbuka yang meminta partisipan menyebutkan gejala fisik atau hubungan sosial yang mana yang menjadi sumber stres partisipan.

### **Analisis**

Analisis reliabilitas NuPDQ akan dilakukan dengan perhitungan *Cronbach's alpha* sebagai metode paling umum dalam pengukuran konsistensi internal (Murphy & Davidshofer, 2001). Analisis validitas NuPDQ akan dilakukan dengan metode *-corrected item-total correlation* (Anastasi dan Urbina, 1997). Metode tersebut menggunakan *Pearson product moment* untuk menghitung korelasi antara skor-skor yang diperoleh dari satu soal dalam NuPDQ dengan skor total yang sudah dikurangi skor dari soal tersebut. Prosedur tersebut dilakukan untuk setiap soal sehingga diperoleh koefisien korelasi setiap soal. Dengan metode tersebut dapat diketahui konsistensi internal NuPDQ, yaitu apakah soal-soal di dalam NuPDQ sudah menggambarkan konstruk PSD secara keseluruhan. NuPDQ tidak memiliki domain yang spesifik sehingga analisis di tingkat domain tidak dilakukan.

### **Prosedur**

Pengambilan data dilakukan antara 2 Mei 2016 sampai dengan 4 Juni 2016 melalui dua cara, yaitu penyebaran kuesioner secara langsung dan secara daring. Penyebaran kuesioner secara daring dilakukan melalui aplikasi pesan singkat seperti Line dan BBM, serta situs media sosial Facebook. Penyebaran kuesioner secara langsung dilakukan di 7 fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) di Kalimantan Barat, yaitu RSUD Melawi, RS Kasih Bunda Jaya, RS Citra Husada,

Puskesmas Kabupaten Melawi, RS Nabasa Pontianak, RS Dahlia Sanggau, dan RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang. Partisipan dikontak secara langsung saat sedang mencari layanan kesehatan di fasyankes-fasyankes tersebut. Izin untuk melakukan pengambilan data sudah diperoleh dari fasyankes terkait. Kuesioner yang sudah diisi diperiksa secara individual untuk memastikan kesesuaian partisipan dengan kriteria partisipan yang diharapkan. Selain itu pola respon yang diberikan juga diperiksa secara individual untuk menghindari respon yang terus-menerus pada pilihan ekstrem (rendah atau tinggi) atau di tengah-tengah. Setelah dilakukan pemeriksaan, diperoleh 56 partisipan dari penyebaran kuesioner secara langsung dan 64 partisipan dari penyebaran kuesioner secara daring. Pengolahan data baik untuk analisis validitas maupun reliabilitas dilakukan dengan bantuan piranti lunak SPSS Statistics 22.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Validitas

Validasi dengan *corrected item-total correlation* menghasilkan koefisien korelasi yang berkisar antara -0.53 sampai dengan 0.583. Walaupun demikian, jika dilihat lebih jauh soal-soal dalam NuPDQ terbagi ke dalam dua kelompok dengan nilai koefisien korelasi yang terpaut jauh. Terdapat dua soal dengan koefisien korelasi sangat kecil dan negatif, yaitu soal nomor 2 (“Saya merasa terganggu, sedih, atau khawatir akan dampak masalah kesehatan, seperti tekanan darah tinggi atau kencing manis (diabetes) terhadap kehamilan saya.”) dengan koefisien korelasi sebesar -0.53 dan soal nomor 17 (“Saya merasa terganggu, sedih, atau khawatir jika kondisi kesehatan bayi akan terpengaruh alkohol, obat, atau rokok yang pernah saya konsumsi.”) dengan koefisien korelasi sebesar -0.54. Soal-soal lainnya memiliki koefisien korelasi yang positif dan berkisar antara 0.198 dan 0.583.

Soal nomor 2 dan 17 turut berkontribusi pada skor total tiap partisipan, sehingga terdapat kemungkinan korelasi skor total dengan soal-soal lainnya turut terpengaruh. Karena itu perhitungan *corrected item-total correlation* juga dilakukan tanpa menyertakan soal nomor 2 dan 17. Tanpa kedua soal tersebut, koefisien korelasi soal-soal yang ada berkisar antara 0.210 sampai dengan 0.630. Dari 15 soal yang tersisa, koefisien korelasi yang diperoleh meningkat pada sepuluh soal (nomor 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, dan 14) dan menurun pada lima soal (nomor 4, 9, 12, 15, dan 16). Namun perubahan nilai koefisien korelasi antara versi dengan 17 soal dan 15 soal tidak ada yang melebihi 0.1 poin. Dengan demikian soal nomor 2 dan 17 tampaknya tidak berpengaruh besar terhadap skor total partisipan. Rincian hasil perhitungan yang diperoleh dengan 17 dan 15 soal dapat dilihat di Tabel 1.

Nunnally dan Bernstein (1994) menyebutkan koefisien korelasi sebesar 0.3 sebagai batas terendah *corrected item-total correlation* yang dapat diterima. Secara keseluruhan terdapat 12 soal baik pada versi 17 soal maupun versi 15 soal yang memenuhi kriteria tersebut. Pada kedua versi terdapat tiga soal dengan koefisien korelasi bernilai positif tetapi lebih kecil dari 0.3, yaitu nomor 3 (“Saya merasa terganggu, sedih, atau khawatir saat mengalami perasaan lelah selama masa kehamilan.”) dan 15 (“Saya merasa terganggu, sedih, atau khawatir mengenai pekerjaan saya setelah saya memiliki bayi.”) menanyakan stresor yang cukup spesifik yaitu kelelahan selama kehamilan dan menjalani pekerjaan setelah melahirkan. Kedua hal ini belum tentu relevan dengan situasi kehidupan seluruh partisipan. Sebagian besar responden penelitian adalah ibu rumah tangga sehingga status pekerjaannya kemungkinan akan menetap setelah melahirkan. Selain itu cukup banyak partisipan yang masih berada di bangku sekolah atau kuliah sehingga memang belum memiliki pekerjaan. Artinya respon yang diberikan pada dua

soal tersebut belum tentu menunjukkan tingkat stres ibu secara keseluruhan.

Pola yang serupa ditemukan pada soal nomor 2 dan 17 yang berkaitan dengan hal yang cukup spesifik juga, yaitu masalah kesehatan dan perilaku tidak sehat yang dilakukan ibu. Jika dibandingkan dengan soal nomor 3, 14, dan 15, korelasi yang jauh lebih lemah pada soal nomor 2 dan 17 mungkin dapat dijelaskan karena stresor kedua soal tersebut hanya ditemukan pada sebagian kecil individu saja. Berbeda dengan kelelahan dan pekerjaan yang umum menjadi bagian kehidupan banyak orang, masalah kesehatan yang serius dan perilaku tidak sehat seperti merokok dan minum alkohol tidak dialami oleh semua orang. Dalam penelitian ini, kedua stresor tersebut tidak relevan dengan karakteristik partisipan. Data dari pertanyaan terbuka di NuPDQ menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan tidak melaporkan adanya penyakit kronis atau turunan (50.35%). Kisaran usia partisipan yang masih muda juga dapat berarti tidak banyak partisipan yang mengalami masalah kesehatan yang serius. Dengan demikian kontribusi soal nomor 2 dan 17 dalam menggambarkan stres ibu secara keseluruhan baru akan bermakna pada ibu yang benar-benar mengalami kondisi-kondisi tersebut.

Temuan cukup menarik diperoleh dari soal nomor 14 (“Saya merasa terganggu, sedih, atau khawatir mengenai

biaya pakaian bayi, makanan bayi, dan perawatan kesehatan untuk bayi.”) dan nomor 5 (“Saya merasa terganggu, sedih, atau khawatir mengenai biaya perawatan medis selama masa kehamilan.”). Isu pada kedua soal ini juga dapat dikatakan tidak relevan bagi semua orang seperti halnya soal-soal sebelumnya. Persepsi akan beban finansial akan berbeda bagi orang dengan kondisi sosial ekonomi berbeda. Selain itu, beban finansial dapat dibagi bersama dengan pasangan atau keluarga, terutama bagi ibu yang tidak bekerja. Namun berbeda dengan soal nomor 14, soal nomor 5 memiliki korelasi cukup kuat dengan konstruk. Perbedaan ini sepertinya dapat dijelaskan dengan perbedaan waktu. Biaya perawatan medis yang sudah dialami oleh ibu selama kehamilannya sudah menjadi stresor, sedangkan biaya perawatan anak setelah kelahiran belum dialami sehingga belum benar-benar menjadi stresor bagi ibu.

Pemahaman mengenai keterbatasan soal-soal di atas perlu menjadi dasar pertimbangan untuk menentukan apakah soal-soal tersebut akhirnya perlu disertakan dalam menggunakan NuPDQ di masa mendatang, baik untuk kepentingan penelitian maupun pemeriksaan kesehatan mental. Pengurangan soal dari NuPDQ perlu dilakukan dengan hati-hati mengingat jumlah soal yang tidak banyak.

Tabel 1. *Corrected Item-Total Correlation* Setiap Soal

Soal no.	Versi 17 soal		Versi 15 soal	
	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Cronbach's Alpha jika soal dihapus	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>	Cronbach's Alpha jika soal dihapus
1	,430	,713	,445	,767
2	-,053	,759	-	-
3	,258	,730	,286	,781
4	,499	,710	,491	,765
5	,421	,713	,461	,766
6	,509	,706	,515	,762
7	,449	,712	,461	,767
8	,313	,725	,344	,776
9	,425	,714	,423	,769
10	,583	,697	,630	,751
11	,364	,720	,387	,773

12	,326	,724	,319	,777
13	,313	,724	,319	,778
14	,198	,735	,210	,787
15	,290	,727	,279	,782
16	,334	,723	,300	,779
17	-,054	,761	-	-

### Reliabilitas

Koefisien reliabilitas NuPDQ dengan menggunakan *cronbach's alpha* adalah sebesar 0.736. Angka tersebut mengindikasikan bahwa NuPDQ memiliki reliabilitas yang memadai menurut Nunnally dan Bernstein (1994). Namun mengingat adanya variasi nilai koefisien korelasi yang besar dalam analisis validitas NuPDQ, maka analisis reliabilitas dalam penelitian ini juga akan dilakukan dengan mengeluarkan salah satu atau kedua soal dengan *corrected item-total correlation* yang rendah. Tanpa kedua soal tersebut, diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0.784. Jika hanya soal nomor 2 yang dihapus, maka akan diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0.759. Sebaliknya jika hanya soal nomor 10 yang dihapus, maka akan diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0.761. Dapat dilihat bahwa perbedaan antara koefisien reliabilitas yang diperoleh tidak mencapai 0.05 poin. Dengan demikian mengurangi salah satu atau kedua soal tampaknya tidak berkontribusi secara sangat signifikan pada reliabilitas keseluruhan alat ukur.

### DISKUSI, SIMPULAN, & SARAN

Berdasarkan temuan-temuan yang ada, secara umum NuPDQ dapat dikatakan memiliki reliabilitas yang memadai. Terkait validitas, sebagian besar soal-soal yang ada sudah menunjukkan konsistensi dalam mengukur konstruk yang sama. Namun perlu diperhatikan bahwa sejumlah soal memiliki korelasi yang lemah dengan konstruk. Walaupun secara psikometrik soal-soal ini tidak cukup memadai untuk digunakan, terdapat beberapa pertimbangan untuk tetap menggunakan soal-soal tersebut. Pertama, pengurangan soal-soal

tersebut tidak berkontribusi banyak terhadap peningkatan reliabilitas alat ukur secara keseluruhan. Dengan adanya soal-soal tersebut, skor total yang diperoleh tetap menggambarkan konstruk dengan kualitas yang sama. Kedua, isu-isu yang ditanyakan pada soal-soal tersebut, termasuk dua soal dengan koefisien korelasi negatif, merupakan isu-isu yang bisa terjadi pada seorang ibu hamil dan dapat menjadi sumber stres yang signifikan. Tanpa soal-soal tersebut bisa jadi ada stresor penting yang tidak terukur pada kasus tertentu. Dengan demikian, penting untuk mempertahankan soal-soal tersebut dari segi validitas konten. Ketiga, jumlah soal di NuPDQ hanya sedikit sehingga pengurangan soal dikhawatirkan akan mempersulit instrumen ini untuk menangkap gambaran konstruk secara utuh karena sampel perilaku yang ada dikurangi.

Respon yang dihasilkan pada soal-soal mengenai kondisi khusus dalam kehamilan ibu sangat terkait dengan karakteristik individu yang mengerjakan soal tersebut. Secara umum, dua soal dengan korelasi negatif dianjurkan untuk tidak digunakan karena dapat mengganggu hasil pengukuran yang diperoleh, kecuali pada populasi khusus yang relevan. Ketiga soal dengan korelasi di bawah 0.3 masih dapat dipertimbangkan untuk digunakan selama interpretasi skor akhir mempertimbangkan kelemahan ini. Hasil pengukuran yang diperoleh harus dianalisis untuk mengetahui apakah skor yang ada sebenarnya dipengaruhi oleh karakteristik responden yang diukur sehingga menjadi tinggi atau rendah secara semu.

Berdasarkan temuan dari penelitian ini beberapa hal dapat disarankan untuk penelitian selanjutnya. Sampel penelitian ini cukup terbatas dari segi usia dan latar

belakang etnis. Penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih heterogen dapat dilakukan untuk mengetahui variasi respon yang diberikan. Di sisi lain, penelitian dengan populasi khusus yang sangat rentan PSD atau permasalahan lain terkait kehamilan juga dapat dilakukan. Dalam kondisi demikian, semua soal dalam NuPDQ versi Bahasa Indonesia dapat digunakan sehingga dapat diketahui kegunaannya dalam situasi spesifik. Hal ini perlu dilakukan karena indikasi dari penelitian sebelumnya pada populasi berisiko tinggi menemukan bahwa NuPDQ valid untuk digunakan secara keseluruhan (Alderdice et al., 2013).

Penelitian lebih lanjut juga perlu dilakukan untuk mengetahui struktur faktor NuPDQ versi Bahasa Indonesia. NuPDQ awalnya disusun dengan model teoretis yang memiliki satu dimensi (Yali & Lobel, 1999; Alderdice et al., 2013). Penelitian Yüksel, Akin, dan Durna (2011) dengan sampel di Turki mendukung model dengan satu faktor. Namun adanya soal-soal yang memiliki korelasi rendah dengan konstruk dalam penelitian ini mengindikasikan bahwa soal-soal tersebut tidak sepenuhnya mengukur satu konstruk yang sama. Dalam penelitian awalnya, Lobel et al. (2008) juga menyebutkan bahwa sampai taraf tertentu soal-soal dalam NuPDQ memiliki independensi. Terdapat kecenderungan bahwa soal-soal dalam NuPDQ mengukur kekhawatiran ibu terhadap hal yang berbeda-beda dalam kehamilannya. Penelitian lebih lanjut bahkan mendukung model dengan tiga faktor untuk NuPDQ (Alderdice, Lynn, dan Lobel, 2012; Alderdice et al., 2013). Struktur faktor in Indonesia penting untuk mengetahui PSD dalam konteks Indonesia, mengingat stresor pada masa kehamilan tentu turut dipengaruhi aspek sosial dan budaya Indonesia. Lebih jauh lagi, temuan mengenai struktur faktor NuPDQ di Indonesia dapat menambah pengetahuan yang ada mengenai konstruk ini mengingat adanya perbedaan temuan di tempat-tempat yang berbeda.

## Penghargaan

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Anastasia Nadya Caestara, S.Psi. atas kontribusinya terhadap penerjemahan NuPDQ dan pengumpulan data penelitian ini. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada Christiany Suwartono, M.Si. atas kesediaannya untuk meninjau bahasa dan gaya tulisan artikel ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alderdice, F., Lynn, F., & Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 33(2): 62-77.
- Alderdice, F., Savage-McGlynn, E., Martin, C., McAuliffe, F., Hunter, A., Unterscheider, J., Daly, S., Geary, M., Kennelly, M., O'Donoghue, K., Morisson, J. J., Burke, G., Dicker, P., Tully, E., & Malone, F. (2013). The prenatal distress questionnaire: An investigation of factor structure in high risk population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 31(5).
- Anastasi, A & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed). Indiana: Prentice-Hall, Inc.
- Arch, J. J., (2012). Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry* 54(3): 217-228.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Litbang Kemkes). (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Diakses pada 10 Januari 2018 dari [www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risesdas%202013](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risesdas%202013).
- Barton, K., Redshaw, M., Quigley, M. A., & Carson, C. (2017). Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: A cross-sectional study of the role of relationship quality and wider



- social suport. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:44.
- Biro Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Kementerian Kesehatan RI, & ICF International (BPS, BKKBN, Kemenkes, & ICF International). 2010. *Indonesia demographic and health survey 2012*. Jakarta: BPS, BKKBN, Kemenkes, & ICF International. Diakses pada 8 Januari 2018 dari [dhsprogram.com/publications/publication-FR275-DHS-Final-Reports.cfm](http://dhsprogram.com/publications/publication-FR275-DHS-Final-Reports.cfm).
- Caestara, A. N. (Juli 2016). *Gambaran Pregnancy-Specific Distress dan Strategi Coping Pada Remaja Perempuan Yang Hamil di Kalimantan Barat*. Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya. Skripsi Sarjana: tidak diterbitkan.
- Cannella, D., Auerbach, M., & Lobel, M. (2013). Predicting birth outcomes: Together, mother and health care provider know best. *Journal of Psychosomatic Research* 75: 299-304.
- Cole-Lewis, H. J., Kershaw, T. S., Earnshaw, V. A., Yonkers, K. A., Lin, H. & Ickovics, J. R. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychology* 33(9): 1033-1045.
- DiPietro, J. A., Novak, M. F. S. X., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development* 77(3): 573-587.
- Doyle, C., Werner, E., Feng, T., Lee, S., Altemus, M., Isler, J. R., & Monk, C. (2015). Pregnancy distress gets under fetal skin: Maternal ambulatory assessment and sex differences in prenatal development. *Developmental Psychobiology* 57(5): 607-625.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S. & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal* 307(6898): 234-239.
- Henrichs, J., Schenk, J. J., Roza, S. J., van den Berg, M. P., Schamidt, H. G., Steegers E. A. P., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2010). Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: The generation R study. *Psychological Medicine* 40: 633-643.
- International Test Commission. (2010). *International Test Commission guidelines for translating and adapting tests*. Diakses pada 4 Januari 2018 dari [www.intestcom.org](http://www.intestcom.org).
- Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia (Kominfo RI). (2016). *2 Tahun Kerja Nyata Jokowi – JK*. Diakses pada 3 Januari 2018 dari [web.kominfo.go.id/sites/default/files/KSP%2020Tahun%20Jokowi%20JK.pdf](http://web.kominfo.go.id/sites/default/files/KSP%2020Tahun%20Jokowi%20JK.pdf).
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development. *Child Psychiatry and Human Development* 43: 683-714.
- Lobel, M., Cannella, D. L., DeVincent, C., Schneider, J., Graham, J. E., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcome. *Health Psychology* 27(5): 604-615.
- Mitchell, A. M., & Christian, L. M. (2017). Financial strain and birth weight: The mediating role of psychological distress. *Archives of Women's Mental Health* 20: 201-208.
- Mollborn, S. & Morningstar, E. (2009). Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 50(3): 310-326.
- Murphy, K. R., & Davidshover, C. O. (2001). *Psychological testing: Principles and applications* (5th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Rondo, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity, and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition* 57: 266-272.
- Sanguanklin, N., McFarlin, B., Finnegan, L., Park, C. G., Giurgescu, C., White-Traut, R., & Engstrom, J. L. (2014). Job strain and psychological distress among employed pregnant Thai women: Role of social support and coping strategies. *Archives of Women's Mental Health* 17: 317-326.
- Susanti, N. N., (2008). *Psikologi Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UNDESA). (Desember 2011). *Population facts 2011*. Diakses pada 4 Januari 2018 dari [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2011-1.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf).
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UNDESA). (2013). *Adolescent fertility since the international conference on population and development in Cairo (ST/ESA/SER.A/337 [2013])*. Diakses pada 4 Januari 2018 dari [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report\\_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf).
- United Nations General Assembly (UNGA). (8 September 2000). *United nations millenium declaration (A/RES/55/2 [2000])*. Diakses pada 3 Januari 2018 dari [www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf](http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf).
- United Nations General Assembly (UNGA). (25 September 2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development (A/RES/70/1 [2015])*. Diakses pada 3 Januari 2018 dari [www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_E.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf).
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20(1), 39-52.
- Yüksel, F., Akin, S., Durna, Z. (2011). The Turkish adaptation of the revised prenatal distress questionnaire: A reliability/validity and factor analysis study. *HEAD* 8(3): 43-51.